

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POSTPARTUM DEPRESYONUN
GELİŞİMİNDEKİ RİSK FAKTÖRLERİ VE
KORUYUCU FAKTÖRLER**

FEYZANUR TAŞTEKNE

AĞUSTOS 2019

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POSTPARTUM DEPRESYONUN
GELİŞİMİNDEKİ RİSK FAKTÖRLERİ VE
KORUYUCU FAKTÖRLER**

FEYZANUR TAŞTEKNE

AĞUSTOS 2019

ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri:

	KANAATI	İMZA
(Unvanı Adı ve Soyadı)		
Dr. Öğr. Üyesi Senem Eren	<u>Kabul</u>	<u>Senem Eren</u>
Prof. Dr. Medaim Yanık	<u>Kabul</u>	<u>Medaim Yanık</u>
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan Karatepe	<u>Kabul</u>	<u>Hasan Turan</u>

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Tarih

15.10.2019

Mühür/İmza

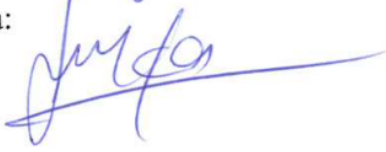


AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Feyzanur Taştetne

İmza:



ÖZ

POSTPARTUM DEPRESYONUN GELİŞİMİNDEKİ RİSK FAKTÖRLERİ VE KORUYUCU FAKTÖRLER

Taştekne, Feyzanur

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Senem Eren

Ağustos 2019, 112 sayfa

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde en sık rastlanan duygudurum bozuklarından ve annenin, bebeğin ve eşin üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Bu araştırmanın amacı, postpartum depresyonunun sıklığını, postpartum depresyonun gelişimindeki risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri tespit etmektir. Araştırma kapsamında, İstanbul Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuru yapmış, bebeği 1 ila 12 ay arasında değişen, 168 anneye ulaşılmıştır. Katılımcılara, Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES), Genel Öz Yetkinlik İnancı Ölçeği (GSE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Doğum Memnuniyeti Ölçeği (DMÖ) uygulanmıştır. Katılımcıların %35'inde postpartum depresyon geliştirme riski olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda daha önce depresyon geçirmenin, ilk defa gebe olmanın ve son doğumu dışında yaşayan çocuğa sahip olmamanın postpartum depresyon geliştirme riskini yükselttiği bulunmuştur. Ayrıca ailenin gelir durumunun gider durumundan fazla olmasının ve hamilelikte çalışmış olmanın postpartum depresyon geliştirme riskini azalttığı bulunmuştur. Korelasyon analizleri sonucunda, öz saygı, genel öz yetkinlik inancı, aileden, arkadaştan, özel insandan algılanan sosyal destek ve toplam algılanan sosyal destek, bakım hizmetinin kalitesi, kadınların kişisel özellikleri, doğum sırasında yaşanan stres ve toplam doğum memnuniyeti arttıkça postpartum depresyon belirtilerinin azaldığı bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizleri sonucunda, psikolojik özelliklerden depresyon geçmişine sahip olmanın postpartum depresyon geliştirme riskini yükselten bir risk faktörü olduğu, yüksek öz saygıya sahip olmanın ise postpartum depresyon geliştirme riskini düşüren bir koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir. Sosyoekonomik özelliklerden hamilelikte

Çalışma ve ailenin gelir durumunun gider durumundan fazla olmasının; gebelik süreçleri ve psikolojik özelliklerden gebeliğin planlı olmasının, doğum sırasında yaşanan stresin az olmasının, genel öz yetkinlik inancının yüksek olmasının ve aileden gelen sosyal desteğin yüksek olarak algılamasının postpartum depresyon geliştirme riskini düşüren koruyucu faktörler olduğu tespit edilmiştir. Postpartum depresyon gelişimini arttıran risk faktörleri ve azaltan koruyucu faktörleri tespit etmek, postpartum depresyona isabetli müdahale stratejilerini geliştirebilmek için ilk adım olduğu dşnlmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, doğum memnuniyeti, öz sayęı, öz yetkinlik inancı, postpartum depresyon

ABSTRACT

RISK AND PROTECTIVE FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF POSTPARTUM DEPRESSION

Tastekne, Feyzanur

MA in Clinical Psychology

Thesis Advisor: Dr. Senem Eren

August 2019, 112 Pages

Postpartum depression is one of the most common mood disorders in the first year after birth and may have negative effects on the mother, the baby, and the spouse. The aim of this study is to determine the prevalence of postpartum depression, risk and protective factors in the development of postpartum depression. Within the scope of the research, 168 mothers who have applied to Istanbul Training and Research Hospital and whose babies ranged from 1 to 12 months were reached. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), General Self-Efficacy Scale (GSE), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Birth Satisfaction Scale (BSS) were administered to the participants. It was found that 35% of the participants had a risk of developing postpartum depression. As a result of the analysis, it was found that having previous depression, first pregnancy and not having alive children increases and having high-income level and working during pregnancy reduces the risk of developing postpartum depression. As a result of correlation analysis, while self-esteem, general self-efficacy, perceived social support from family, friend, private person and total perceived social support, quality of care provision, women's personal attributes, stress experienced during birth and total birth satisfaction are increasing, postpartum depression symptoms are decreasing. As a result of logistic regression analyses, having a history of depression was found to be a risk factor that increases the risk of developing postpartum depression and having high self-esteem, working during pregnancy, having high-income, planned pregnancy, low birth stress, high general self-efficacy and high social support from the family were found to be the protective factors that decrease the risk of the developing postpartum depression. Determining the risk factors and protective factors in the development of

postpartum depression are thought to be the first step in developing appropriate intervention strategies for postpartum depression.

Keywords: Birth satisfaction, self-efficacy, self-esteem, perceived social support, postpartum depression

İTHAF SAYFASI

Hayatımın en kıymetlileri, her daim yanımda olan annem ve babama...

TEŞEKKÜR

Hayatım boyunca desteklerini benden eksik etmeyen başta annem, babam ve kız kardeşim olmak üzere sevgili ananem, babaannem ve dedeme, özellikle de tez sürecim boyunca gösterdikleri sabırdan dolayı en içten duygularıyla teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Eğer onların koşulsuz sevgisi, sabrı ve desteği olmasaydı bu satırları yazmak benim için çok daha zor olurdu.

Araştırmamın her aşamasında ve tez yazım sürecimde yanımda olan danışman hocam Dr. Senem Eren'e desteği ve bana kattıkları için teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans boyunca bilgilerini koşulsuz şekilde aktaran, beni daima destekleyen, yanlarında güven duyduğum sevgili hocalarım Prof. Dr. Medaim Yanık, Prof. Dr. Ö. Mücahit Öztürk, Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar, Prof. Dr. Üzeyir Ok, Dr. Burcu Uysal, Dr. Mehmet Dinç, Dr. Mehmet Kaplan, Doç. Dr. Vahdet Görmez ve Dr. Hasan Turan Karatepe'ye teşekkürlerimi sunarım. Araştırmamın istatistiksel kısmı ile ilgili sorularımı tamamen gönüllülikle cevaplayan ve beni yönlendiren Prof. Dr. Bircan Erbaş hocama ve Ahmet Şahin'e teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans süreci boyunca tüm adımları beraberce attığım, karşılaştığım tüm zorlukları kolaylaştıran, son iki yılımı hem öğretici hem de keyifli bir hale getiren tüm sınıf arkadaşlarıma en içten dileklerle teşekkür ederim.

Araştırmam sırasında bana yardımcı olan İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimisi Prof. Dr. Özgür Yiğit'e, veri toplama aşamasında verdikleri destek için Dr. Melike, ebe hemşireler Muazzez ve Özlem'e teşekkürü bir borç bilirim. Son olarak, araştırmama katılan, sabırla sorularımı cevaplayan tüm annelere teşekkürlerimi sunarım.

Bu araştırmanın bilim katkısı sağlanmasını umut ediyorum.

Feyzanur Taştekné

İSTANBUL, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	v
ABSTRACT	vii
İTHAF SAYFASI	ix
TEŞEKKÜR	x
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	xvi
BÖLÜM 1 GİRİŞ	1
BÖLÜM 2 LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1. Anelik.....	4
2.1.1. Anne Olmak.....	4
2.1.2. Anelik Beklentileri	6
2.2. Doğum Sonrası Dönemde Duygu Durum Bozuklukları	8
2.2.1 Anelik hüznü	9
2.2.2 Doğum Sonrası (Postpartum) Psikoz.....	10
2.2.3 Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon	11
2.3. Postpartum Depresyon	12
2.3.1 Görülme Sıklığı	13
2.3.2 Postpartum Depresyonun Etkileri.....	24
2.3.2.1 Postpartum Depresyonun anne üzerindeki Etkileri.....	24
2.3.2.2 Postpartum Depresyonun eş üzerindeki Etkileri.....	27
2.3.2.3 Postpartum Depresyonun bebeğin gelişimi üzerindeki Etkileri....	28
2.4. Postpartum Depresyonun Gelişimindei Risk Faktörleri	29
2.4.1 Bireysel Faktörler	29
2.4.1.1. Biyolojik	29
2.4.1.2. Psikolojik	30
2.4.1.2.1. Öz saygı	30
2.4.1.2.2. Genel Öz Yetkinlik İnancı	31

2.4.1.3.	Doğum Memnuniyeti	33
2.4.2	Psikososyal Faktörler.....	35
2.4.2.1	Sosyal Destek.....	35
2.5.	Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezleri	38
BÖLÜM 3 YÖNTEM		41
2.6.	Örnekleme.....	41
2.7.	Veri Toplama Araçları	41
3.2.1.	Demografik Bilgi Formu	41
3.2.2.	Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği.....	42
3.2.3.	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	42
3.2.4.	Genel Öz Yetkinlik Ölçeği	42
3.2.5.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	43
3.2.6.	Doğum Memnuniyet Ölçeği	43
2.8.	İşlem.....	43
3.1.	Veri analizi	44
BÖLÜM 4 BULGULAR.....		46
2.9.	Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı	46
2.10.	Postpartum Depresyon Geliştirme Riski.....	47
2.11.	Katılımcıların Öz Saygı, Öz Yetkinlik İnancı, Algılanan Sosyal Destek Ve Doğum Memnuniyeti İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riskleri Arasındaki İlişki	54
2.12.	Postpartum Depresyonun Gelişiminde Etkili Faktörler	56
BÖLÜM 5 TARTIŞMA		62
2.13.	Postpartum Depresyonun Sıklığı	62
2.14.	Sosyo Demografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri	63
5.2.1.	Depresyon Geçmişinin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski ile İlişkisi	63
2.15.	Sosyo Ekonomik Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri	64
5.3.1.	Ailenin Gelir Gider Durumunun Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi	64
5.3.2.	Hamilelikte Çalışmanın Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi	65
2.16.	Gebelik Ve Doğum Süreci İle İlgili Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri	66

2.1.1.. Toplam Gebelik Sayısı ve Son Doğumu Dışında Yaşayan Çocuk Sayısının Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi	66
2.1.2.. Gebeliğin Planlı/İstenilen Olmasının Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi.....	67
2.17. Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle Bireysel Faktörler Arasındaki İlişkiler	67
5.5.1. Öz Saygı İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki	68
5.5.2. Öz Yetkinlik İnancı İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki	68
5.5.3. Doğum Memnuniyeti İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki	69
5.1. Geliştirme Riski İle Psikososyal Faktörler Arasındaki İlişkiler.....	70
5.6.1. Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki	70
2.18. Sonuç.....	71
2.19. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara Yönelik Öneriler.....	72
REFERANSLAR	75
EKLER	103
EK A.....	103
EK B.....	107
EK C.....	109
ÖZGEÇMİŞ	112

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.2. Doğum sonrası dönemde duygudurum bozuklukları.....	8
Tablo 2.3.1.1. PPD'nin yaygınlığını rapor eden uluslararası çalışmaların özeti	15
Tablo 2.3.1.2. PPD'nin yaygınlığını rapor eden ulusal çalışmaların özeti.....	20
Tablo 4.2.1. Postpartum depresyon riski olan ve olmayan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	48
Tablo 4.2.2. Postpartum depresyon riski olan ve olmayan katılımcıların sosyo-ekonomik özellikleri.....	51
Tablo 4.2.3. EPDÖ puanına göre klinik depresyon riski olan ve olmayan katılımcıların gebelik ve doğum süreçlerine göre aldıkları EPDÖ puanları.....	52
Tablo 4.3.1. Katılımcıların depresyon puanı ile öz saygı arasındaki korelasyonel ilişki	54
Tablo 4.3.2. Katılımcıların depresyon puanı ile öz yetkinlik inançları arasındaki korelasyonel ilişki.....	55
Tablo 4.3.3. Katılımcıların depresyon puanı ile algılanan sosyal destek arasındaki korelasyonel ilişki	55
Tablo 4.3.4. Katılımcıların depresyon puanı ile doğum memnuniyeti arasındaki korelasyonel ilişki	56
Tablo 4.4. Postpartum depresyon görülme riskine yönelik lojistik regresyon...	57
Tablo 4.4.1. Postpartum depresyon riskini etkileyen değişkenler (Model 1)	60
Tablo 4.4.2. Postpartum depresyon riskini etkileyen değişkenler (Model 2)	60
Tablo 4.4.3. Postpartum depresyon riskini etkileyen değişkenler (Model 3)	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 4.1. Depresyon riski olan annelerin yaşlarının dağılımı	47
Şekil 4.4.1.4. Katılımcıların algıladıkları ekonomik durumları ve EPDÖ puanları.	50

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

ANOVA	Varyans Analizi
ark.	Arkadaşları
BAM	Anne Olma – Becoming a Mother
DMÖ	Doğum Memnuniyeti Ölçeği
EPDÖ	Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
GA	Güven Aralığı
GSE	Genel Öz Yetkinlik Ölçeği
MRA	Annelik Rolünün Kazanılması – Maternal Role Attainment
MSPSS	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
OR	Olasılıklar Oranı
PPD	Postpartum Depresyon
RSES	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
<i>S. Hata</i>	Standart Hata
vd	ve diğerleri
n	Gözlem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
<i>r</i>	Korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma
<i>t</i>	t değeri
\bar{x}	Ortalama

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Yaşam döngümüz boyunca birçok farklı gelişimsel dönemi tecrübe ederiz. Her bir dönem üzerimizde, kendine özgü etkiler bırakmaktadır. Bu etkiler biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda, kimi zaman pozitif kimi zaman da negatif yönde ortaya çıkmaktadır. Gelişimsel dönemlerin her iki cinsiyeti de farklı şekilde etkilediği gözlemlenmiş ve bu dönemlerde erkeklere nazaran kadınların sağlığını negatif yönde etkileyebilecek daha fazla risk faktörü olduğu saptanmıştır (Eckel & Grossman, 2008; Sit & Wisner, 2010). Gelişimsel geçiş dönemleri ele alındığında fiziksel ve hormonal değişiklikler bakımından kadınlar çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık olarak adlandırılan beş önemli dönemden geçmektedirler (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Cinsel olgunluk dönemi, 16 yaş civarında başlayan ve 50'li yaşlarına kadar devam edebilen ve "hamilelik" ile "annelik" sürecini içerdiğinden dolayı araştırmalara en çok konu olan dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (C. T. Beck, 2001a; O'Hara & Wisner, 2014). Yapılmış çeşitli araştırmaların neticesinde kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli sağlık sorunlarının gebelik, doğum ve doğum sonundaki süreçlerde ortaya çıktığı belirlenmiştir (C. T. Beck, 2001b; Chaudron vd., 2001; Gereklioğlu, Poçan, & Başhan, 2007; Goyal, Gay, & Lee, 2010). Cinsel olgunluk döneminin en önemli getirisi kadının anne olmasıdır, bu da bireyin hayatını ve düzenini oldukça değiştiren bir deneyimdir.

Bebek sahibi olmak genel itibari ile sevinç ve şefkat başta olmak üzere, çeşitli olumlu duyguları uyandıran bir tecrübedir (C. T. Beck, 1999). Yeni anne-baba için bebeğin aileye katılıyor olması memnuniyet kaynağı ve aile bağlarının güçlenmesi anlamına gelebilir. Aynı zamanda bu yeni dönem ile gelen değişiklikler, stres ve duygusal yoğunluk ailede sorunlar da oluşturabilmektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014). Anne için bu dönemdeki stres kaynakları arasında bebeğin bakımını sağlayan birincil kişi

olması, anneliğin getirmiş olduğu yeni sorumluluklar, bebeğin düzenli beslenmesi ve uykusuzluk bulunmaktadır (Fazlıoğlu, 2018).

Doğum yapmanın ve anneliğe geçmenin beraberinde gelen biyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler göz önüne alındığında, doğumdan sonraki ilk 12 ay duygudurum bozuklukları açısından riskli bir dönemi olarak kabul edilmektedir (C. T. Beck, 1999; Mayberry, Horowitz ve Declercq, 2007; Norhayati, Nik Hazlina, Asrenee ve Wan Emilin, 2015; O'Hara ve Wisner, 2014; Sylvén, Thomopoulos, Kollia, Jonsson ve Skalkidou, 2017; White, 1986). Panik atak nöbetleri, bipolar gibi algısal bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon gibi duygudurum bozuklukları bu dönemde görülebilmektedir (Sit ve Wisner, 2010). Postpartum dönemdeki en yaygın ruhsal tanı olan postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası dönemde başlayan ve bir yıla kadar yayılabilen, psikozu olmayan depresif bir dönem olarak tanımlanmaktadır (O'Hara ve Swain, 1996).

Postpartum depresyonun geniş aralıkta seyreden bir yaygınlığı olduğu için bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerektiği öne sürülmektedir (Bilgiç, Dağlar, Aydın Özkan ve Kadioğlu, 2015; Pearlstein, Howard, Salisbury ve Zlotnick, 2004). Uluslararası çalışmalarda, yeni annelerin %10-35'inin PPD yaşadığı görülmektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014; Irwin, Beeghly, Rosenblum ve Muzik, 2016; Logsdon, Eckert, Tomasulo, C. T. Beck ve Dennis, 2012; Xie, He, Koszycki, Walker ve Wen, 2009). Türk anneler ile yapılan çalışmalarda ise %4-44 arasında değişen yaygınlık oranları tespit edilmiştir (Akman, Uguz ve Kaya, 2007; Ekuklu, Tokuc, Eskiocak, Berberoglu ve Saltik, 2004; Erdem ve Erten Bucaktepe, 2012; Kırpınar, Öztürk Tepeli, Gözüm ve Pasinlioğlu, 2012; Türkçapar vd., 2015).

Araştırmalarda gözlemlenen yaygınlığa rağmen, psikolojik destek için ruh sağlığı kliniklerine başvuru yapan anne sayısı çok daha düşüktür. Düşük klinik başvuru oranlarının, idealize edilmiş "süper anne" algısından kaynaklandığı düşünülmektedir (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005). Bu algının etkisi altındaki kadınlar, doğum sonrası dönemde sadece pozitif duyguları tecrübe etmeleri gerektiğine inanmaktadırlar. Böylece, depresif duygudurumundan mustarip olduklarında, bebeklerine, kendilerine ve topluma karşı suçluluk duyarlar. Ayrıca, başkaları

tarafından “kötü anne” olarak etiketlenip, yanlış anlaşılmaktan da korkmaktadırlar (Kleiman, 2009).

PPD sadece annenin hayatını değil, bu dönemde kurulan anne-bebek ilişkisinden dolayı, aynı zamanda bebeğin hayatını da etkiler. Dennis, Heaman ve Vigod'a (2012) göre, depresyonda olan bir annenin bebeği depresyonda olmayan bir annenin bebeğine göre daha az güvenli anne-çocuk bağına sahiptir, daha mızmızdır, entelektüel ve motor gelişimi daha düşüktür, daha zayıf akademik performans ve bozulmuş gelişimsel yörüngeye sahiptir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, PPD'nin erken dönemde teşhis edilmesinin hem annenin hem de bebeğin sağlığını korumak için önemli olduğu görülmektedir.

PPD yaygın ve tüm aileyi etkileyebilecek nitelikte bir duygudurum bozukluğudur ve bu sebeplerden dolayı PPD'nin gelişimindeki risk ile koruyucu faktörlerin belirlenmesini önem arz etmektedir. Bu araştırmanın amacı PPD'nin gelişiminde etkisi olabileceği düşünülen demografik, ekonomik ve gebelik süreci ile ilgili değişkenler ile öz saygı, öz yetkinlik inancı, sosyal destek ve doğum memnuniyetini incelemektir. Bu faktörler daha önceki PPD çalışmalarında farklı şekillerde ayrı ayrı incelenmiştir fakat hep birlikte aynı çalışmada ele alınmamıştır.

BÖLÜM 2

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Anelik

2.1.1. Anne Olmak

Doğurganlık, insanlığın devam etmesini sağlayan evrensel bir roldür ve cinsel olgunluk dönemindeki kadınlar tarafından karışlanmaktadır (Aktaş, 2008; Beydağ, 2007). Anne ve bebeğin sağlığı dikkate alındığında, günümüzde anne olmak için en uygun yaş, kadınların ailelerini yönetebilecekleri fiziksel ve ruhsal kapasitelerinin en yüksek olduğu 20-35 yaş arası olarak kabul edilmektedir (Çalışır, 2003). Anne olmak bir kadın için en önemli tecrübelerden biridir çünkü hayatını tamamen değiştirebilecek niteliğe sahiptir (Ali, Hall, Anderson ve Willingham, 2013; Biehle ve Mickelson, 2012; Gholami, Mohammadirizi ve Bahadoran, 2017; Laney, Hall, Anderson ve Willingham, 2015; McVeigh ve Smith, 2000; Mercer, 2004; Simkin, 1991).

Bir kadının anneliğe geçişe hazırlanması hem fizyolojik hem de psiko-sosyal süreçleri içermektedir (Beydağ, 2007). Fizyolojik açıdan vücudu doğum işlemine ve emzirme sürecine hazırlayan hormonal değişiklikler kadının anneliğe hazır olduğunu göstermektedir (Biehle & Mickelson, 2012; Fazlagić, 2011; Gholami vd., 2017; Josefsson vd., 2002; Klainin & Arthur, 2009; Murray, Cooper, & Hipwell, 2003; O'Hara & McCabe, 2013). Kadının sağlıklı bir şekilde anneliğe hazır olduğunu gösteren psiko-sosyal faktörler arasında yeni role hazırlanma (Ali vd., 2013; Altuntuğ ve Ege, 2013; Beydağ, 2007; McVeigh ve Smith, 2000; Mercer, 2004; Sayil, Güre ve Uçanok, 2007), beklentileri karşılayabilecek enerjiye sahip olma (Ali vd., 2013; Biehle ve Mickelson, 2012; Choi vd., 2005; Sayil vd., 2007; Staneva ve Wittkowski, 2013), bebekle beraber artan sorumlulukları yerine getirebilme (Baker, Choi, Henshaw ve Tree, 2005; Gross ve Marcussen, 2017; Mercer, 2004; Nnadozie ve Nweke, 2017;

Oberman ve Josselson, 1996; Smith, 2007; Staneva ve Wittkowski, 2013) ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için yeni baş etme stratejileri geliştirebilme bulunmaktadır (Altuntuğ ve Ege, 2013; Alves, Martins, Fonseca, Canavarro ve Pereira, 2018; Choi vd., 2005; Dennis, Brown, Falah-Hassani, Marini ve Vigod, 2017; Oberman ve Josselson, 1996). Fizyolojik açıdan gerekli hormonal değişikliklere psiko-sosyal hazırlığın eşlik etmesi, kadınların anneliğe adapte olmalarında önemli rol oynamaktadır.

Hamilelik sürecinde kadının zihninde oluşmaya başlayan annelik kimliği, bebeğin dünyaya gelmesiyle birlikte olgunlaşarak devam eder (Stern, Bruschweiler-Stern ve Freeland, 2013). Mercer (1981) yaptığı çalışmada annelik rolünü etkileyen değişkenler arasında annenin yaşının, doğum deneyimi algısının, erken anne-bebek ayrılığının, sosyal stresin, sosyal desteğin, annenin kişilik özelliklerinin, annenin hasta olmasının, bebeğin mizacının, bebeğin hasta olmasının, kültür ve sosyoekonomik durumun bulunduğunu saptamıştır. Bir başka açıdan bakıldığında, annelik süreci kadınları alıştikları ve oturmuş olan rutinlerinden çıkarıp onları bilmedikleri yeni bir hayata taşır (Mercer, 2004). Bu sebeple Nicolson (1999) anne olduktan sonra kadınların özerkliklerinin, fiziksel görünümünün, cinselliklerinin ve mesleki statülerinin nasıl değiştiiğinin farkına varmaları gerektiğini, aksi taktirde ilerleyen süreçlerde problemlerle karşılaşabileceklerine dikkat çekmektedir.

Literatür incelendiğinde, annelik dönemini ve bu dönemin kadın üzerindeki etkisini inceleyen üç temel model bulunmaktadır. İlki, Rubin (1967) tarafından “Annelik Rolünün Kazanılması” (Maternal Role Attainment – MRA) ismi ile kavramsallaştırılan modeldir. Bu modele göre, kadınlar ilk olarak hamilelikleri boyunca etraflarındaki anne figürlerini gözlemlerler ve bu sayede annelik hakkında bilgi edinirler. Daha sonra gözlemledikleri birçok farklı figür arasından kendilerine uzman modeller belirleyip anne olarak kendilerini hayal etmeye başlarlar. Bu şekilde hamilelik süreci boyunca annelik kimlikleri oturmaya başlar. Doğumdan sonra ise model aldıkları annelerin davranışlarından kendileri için uygun olanları taklit etmeye başlayarak kendi annelik rollerini kazanırlar.

Annelik sürecini tanımlayan ikinci model ise Mercer’in (2004) oluşturduğu ve “Anne Olma” (Becoming a Mother – BAM) adını verdiği modeldir. Mercer (2004) modelini,

MRA modelindeki eksikler yüzünden, onun yerine kullanılmasını amaçlayarak geliştirmiştir. Mercer, MRA modelinin annelik sürecini statik bir durum olarak sunduğu için süreci açıklamakta yetersiz olduğunu ve anneliği hayat boyu devam eden bir süreç olarak ele alan araştırmaları da engelleyebileceğini öne sürmektedir. Bu sebeple BAM modelinin öne çıkan yanı da kadının kimliğindeki dinamik dönüşüm ve değişimi kucaklıyor olmasıdır (Mercer, 2004). Rubin'in MRA modelinde tanımladığı annelik geçiş sürecindeki aşamalar, BAM modelinde nicel araştırmalara dayanarak revize edilmiş ve uygun zaman aralıkları ile belirlenmiştir: (i) taahhüt, bağlanma ve hazırlık (hamilelik), (ii) tanışma, öğrenme ve fiziksel restorasyon (doğumdan sonraki ilk 2 ila 6. haftalar), (iii) yeni bir normale doğru ilerleme (2 hafta ila 4 ay), (iv) anne kimliğinin kazanılması (4 ay civarı).

Stern, Bruscheiler-Stern, Freeland (2013) tarafından kavramsallaştırılmış “Bir Annenin Doğuşu” isimli üçüncü model ise, annelik psikolojisini farklı bir çerçevede sunmayı amaçlamaktadır. Stern ve meslektaşları (2013) on yıllarca süren klinik gözlem ve yeni annelerle yapılmış yüzlerce görüşme sonucunda anneliğe dönüşüm sürecini üç adım olarak tanımlamıştır: (1) anne olmaya hazırlanma, (2) annenin psikolojik doğuşu ve (3) anne olmaya uyum sağlama. Dokuz ay boyunca, kadının rahminde fiziksel olarak fetüs büyüdükçe, zihninde de hayal ettiği bebek şekillenir ve bu sayede anne olmaya kendini hazırlar. Doğumdan itibaren anne olma sürecindeki ikinci aşamaya geçilir. Bu süre zarfında, yeni anne ortaya çıkan yeni sorumluluklarını yerine getirerek, bebeğin fiziksel olarak hayatta kalmasını sağlar ve psikolojik olarak yakın bir ilişki geliştirir. Bu süreç yeni anne kimliğinin psikolojik olarak doğması ile sona erer. Stern ve meslektaşlarının (2013) tanımına göre anneliğe dönüşümün son aşamasını anneliğe uyum sağlamak oluşturmaktadır. Anneliğe uyum sağlandığında, yeni annenin düşünmeden hareket edebildiği, içgüdülerinden faydalandığı ve bebekle daha sezgisel iletişim kurabildiği görülmektedir (Stern vd., 2013).

2.1.2. Annelik Beklentileri

Bebeginin dünyaya gelmesiyle birlikte, kadınlar hem kendi oluşturdukları hem de başkaları tarafından onlara dayatılan annelik beklentileri ile karşı karşıya kalmaktadırlar (McVeigh ve Smith, 2000). Bu beklentilerin anneyi bilişsel, tutumsal ve davranışsal olarak etkilediği görülmektedir (Thornton ve Nardi, 1975).

Toplum tarafından anneye atfedilen rolleri birey kabul etse de dirense de onlardan kaçamamaktadır (Stern vd., 2013). Anne-bebek ilişkisi dahilinde toplumun beklentisi, bir kadının anne olduktan sonra sorumluluk ve özerklik alanının, kendi hissiyatı ve fikriyatı ne olursa olsun, bebeği ile dolması gerektiği yönündedir. Choi ve meslektaşlarının (2005) yeni annelerle yaptığı nitel çalışmadan çıkan ortak temalardan biri, reklamı yapılan mutlu aile imajının anneler için karşılanması zorunlu bir beklentiye dönüşerek annelik sürecindeki yüklerini arttırmış olmasıdır. Bir kadının ideal süper anne modelinin hakkını verebilmesi için hem yeni hayatı ve sorumlulukları ile ahenk içerisinde olması (Aksakalli, Capik, Ejder Apay, Pasinlioglu ve Bayram, 2012; Altuntuğ ve Ege, 2013) hem de yalnızca olumlu duyguları deneyimliyor olması gerekmektedir (Corrigan vd., 2015; Hare-Mustin ve Broderick, 1979; Ugarriza, Brown ve Chang-Martinez, 2007). Ancak gerçekliğe bakıldığında, bu dönem her zaman “toz pembe” değildir, sorunlar ve sıkıntıların da olabileceği bir dönemdir (Nnadozie ve Nweke, 2017).

Bunlara ek olarak, yeni annenin eşiyle olan ilişkisini mükemmel kalitede tutması da beklenmektedir. Doğumdan sonra yeni benliğine ve bakımından sorumlu olduğu bebeğine uyum sağlamaya çalışırken, aynı zamanda eşiyle olan ilişkisini hiç sekteye uğratmadan yüksek bir tempoda tutması gerektiğine dair bir kanı ile karşı karşıya kalmaktadır. Ancak, “ideal süper anne” olma serüveninin getirdiği yeni sorumluluklarla birlikte kadınlar bazen eşleriyle fazla vakit geçirememekte ve bir araya geldiklerinde muhabbetleri çocuklarla ilgili konularda sınırlı kalabilmektedir. Ondan beklenen “süper eş” performansını sergileyemediği zaman yeni annenin üzüntü, yetersizlik ve suçluluk gibi duygular yaşadığı tespit edilmiştir (C. T. Beck, 2013; Dalfen, 2009; Edhborg vd., 2005). Halbuki adaptasyon sürecinde kadın hem çocuğunun bakımını hem ailesinin sorumluluklarını sağlıklı biçimde yerine getirebilmek için eşinin desteğine oldukça fazla ihtiyaç duymaktadır. Yapılan araştırmalarda, eş desteğinin yüksek PPD riski taşıyan kadınlarda bile depresyon oluşumuna karşı koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir (Hamdan ve Tamim, 2011; Nnadozie ve Nweke, 2017).

Yeni anne adayları, hamilelik süreci itibari ile gerçekçi olmayan beklentilerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Ali vd., 2013; Biehle ve Mickelson, 2012; Dalfen, 2009; Hare-

Mustin ve Broderick, 1979; McVeigh ve Smith, 2000). Bir yandan toplumun yeni anneye yüklediği idealize edilmiş beklentiler, bir yandan da kadınların kendilerine annelik süreci ve eşleriyle olan ilişkileri ile ilgili yükledikleri beklentiler bu sürecin yönetimini oldukça zorlaştırmaktadır. Karşılanamayan beklentiler annenin suçluluk, utanç ve çaresizlik hissetmesine sebep olabilir (C. T. Beck, 2002; Choi vd., 2005; Mauthner, 2013) veya yetersiz hissetmesine neden olduğu için dış dünyadan kopmasına ve yalnız kalmasına yol açabilir (Edhborg vd., 2005; Mauthner, 2013) ve bazen de bunalmasına ve “annelik rolüne hazır değilim” kanaatine varması ile sonuçlanabilir (Lazarus ve Rossouw, 2015).

2.2. Doğum Sonrası Dönemde Duygu Durum Bozuklukları

Doğum sonrasındaki süreçte, anne ve yakın çevredeki insanların dünyaya yeni bir hayatın gelmesiyle birlikte oluşan değişikliklere adapte olmaları gerekmektedir (Bozkuş Eğri ve Konak, 2011). Araştırmalar, kadınların doğumdan sonraki ilk 12 ayda ruhsal hastalıklara yatkın, özellikle de istenmeyen duygudurum değişikliklerine karşı daha kırılgan olduğuna dikkat çekmektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014; C. T. Beck, 1999; Türkoğlu, Çelik ve Pasinlioğlu, 2014; World Health Organization, 2016). Doğum sonrası dönemdeki duygudurum bozuklukları, literatürde genel itibari ile annelik hüznü, doğum sonrası psikoz ve doğum sonrası depresyon olarak üç başlık altında incelenmektedir (Goyal vd., 2010). Bu tanımlamalar arasındaki sınırlar çok net olmamakla beraber, belirtileri ve prognozları birbirinden farklılık göstermektedir (Aydemir, 2007). Doğum sonrası gözlemlenen duygudurum bozuklukları Tablo 2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 2.2: Doğum Sonrası Dönemde Duygudurum Bozuklukları

Duygu Durumu	Görülme Sıklığı	Ortaya Çıkış Zamanı	Tedavi Şekli
Annelik Hüznü	%50 – 84	İlk 3. ila 5. gün arasında	Belirli bir tedavi yöntemi yoktur. Genellikle kendiliğinden ortadan kalkar

Tablo 2.2: Doğum Sonrası Dönemde Duygudurum Bozuklukları (devamı)

Duygu Durumu	Görülme Sıklığı	Ortaya Çıkış Zamanı	Tedavi Şekli
Doğum Psikoz	Sonrası %0.1 – 0.2	İlk iki hafta içinde	Hastane yatışı gerekmektedir
Doğum Depresyon	Sonrası %4 – 44	İlk 1 ay ila 12 ay içinde	Şiddetine bağlı olarak farklı tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir

2.2.1 Annelik hüznü

Annelik hüznü, doğumdan sonraki ilk üç ila beş gün içerisinde ortaya çıkan, hafif şiddetle seyreden bir duygudurum bozukluğudur (Buttner, Brock ve O’Hara, 2015; De Choudhury, Counts, Horvitz ve Hoff, 2014; M. L. Miller, Kroska ve Grekin, 2017; Norhayati vd., 2015; O’Hara ve Wisner, 2014). Annelik hüznünün belirtileri arasında düşük ruh hali, duygusal olarak ani iniş ve çıkışlar, yorgunluk, aşırı duygusallık, ağlama, uyku bozuklukları, gerginlik, sinirlilik, endişe ve iştahta azalma bulunmaktadır (Buttner vd., 2015; Gereklioğlu vd., 2007; M. L. Miller vd., 2017; Norhayati vd., 2015; O’Hara ve Wisner, 2014; Sit ve Wisner, 2010). Annelik hüznünün belirtileri doğumdan sonraki ilk 10 gün içerisinde zirve yaptığı ve daha sonra azalarak ortadan kaybolduğu gözlemlenmiştir (Buttner vd., 2015; Norhayati vd., 2015; Sit ve Wisner, 2010). Annelik hüznünün hamilelik sürecinde ve doğumdan sonra seviyeleri değişen hormonların yeniden düzenlenmeleriyle oluşan fizyolojik bir süreç olduğu da düşünülmektedir (Abbott, Attarian ve Zee, 2014; Fazlagić, 2011; Gereklioğlu vd., 2007; O’Hara ve Wisner, 2014). Araştırmalar, yeni doğum yapmış annelerin %50 ila %84’ü arasında değişen oranda annelik hüznü yaşadıklarını göstermektedir (Durukan, Ilhan, Bumin ve Aycan, 2011; Gereklioğlu vd., 2007; Norhayati vd., 2015; O’Hara ve Wisner, 2014; Sit ve Wisner, 2010; Sylvén vd., 2017). Yapılan araştırmalar neticesinde annelik hüznünün bu kadar geniş bir aralıkta seyretmesinin nedenlerinden biri, bu durumu tanılamak için uluslararası literatürde kabul görmüş kriterlerin olmayışındır (O’Hara ve Wisner, 2014).

Annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz ile karşılaştırıldığında, daha yaygın olduğu ve belirtilerinin şiddetinin daha az olduğu gözlemlenmektedir. Annelik hüznü daha az şiddetli olmasına rağmen, klinik açıdan yine de dikkate alınması gerekmektedir çünkü ileri dönemlerde postpartum depresyon oluşumunda katkısı olan 13 risk faktöründen biri olarak tespit edilmiştir (C. T. Beck, 2001).

2.2.2 Doğum Sonrası (Postpartum) Psikoz

Postpartum psikoz, doğumdan sonraki ilk haftada varlığını hissettirmeye başlayan ve iki hafta içerisinde şiddetlenen, bu dönemin en ciddi duygudurum bozukluğudur (C. T. Beck, 2003; Dalfen, 2009; Watson, 2015). Postpartum psikozu yaşayan annelerde görülen belirtiler arasında algının gerçeklikle bağının kopması, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, delüzyonlar, intihar ve faydacı cinayet düşünceleri, paranoya, ajitasyon, dürtüsellik ve uyku problemleri bulunmaktadır (C. T. Beck, 2006; Kendell, Chalmers ve Platz, 1987; Norhayati vd., 2015; O'Hara ve Wisner, 2014; Watson, 2015). Bu belirtileri gösteren annelerin, hem kendi sağlıklarını hem de bebeklerinin sağlığını güvence altına almak amacı ile en kısa sürede psikiyatri uzmanına sevki ve hastaneye yatışı sağlanması gerekmektedir (C. T. Beck, 1999, 2006; Gereklioğlu vd., 2007; Goyal vd., 2010; Logsdon vd., 2012; O'Hara ve Wisner, 2014; Spinelli, 2004). Postpartum psikozunun toplum içerisinde görülme sıklığı %0.1– 0.2, yani 1000 yeni anne içerisinden 1 ya da 2'si postpartum psikoz yaşamaktadır (C. T. Beck, 2003; Dalfen, 2009; Kendell vd., 1987; Koyun vd., 2011; O'Hara ve Wisner, 2014). Doğumdan sonra psikotik belirtiler gösteren kadınların yakın aile üyelerinde postpartum psikoz, şizofreni ya da bipolar bozukluk olduğu, ayrıca kendi geçmişlerinde de psikotik özellikli ruhsal rahatsızlıklar yaşadıkları belirlenmiştir (Dalfen, 2009; Gereklioğlu vd., 2007; Spinelli, 2009; Watson, 2015). Örneğin, Kendell ve Platz (1987) 12 ay içerisinde gerçekleşen 54.000 doğumu inceledikleri araştırmada postpartum psikozu yaşayan annelerin %72 – 80'inde bipolar ya da şizoafektif bozukluk ve %12'sinde şizofreni teşhisi olduğunu saptamıştır. Araştırmalar sayesinde, çıkan psikoz belirtilerinde genetik yatkınlığın çok büyük bir rolü olduğu anlaşılmış, ailesinde veya kendisinde psikotik özellikli bir rahatsızlık geçmişi olan anne adaylarının postpartum psikoz hakkında bilgilendirilmeleri gerektiği kanaatine varılmıştır (Murray vd., 2003; Spinelli, 2004).

2.2.3 Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki ilk dört hafta içerisinde başlayıp, ilk bir yıla kadar devam etmektedir (C. T. Beck, 1999; Dennis vd., 2012; Grazioli ve Terry, 2000; O'Hara ve McCabe, 2013; O'Hara ve Swain, 1996; Whiffen, 1992) ve majör depresyonun bir alt türü olarak kabul edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

PPD belirtilerinin, postpartum dönem dışında yaşanan majör/minör depresyonda hissedilen çökkün duygudurumuna, yoğun hüznün veya ağlama nöbetlerine, uyku ve yemek düzenindeki normalden sapmalara, kaygıya, karar vermede güçlüğü, düşük öz bakıma, yoğun umutsuzluğa, intihar düşüncesi veya planına, ruh halinde ani dalgalanmalara, suçluluk ve acizlik duygularına ek olarak bu döneme özgü belirleyicileri de bulunmaktadır (Patel, Bailey, Jabeen, & Ali, 2012; Sit & Wisner, 2010). Bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebek için aşırı endişelenme, bebekle araya duvar örme, bebeğe zarar verme ile ilgili obsesif düşünceler, aileye karşı sevgisizlik, iyi anne olamama korkusu, annelik rolünün gerekliliklerinden çekilme, bebeğe karşı düşmanlık, bebeği emzirmeyi başlatma veya emzirmeyi sürdürme oranında azlık, bebek ile yalnız kalma korkusu, bebeğin ve kendisinin temel ihtiyaçların karşılayamama gibi PPD'ye özgü belirtiler görülmektedir (American Psychiatric Association, 2016; Gereklioğlu vd., 2007; Kara, Çakmaklı, Nacak, & Türeci, 2001; M. Patel vd., 2012; Pearlstein vd., 2004). Sayılan bu belirtiler göz önüne alındığında PPD'ye zamanında müdahale edilmediğinde, sadece annenin değil, bebeğin hayatı için de riskli durumlara yol açabileceği görülmektedir. (Parsons, Young, Rochat, Kringelbach ve Stein, 2012; Sylvén vd., 2017).

PPD'nin ortaya çıkmasında doğum sonrasındaki nöro-endokrinel (Nnadozie ve Nweke, 2017) ve psiko-sosyal değişikliklerin beraberce etkisi olduğu anlaşılmıştır (Altuntuğ ve Ege, 2013; Alves vd., 2018; Beydağ, 2007; Choi vd., 2005; Dennis vd., 2017; McVeigh ve Smith, 2000; Mercer, 2004; Oberman ve Josselson, 1996). Destek eksikliği, duygusal yakınlık kaybı ve cinsel memnuniyetsizlik ile ortaya çıkan evlilikteki sorunlar da PPD'nin gelişimine zemin hazırlayan önemli etkenlerdendir (Sit ve Wisner, 2010).

Yapılan araştırmalar ve klinik gözlemler neticesinde, PPD belirtilerinin annelerin %80'inde ilk 3 ay içerisinde ortaya çıktığı görülmektedir (Gereklioğlu vd., 2007; Kara vd., 2001; Nicolson, 1990; Nnadozie ve Nweke, 2017). Anneler ilk etapta PPD belirtileri göstermeseler bile, doğumdan sonraki ilk bir yıl içerisinde depresyon yaşama riskini taşıdıkları belirlenmiştir (C. T. Beck, 1999; Gibson, McKenzie-Mcharg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009; Kara vd., 2001). Bu sebeple, PPD tarama araştırmalarının doğumdan sonraki ikinci haftada başlayıp, on ikinci aya kadar devam edebileceği düşünölmektedir. Doğumdan hemen sonra yapılan araştırmaların doğru sonuçları yansıtmayacağı, hormonal değişikliklerin etkisiyle izlenen annelik hüznü tablosu ile daha ciddi bir ruhsal rahatsızlık olan PPD'nin karıştırlabileceği düşünölmektedir (Boyd, Le ve Somberg, 2005).

2.3. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PPD) literatürde birçok farklı şekilde tanımlanmış olsa da genel itibari ile doğumdan sonraki süreçte başlayan çökkün duygudurumunu tanılamak için kullanılan terimdir. En yaygın duygudurum bozukluğu olan depresyonun her yaşta kadını erkeklerden daha fazla etkilediği (Chojenta, Loxton, & Lucke, 2012; Parsons vd., 2012), görülme sıklığının da en çok kadınların doğurganlık dönemlerinde arttığı tespit edilmiştir (Erdem & Erten Bucaktepe, 2012; Martini vd., 2015; Parsons vd., 2012). Farklı kültürlerle yapılan araştırmalarda postpartum dönemde ise depresyona yakalanma risklerinin en yüksek olduğu desteklenmiştir (Affonsoa, De, Horowitz ve Mayberry, 2000; C. T. Beck, 2001b; Chaudron vd., 2001; Corrigan vd., 2015; Gereklioğlu vd., 2007; Jiang vd., 2014; Kang, Lee ve Kang, 2014; Settle vd., 1999).

Annelerin profesyonel kaynaklardan gördükleri fiziksel bakım son 100 yılda oldukça iyi bir ilerleme kat etmişse de profesyonel kaynaklardan gördükleri duygusal bakım paralel şekilde gelişmemiştir (Glover, 2014). Halbuki PPD'nin sıklığını belirlemek için yapılan çalışmalarda tespit edilen oranlar PPD'nin ciddiye alınması gereken bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir.

Postpartum dönemde gözlemlenen diğer ruhsal rahatsızlardan olan annelik hüznü ve postpartum psikozun belirtileri, doğumdan kısa bir süre sonra anneleri etkilemeye başlarken, PPD belirtileri daha geniş bir zaman dilimi içerisinde, şiddeti yavaş yavaş

artan şekilde anneleri etkilemektedir (C. T. Beck, 1999; Ertürk, 2007; Kara vd., 2001; Nnadozie ve Nweke, 2017). Postpartum dönemde kadının ruhsal durumu, yaşanan zorluklar, bu dönemde zaten çok kırılabilir olan anneyi tükenme noktasına getirebilmektedir. Yeni annelerin yaşadıkları duygudurum bozuklarının yaygınlık oranlarının bilinmesi, durumun ciddiyetinin hangi boyutta olduğunu anlaşılması için ilk adımı oluşturmaktadır. Araştırmalarda tespit edilmiş görülme sıklığı oranları, pratikte çalışan profesyonellere dayanak oluşturmaktadır. Bununla beraber, postpartum dönem aynı zamanda erken anne-bebek ilişkisinin geliştiği ve bebeğin sosyal ve duygusal gelişimi için yapı taşı olan bir dönemdir. Bebeğin gelişimini en sağlıklı şekilde tamamlayabilmesi için kendilerini güvende hissetmeleri, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarını hızlı ve öngörülebilir bir şekilde karşılanması gerekir. Bu bağlamda, kritik dönemde geçirilen depresyon annenin ruh sağlığını ve bebeğin gelişimini olumsuz etkileyebileceği gibi beraberinde de aile işleyişini kaotik hale getirmesi muhtemeldir.

2.3.1 Görülme Sıklığı

PPD'nin yaygınlığını rapor eden ulusal ve uluslararası birçok araştırma bulunmaktadır (örneğin, Akman vd., 2007; Chaudron vd., 2001; Durukan vd., 2011; Franck vd., 2016). Literatürde yapı taşı olarak değerlendirilen, O'hara ve Swain'in (1996) toplam 59 çalışmayı içeren meta-analizinde, 12.810 kadından elde edilen veriler dahil edilmiştir ve PPD'nin ortalama yaygınlığı %13 olarak bulunmuştur. Daha güncel meta-analiz çalışmalarından elde edilen sonuçlar ise bu rakamın üzerinden seyretilmektedir. Gavin ve arkadaşlarının (2005) 28 çalışmayı dahil ettiği çalışmada PPD'nin ortalama yaygınlığını %19.2 olarak, Fisher ve arkadaşlarının (2012) ise 47 çalışmayı dahil ettiği çalışmada PPD'nin ortalama yaygınlığını %18.59 olarak tespit etmiştir.

PPD'nin yaygınlığını rapor eden uluslararası çalışmalar Tablo 2.3.1.1'de sunulmuştur. Tablo 2.3.1.1'e 2000 yılından itibaren yapılmış araştırmalar dahil edilmiştir. Çalışmayı yapan araştırmacılar, çalışmanın yapıldığı ülke, örneklem sayısı, kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplandığı zaman aralığı ve çalışma sonucunda elde edilen yaygınlık değerlerine tabloda yer verilmiştir. Çalışmalar genel itibari ile gelişmiş

ülkelerde yapılmış olsa da son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar da literatürdeki yerini almıştır.

Tablo 2.3.1.1’de görüldüğü gibi, en düşük PPD yaygınlık oranı %1.9 ile İtalyan annelerde (Banti vd., 2011); en yüksek PPD yaygınlık oranı ise %60.8 ile Tayvanlı annelerde tespit edilmiştir (Affonso, 2000). Yaygınlık sonuçlarındaki bu yüksek varyans literatürde sıkça tartışılan bir konudur. Bu derece büyük farklılıkların elde edilmesinde PPD’nin klinik tanımı, kullanılan ölçüm aletleri ve bunların kesme noktaları ve verinin toplandığı zaman dilimi gibi metodolojik farklılıkların bir payı olduğu düşünülmektedir (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004; J. Fisher vd., 2012; O’Hara & Swain, 1996; O’Hara & Wisner, 2014). Yaygınlık varyansını etkilediği düşünülen diğer bir faktör ise araştırmaların yapıldığı toplumlardaki sosyo-kültürel farklılıkların kişilerin tecrübe ettikleri ruhsal problemlerin belirtilerini anlamlandırma ve ifade etmeleri üzerindeki etkisidir olduğu düşünülmektedir (Halbreich ve Karkun, 2006).

Tablo 2.3.1.1: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Uluslararası Çalışmaların Özeti

Çalışmayı yapan	Ülke	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	Yaygınlık
Affonso ve ark. (2000)	Brezilya	100	EPDS	4 – 6 hafta	%24
Affonso ve ark. (2000)	Kore	97	EPDS	4 – 6 hafta	%36.1
Affonso ve ark. (2000)	Tayvan	97	EPDS	4 – 6 hafta	%60.8
Affonso ve ark. (2000)	ABD	95	EPDS	1) 4 – 6 hafta 2) 10 – 12 hafta	1) %37 2) %29.5
Agoub, Moussaoui ve Battas (2005)	Fas	114	MINI, EPDS	1) 6 hafta 2) 6 ay 3) 9 ay	1) %6.9 2) %11.8 3) %5.6
Banti ve ark. (2011)	İtalya	751 663 600 534 500	SCID – I	1) 1 ay 2) 3 ay 3) 6 ay 4) 9 ay 5) 1 yıl	1) %3.2 2) %2.9 3) %1.9 4) %1.2 5) %1.9
Chaudron ve ark. (2001)	ABD	465	DIS, CES-D	1 – 4 ay	%5.8

Tablo 2.3.1.1: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Uluslararası Çalışmaların Özeti (devamı)

Çalışmayı yapan	Ülke	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	Yaygınlık
Fisher ve ark. (2004)	Viyetnam	506	EPDS	6 hafta	%33
Franck ve ark. (2016)	Belçika	114	IDD-L, EPDS, RSES	12 hafta	%9.6
Hamdan ve Tamim (2011)	Birleşik Arap Emirlikleri	137	BDI-II, BAI, Stressful life events inventory, Self-reported religiosity, EPDS, MINI	2 ay	%10
Iliadis ve ark. (2015)	İsveç	1037	SSP, KSP	1) 6 hafta 2) 6 ay	1) %8.5 2) %8.5
Lau, Yin ve Wang (2011)	Çin	1556	EPDS, DAS, SAC, ISEL	12 – 24 hafta	%9.2
Liabsuetrakul, Vittayanont ve Pitanupong (2007)	Tayvan	400	PDRS	6 – 8 hafta	%10

Tablo 2.3.1.1: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Uluslararası Çalışmaların Özeti (devamı)

Çalışmayı yapan	Ülke	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	Yaygınlık
Matthey ve ark. (2000)	Avustralya	157	EPDS	1) Doğumdan önce 2) 6 hafta 3) 4 ay 4) 12 ay	1) %12.3 2) %7.7 3) %9.7 4) %12.4
Onyemaechi, Afolabi ve Ifeagwazi (2017)	Nijerya	116	The Index of Self – Esteem, SPS, EPDS	6 hafta	%58
Patel, DeSouza ve Rodrigues (2003)	Hindistan	171	EPDS, DASII	6 – 8 hafta	%22
Small, Lumley, Yelland (2003)	Avustralya	318	EPDS, SF-36	6 – 9 ay	%15.8
Sylvén ve ark. (2017)	İsveç	653	EPDS	1) 5 gün 2) 6 hafta	1) %10.3 2) %6.4
Tannous ve ark. (2008)	Brezilya	271	EPDS	6 – 8 hafta	%20.7
Xie ve ark. (2009)	Çin	534	SSRS, EPDS	2 hafta	%19.29

Notlar: EPDS = Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (Cox, Holden ve Sagovsky, 1987), MINI = Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Sheehan vd., 1997), SCID-I = DSM (4) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi (First, Spitzer, Gibbon ve Williams, 1997), DIS = Diagnostic Interview Schedule (Robins, Helzer ve Croughan, 1981), CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977), SSQ = Social Support Questionnaire (Sarason, Levine, Basham ve Sarason, 1983), IDD – L = The Inventory to Diagnose Depression, Life time version (Zimmerman ve Coryell, 1987), RSES = Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg, 1965), BDI-II = Beck Depresyon Envanteri II (A. T. Beck, Steer ve Antonio, 1996), BAI = Beck Anksiyete Envanteri (A. T. Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988), Stressful life events inventory (Kendler, Karkowski ve Prescott, 1999), Self-reported religiosity (Haj-Yahia, 1998), SSP = The Swedish universities Scale of Personality (Gustavsson vd., 2000), KSP = Karolinska Scales of Personality (Schalling, Åsberg, Edman ve Oreland, 1987), DAS = Dyadic Adjustment Scale (Spainer, 1976), SAC = Stryker Adjustment Checklist (Stryker, 1955), ISEL = The Interpersonal Support Evaluation List (S. Cohen ve Hoberman, 1983), PDRS = Postpartum Depression Risk Scale (Liabsuetrakul vd., 2007), SPS = The Social Provision Scale (Cutrona ve Russell, 1987), DASII = Developmental Assessment Scale for Indian Infants (Phatak, 1998), SF-36 = Short Form 36 Mental Health Sub-scale (Cardona, Jorm, Williamson ve Chey, 1995), SSRS = Social Support Rating Scale (Xiao, 1999).

PPD'nin yaygınlığını rapor eden ulusal çalışmalar Tablo 2.3.1.2'de özetlenmiştir. Araştırma sonuçları karşılaştırıldığında, en düşük PPD yaygınlık oranı %6.3 ile Konya'da yaşayan annelerde (Akman, Uguz, Kaya 2007); en yüksek PPD yaygınlık oranı ise %40,4 ile Edirne'de yaşayan annelerde tespit edilmiştir (Ekuklu vd 2004). Ulusal çalışmalardan elde edilen sonuçlardaki varyansın nedenlerinden biri katılımcıların farklı bölgelerde yaşamalarından kaynaklandığı söylenebilir. İnandı ve arkadaşlarının (2002) Erzurum, Elâzığ, Malatya, Kayseri ve Konya'yı içeren Türkiye'nin doğu illerinde yürüttükleri çalışmada, kırsal kesimde yaşayan annelerde depresif bulguların daha sık olduğunu gözlemlemişlerdir. Bununla beraber, metodolojik anlamda Türk anneler ile yapılan çalışmalarda ölçüm aracı olacak EPDÖ'nün sıklıkla kullanılmasına rağmen, verilerin toplandığı zaman dilimi ve çalışmalardaki örneklem sayıları arasındaki farklılık da gözlemlenen varyansın bir diğer açıklayıcı olarak kabul edilebilir. Postpartum depresyonun hem uluslararası hem de ulusal literatürde geniş aralıkta seyreden bir yaygınlık göstermesinden dolayı bazı araştırmacılar PPD'nin bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerektiğini öne sürmektedir (Bilgiç, Dağlar, Aydın Özkan ve Kadıoğlu, 2015; Pearlstein, Howard, Salisbury ve Zlotnick, 2004).

Tablo 2.3.1.2: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Ulusal Çalışmaların Özeti

Çalışmayı yapan	Şehir	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	Yaygınlık
Akman, Uguz ve Kaya (2007)	Konya	302	SCID-I, SCID-II	6 hafta	%6.3
Aktaş (2008)	Ankara	330	EPDS	1) 1 gün 2) 2 hafta 3) 6 hafta	1) %16.7 2) %19.4 3) %19.4
Arıkan ve ark (2015)	Kütahya	302	EPDS	1 – 12 ay	%32.1
Aslan ve Ege (2016)	Konya	265	EPDS, Emzirme-Öz Yeterlilik Ölçeği	4-6 hafta	%21.37
Aydın ve ark. (2004)	Erzurum	341	EPDS, SCID	1 yıl	EPDS: %35.8 SCID: %14.4
Ayvaz ve ark. (2006)	Trabzon	326	GSA, BAI, BDI	6 – 8 hafta 6 ay	29.6 11.4
Danacı ve ark. (2002)	Manisa	257	EPDS	6 ay	%14
Demir ve ark. (2016)	Ankara	431	EPDS	6 hafta	%34.8

Tablo 2.3.1.2: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Ulusal Çalışmaların Özeti (devamı)

Çalışmayı yapan	Şehir	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	Yaygınlık
Durukan ve ark. (2011)	Ankara	708	EPDS, WHOQOL-BREF	2 hafta – 18 ay	%15
Ege ve ark. (2008)	Malatya	364	MSPSS, EPDS	6 – 48 hafta	%33.2
Ekuklu ve ark. (2004)	Edirne	178	EPDS	6 hafta	%40.4
Eren (2007)	İstanbul	103	BDI	4 hafta	%17.5
Inandi ve ark. (2002)	Erzurum, Elâzığ, Malatya, Kayseri ve Konya	2514	EPDS	1 yıl	%27.2
Inandi ve ark. (2005)	Mersin, Sivas ve Manisa	1350	EPDS	1 yıl	%31.1
Kılıç (2016)	Yozgat	236	EPDS	1 – 12	%19.1
Kırpınar ve ark. (2012)	Erzurum	479	EPDS, SCID	6 hafta	EPDS: %14 SCID: %6

Tablo 2.3.1.2: PPD'nin Yaygınlığını Rapor Eden Ulusal Çalışmaların Özeti (devamı)

Çalışmayı yapan	Şehir	Örneklem	Kullanılan ölçekler	Verilerin toplandığı zaman dilimi (doğumdan sonraki günler)	
Kolukırık, Şimşek ve Ergör (2019)	Manisa	345	EPDS	4 – 12 hafta	%27.4
Nur ve ark. (2004)	Sivas	750	EPDS	1 yıl	%28
Özdemir ve ark. (2005)	Bursa	912	ZSDS	1) 1 hafta 2) 1 ay	1) %18 2) %9.8
Özdemir, Marakoğlu ve Çivi (2008)	Konya	242	EPDS	2 – 6 ay	%19.4
Seymen Tatar (2010)	Ankara	307	EPDS	3 ay	%19.4
Sütlü ve Çatak (2017)	Burdur	655	EPDS	3 – 6 ay	%27.4
Türkçapar ve ark. (2015)	Ankara	540	EPDS, HADS	6 – 8 hafta	%15.4
Yılmaz Bingöl ve Tel (2007)	Erzurum	328	MSPSS, EPDS	2 hafta	%29.9

Notlar: SCID-I = DSM (4) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi (M. First, Spitzer, Gibbon ve Williams, 1997), SCID-II = DSM (R3) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi (M. B. First, Spitzer, Gibbon ve Williams, 1995), PDS = Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (Cox, Chapman, Murray ve Jones, 1996), Emzirme-Öz Yeterlilik Ölçeği (Dennis ve Faux, 1999), GSA = Genel Sağlık Anketi (Goldberg ve Hillier, 1979), WHOQOL-BREF = Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu (World Health Organization, 1997), MSPSS = Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988), BDI = Beck Depresyon Envanteri (A. T. Beck, Steer ve Carbin, 1988), EUÖ = Evlilik Uyum Ölçeği (Locke ve Wallace, 1959), ZSDS = Zung's Self-Rating Depression Scale (Zung, 1986), HADS = Hospital Depression Inventory (Zigmond ve Snaith, 1983)

2.3.2 Postpartum Depresyonun Etkileri

Doğumdan sonraki süreçte, aile içerisinde pek çok alanda değişikliklerin olduğu gözlemlenmektedir (Altuntuğ ve Ege, 2013; Gross ve Marcussen, 2017; Karabulut, 2014; Koyun vd., 2011; T. Miller, 2007). Bu süreçte, kimliğindeki ve çevresindeki değişiklikler ve kayıplara adapte olamayan annelerde, depresyonun ortaya çıkabileceği görülmektedir (Edhborg vd., 2005). Yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşüren depresyon sadece anneyi değil aynı zamanda bebeği ve eşi de olumsuz şekilde etkilemektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014; C. T. Beck, 2002; Callister, Beckstrand ve Corbett, 2011; Gibson vd., 2009; Karaçam ve Kitiş, 2008; V. Patel vd., 2003).

2.3.2.1 Postpartum Depresyonun anne üzerindeki Etkileri

Yeni doğum yapmış annelerin fiziksel sağlıkları yakın takip altında olmasına rağmen, ruhsal sağlıklarının takibi yeterli düzeyde yapılmamaktadır (Corrigan vd., 2015; Glover, 2014; World Health Organization, 2010). Fiziksel ihtiyaçların daha göz önüne alınmış olması ve takibin daha kolay yapılıyor olması, ebe hemşireler ve kadın doğum uzmanlarının postpartum dönemdeki ruhsal bozukluklarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları veya annelerin ruhsal sıkıntılarını daha az dile getiriyor olmaları bu ihmalin nedenleri arasında sayılabilir (O'Hara & McCabe, 2013).

Epidemolojik çalışmalar doğumdan sonraki ilk bir yılın depresyonun gelişmesi için riskli bir dönem olduğunu ve depresyon geliştiğinde, belirtilerin şiddeti süreç içerisinde değişiklik gösterebileceklerini tespit etmişlerdir (C. T. Beck, 1999; Mayberry vd., 2007; Norhayati vd., 2015; O'Hara ve Wisner, 2014; Sylvén vd., 2017; White, 1986). Gholami, Mohammadirizi ve Bahadoran'ın (2017) 110 yeni doğum yapmış anne ile yaptıkları çalışmada, kadınların klinik anlamda depresyon tanısı alamamalarına rağmen, postpartum döneminde tükenmiş hissedebileceklerini ve bu durumun da annenin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gözlemlemişlerdir. Postpartum döneminde yaşanan tükenmişlik hissi sadece olağan günlük aktiviteleri etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda emzirmeyi ve cinselliği de olumsuz anlamda etkilemektedir (Gholami vd., 2017). Başlı başına maddi ve manevi

zorlayıcıları içeren bu dönem, depresyondaki bir kadın için ise çok daha şiddetli tablolar oluşturabilmektedir. Depresyondaki anne, kendi temel gereksinimlerini karşılamada ve sorumluluklarını yerine getirmede oldukça büyük zorluklar yaşamaktadır (Karaçam ve Kitiş, 2008). Depresif hal annenin düşüncelerini ve duygularını etkilediği için dünyaya bakış açısını da etkiler (Mauthner, 1998).

Postpartum dönemindeki kadınlarla yapılmış farklı niteliksel araştırmalarda öne çıkan ortak sonuçlardan biri depresif annelerdeki “kayıp” düşüncesinin baskınlığı olmuştur (Chan, Levy, Chung ve Lee, 2002; Edhborg vd., 2005; Laney vd., 2015; Nicolson, 1990). C. T. Beck’in (1999) de ifade ettiği gibi, postpartum dönemindeki kadınlar benlik kaybı, kontrol kaybı, enerji kaybı, ilişkilerin kaybı ve sosyal rollerin kaybı gibi pek çok kayıp tecrübe ederler bu süreçte. Benzer bir şekilde, Nicolson’da (1990) yaptığı niceliksel boylamsal araştırmada postpartum dönemindeki kadınların uğrayabilecekleri kayıplar arasında bedenlerine olan güvenin kaybı, erkeklerle olan iletişimin kaybı, arkadaşlarından kopma, cinsellikte azalma, kişisel alanda daralma/sınırlama, algılanan entelektüel kabiliyet ve hafızada düşüklük, aile içindeki gücün ve mesleki rolün kısıtlanması ve özgür kadından geleneksel kadına geçişin bulunduğunu tespit etmiştir. Bebek sahibi olmak evrensel olarak kayıptan ziyade kazançla ilişkilendirilmekte olsa da (Nicolson, 1990), özellikle de depresif duygulara boğulmuş annelerde kayıpların daha hakim olması oldukça muhtemeldir (Edhborg vd., 2005).

PPD’nin yaygınlık oranları yüksek olmasına rağmen, vakaların sadece %50-60’nın teşhis edilebildiği düşünülmektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014; Boyd vd., 2005; Dennis ve Chung-Lee, 2006; Halbreich ve Karkun, 2006; Kara vd., 2001; Norhayati vd., 2015; Patel vd., 2003). Bu düşük oranların sebebi kişisel, sosyal ve sağlık sistemindeki engellerden kaynaklanabileceği tespit edilmiştir (Callister vd., 2011; Logsdon vd., 2012). Kişisel boyut incelendiğinde, yeni annelerin zaman zaman işlevselliklerini bozan depresif duygular yaşamalarına rağmen, bunun anneliğin beraberinde gelen olağan bir durum olduğunu düşündükleri için yardıma başvurmamaları karşımıza çıkmaktadır (Dennis ve Chung-Lee, 2006). Özellikle de ilk defa anne olan, tecrübesiz kadınlarda depresyon belirtilerinin şiddetlenmesine rağmen,

yaşadıkları durumun ciddiyetini fark edemedikleri tespit edilmiştir (Leahy-Warren, Mccarthy ve Corcoran, 2012; Miller, 2007; Sayıl vd., 2007). Bir problemin olduğunu anlasalar da çoğunlukla bu durumun tedavi edilebilir olduğunu farkında olmadıkları gözlemlenmiştir (Dennis ve Chung-Lee, 2006). Bu süreci ciddiye almayı gereken durum ise erken dönemlerde tespit edilmeyen depresyon belirtilerinin ilerleyen süreçlerde daha şiddetli bir şekilde gündeme gelebiliyor olmasıdır (Dalfen, 2009; Erdem ve Erten Bucaktepe, 2012; Ertürk, 2007; Halbreich ve Karkun, 2006). Postpartum depresyona erken dönemlerde müdahale edilemediğinde, anneler sorumlulukların getirdiği yükün etkisiyle çocuklarından ve eşlerinden kopabildikleri ve hayatlarının bir daha asla eskisi gibi olamayacağı korkusuna kapılabildikleri görülmektedir (Kleiman, 2009; Seymen Tatar, 2010). Erken dönemde yapılan tedavi planlamasında yalnızca psikoterapi yeterli olabiliyorken, ilerleyen süreçte şiddeti de artan depresyona uzun süreli hem psikoterapi hem de ilaç tedavisi kullanımı gerekmektedir (Sit & Wisner, 2010). Bu durumda yeni anne bebeğini istese de ilaç kullanımından dolayı emzirmeyeceği için süreç daha da çetrefilli hale gelebilmektedir (O’Hara & Wisner, 2014).

Depresyon belirtileri yaşayan annelerin profesyonel desteğe başvurmamalarının diğer sebebi de yaşadıkları bu hali kişisel zayıflık olarak algılamalarıdır (Dennis ve Chung-Lee, 2006; Edhborg vd., 2005). Toplum tarafından kabul gören idealize edilmiş “süper anne” profili (Choi vd., 2005), doğumdan sonraki süreçte sadece pozitif duyguları yaşamaları gerektiğini fısıldamaktadır, yani anneler için olumsuz duygulara yer yoktur (C. T. Beck, 1999, 2013; Mauthner, 1998). Kadınlar, anne olma sürecinde hiçbir şey değişmemiş gibi hem bebeğin hem de evin sorumluluklarıyla eski rutininde devam edecekleri inancına kapılmaktadırlar (Bennett, Boon, Romans ve Grootendorst, 2007; Berggren-Clive, 1996; Dalfen, 2009; Staneva ve Wittkowski, 2013). Kişisel becerisizlikleri ve zayıflıkları yüzünden süper anne beklentilerini karşılayamadıklarını düşündükleri için suçluluk hisseden anneler, depresif hissiyatlarından bazen en yakınlarına bile bahsedemeyecek durumda oluyorlar (C. T. Beck, 1999, 2001b; Corrigan vd., 2015; Erdem ve Erten Bucaktepe, 2012; Staneva ve Wittkowski, 2013). Duygularını açtıklarında, yanlış anlaşılmaktan ve diğerleri tarafından “kötü anne” olarak etiketlenmekten kaçınmaktadırlar (Dalfen, 2009; Dennis ve Chung-Lee, 2006;

Edhborg vd., 2005; Mauthner, 1998; Sit ve Wisner, 2010). Ayrıca, kadınlar yaşadıkları bu zorlu durumun çözülebilecek bir sorun olduğunu dahi farkına varamadıkları için yardım alabileceklerini de düşünmemektedirler (Chan vd., 2002; Dalfen, 2009; Dennis ve Chung-Lee, 2006; Kara vd., 2001).

Tüm bunların ışığında PPD, kadınların “anne” olarak mutlu olmayı umduğu zamanda ortaya çıkan ve hayatlarını çok yönlü etkileyen bir psikolojik rahatsızlıktır. Dahası, PPD anneler için yalnızca belirli bir süreci kapsamayan, etkileri uzun seneler sürebilecek bir ruhsal rahatsızlıktır. Cooper ve Murray’ın (1995) 40 anneyi takip ettiği boylamsal araştırmada, PPD’den mustarip annelerin ilerleyen dönemde depresyon geçirme ihtimalinin iki kat daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

2.3.2.2 Postpartum Depresyonun eş üzerindeki Etkileri

Doğumdan sonra kurulan yeni düzen ile sadece annenin değil, aynı zamanda babanın da hayatı etkilenmektedir. Bu dönemde dikkatler anne ve bebek üzerinde olduğundan dolayı, babanın yaşadıkları gözden kaçabiliyor (Harberger, Berchtold ve Honikman, 1992). Goodman (2004) annenin aldığı PPD tanısının, babanın da depresyon geliştirme olasılığını arttırdığına dikkat çekmiştir. Goodman (2004) 1980-2002 arası depresyon alanında yayınlanan makaleleri içeren metaanaliz çalışmasında, babalarda doğum sonrası depresyonunun görülme sıklığının %1.2 ile %25.5 arasında değiştiğini, eşi PPD geçiren babaların depresyon oranlarının daha da yüksek olup, %24 ile %50 arasında değiştiğini tespit etmiştir. Benzer bir şekilde, Lovestone ve Kumar (1993) araştırmalarında, eşleri PPD tanısı alan babalarda daha yüksek oranda psikiyatrik rahatsızlıklar (mani, minör ve majör depresyon, kaygı ve şizofreni) gözlemlemişlerdir ve bu rahatsızlıkların başlangıçlarının eşlerinin PPD başlangıcı ile eş zamanlı geliştiğini tespit etmişlerdir. Babaların postpartum döneminde stres seviyeleri ve sorumlulukları arttığı ve eşlerinin psikolojik durumundan etkilendikleri için psikolojik rahatsızlıklara karşı daha savunmasız kaldıkları düşünülmektedir (Gentile ve Fusco, 2017; Lovestone ve Kumar, 1993).

Postpartum döneminde yeni sorumluluk ve roller ile boğulmuş anneler genellikle eşleriyle yeterli ve kaliteli zaman geçirememektedirler (Berggren-Clive, 1996; Edhborg vd., 2005). PPD'nin etkisindeki annelerin ise daha asabiyetli davranışlar sergiledikleri ve fiziksel olarak eşlerinden geri çekildikleri görülmektedir (Condon, 2006). Bu fiziksel kopukluğu reddedilme olarak algılayan babalar ise eşlerinin yaşadığı depresif hale öfke, korku, suçluluk, endişe ve hayal kırıklığı ile karşılık verebilmektedirler (C. T. Beck, 2002; Condon, 2006). Babaların postpartum döneminde eşlerine karşı tutumları çok önemlidir çünkü onların sıkıntılarını artıracak ve anne olarak yetersizlik hissetme duygularını perçinleyecek niteliktedir (Condon, 2006). Böylelikle, depresyonun devam etmesi sağlayan bir kısır döngü oluşur ve hem annenin hem de babanın ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilenmeye devam eder.

2.3.2.3 Postpartum Depresyonun bebeğin gelişimi üzerindeki Etkileri

Doğum sonrasında bebeğine ve yeni sorumluluklarına uyum sağlamaya çalışan anne, bir de depresyonla mücadele etmek zorunda kaldığında, bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşadığı görülmektedir (Logsdon vd., 2012; Watson, 2015). Depresyondaki anneler bebeklerine karşı duygusal anlamda daha az kaynak sunmaktadır ki bu durum bebeklerine karşı daha az şefkatli davranış örüntüleri sergilemeleri (C. T. Beck, 2001b), gülümsemeleri, yüz yüze etkileşime girmeleri, hikaye anlatmaları (Brummelte & Galea, 2016) olarak karşımıza çıkmaktadır. Kısıtlı iletişim ve duygusal tepki repertuarı sebebi ile PPD geçiren annelerin bebeklerinin daha mız mız olma, daha az tepki verme ve daha nadir olumlu yüz ifadeleri yapma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir (Field, 1998).

Buna ek olarak, annesi PPD geçiren bebeklerin fiziksel ve ruhsal anlamda gelişimleri olumsuz anlamda etkilenmektedir. Pakistan, Hindistan, Brezilya, Türkiye ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda PPD tanısı almış annelerin bebeklerinin yetersiz beslendikleri için büyümelerinin daha geride oldukları tespit edilmiştir (Parsons vd., 2012). Bununla beraber depresif anne ile bebeği arasında güvenli şekilde bağlanma da kurulamamaktadır (Brummelte & Galea, 2016; Gavin vd., 2005; Sylvén vd., 2017).

Sabuncuoğlu (2006) Türk annelerle yaptığı çalışmada da depresyondaki annelerin bebekleri ile aralarında güvensiz bağlanma kurulduğunu tespit etmiştir.

Depresyondaki bir anneye sahip olmanın, depresyon gelişimindeki en büyük risk faktörü olduğu bilinmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999; Kujawa vd., 2011). Depresif davranışlara ve duygulanıma maruz kalan bebeklerin, çocukluk dönemlerinde daha fazla antisosyal ve nevrotik davranışlar sergiledikleri (C. T. Beck, 1999), bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda yetersiz gelişim gösterdikleri (C. T. Beck, 2001b; Brummelte ve Galea, 2016; Goodman ve Gotlib, 1999; Norhayati vd., 2015; Patel vd., 2003; Pearlstein vd., 2004; Sit ve Wisner, 2010), zayıf sosyal beceri geliştirdikleri ve karşıt olma-kaşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu geliştirme riskine sahip oldukları tespit edilmiştir (Sylvn vd., 2017).

Orhon (2007) yaptığı çalışma neticesinde, PPD'nin çocuklar ve bebekleri olumsuz yönde etkilediği alanları çocuğun gelişimi, bebeğin gelişimi, bebek beslenmesi, bebek hastalıkları, bebeğin uykusu, çocuğun mizacı ve ocuk istismarı ve ihmali olarak yedi başlık altında toplamıştır. PPD sadece annenin değil aynı zamanda bebeğin hayatı üzerindeki boylamsal düzeydeki etkilerini kaldırmak adına erken dönem yapılacak müdahaleler ciddi önem arz etmektedir.

2.4. Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri

2.4.1 Bireysel Faktörler

2.4.1.1. Biyolojik

Gebelik dönemi ve ardından gelen doğum kadınların steroid ve peptide hormonlarında (rneğin kortizol, östrojenler, progesteron ve oksitosin) geniş çaplı değişikliklere sebep olmaktadır (C. T. Beck, 1999; Bennett, 2007; Brummelte & Galea, 2016; Fazlagi, 2011; O'Hara & Wisner, 2014). Payne, Palmer ve Joffe (2009), yaptıkları etiyolojik literatür taramasında doğumdan sonra oluşan beyindeki hormonal dalgalanmalar

sonucunda PPD'nin tetiklenebileceğini tespit etmişlerdir. Özellikle hamilelikte ve doğum sonrasında yaşanan stresin biyolojik yatkınlığı olan anneler için depresyon geliştirme riskini arttırdığı düşünülmektedir (Bennett, 2007). PPD'nin gelişimindeki biyolojik faktörlerin önemini gösteren araştırmalar sayesinde tedavide farmakolojik müdahalelere sıkça başvurulmaktadır (Brummelte & Galea, 2016; O'Hara & Wisner, 2014; Payne vd., 2009).

2.4.1.2. Psikolojik

2.4.1.2.1. Öz saygı

Öz saygı, benlik algısı oluşturan iki temel parçadan biridir (Woolfolk, 2016) ve kişinin kendi benliğini değerlendiren kısmı olarak tanımlanmaktadır (Baumeister, Campbell, Krueger ve Vohs, 2003; Manna, Falgares, Ingoglia, Como ve Santis, 2016). Bireyin özüne karşı yaptığı değerlendirme pozitif veya negatif olabilir ve dünyaya bakış açısını şekillendirecek niteliktedir (Marshall, Parker, Ciarrochi ve Heaven, 2014; Morris Rosenberg, Schooler, Schoenbach, Rosenberg ve Rosenberg, 1995).

Öz saygı literatürde depresyon başta olmak üzere psikiyatrik rahatsızlıkların oluşumuna karşı koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir (Brown, Bifulco, & Andrews, 1990; Karatas & Cakar, 2011; Manna vd., 2016). Bu minvalde 31 farklı milleti kapsayan bir araştırmada kişilerin öz saygısı yükseldikçe, yaşam doyumlarının da arttığını tespit edilmiştir (Diener ve Diener, 1995). Yapılan araştırmalar neticesinde, öz saygısı yüksek olan kişilerin okul başarılarının arttığı (Manna vd., 2016; Rosenberg vd., 1995), daha iyimser oldukları ve psikolojik iyi oluşlarının yükseldiği (C. T. Beck, 2001a; Denis, Ponsin ve Callahan, 2012; Hamdan ve Tamim, 2011; Mäkikangas, Kinnunen ve Feldt, 2004; Nnadozie ve Nweke, 2017; Morris Rosenberg vd., 1995; Tan, Krishnan ve Lee, 2017), psikolojik dayanıklılıklarının arttığı (Dumont ve Provost, 1999; Karatas ve Cakar, 2011) ve daha çok sosyal destek aldıkları tespit edilmiştir (Marshall vd., 2014; Zheng, Morrell ve Watts, 2018).

Stres karşısında iç kaynaklı bir tampon görevini üstlenen öz saygı, kişilerin daha aktif bas etme stratejileri kullanmalarında etkili olduğu görülmektedir (Baumeister vd., 2003; Dumont ve Provost, 1999; Li, Han, Wang, Sun ve Cheng, 2018). Öz saygının artması ile kişilerde stres, yalnızlık ve depresyonun da azaldığı tespit edilmiştir (Bajaj, Robins ve Pande, 2016; Baumeister vd., 2003; Dumont ve Provost, 1999; Karatas ve Cakar, 2011).

Öz saygı, objektif bir değerlendirmeden ziyade, kişinin kendisi hakkındaki algısını yansıtır (Baumeister vd., 2003). Nitekim öz saygı kavramı Higgins (1987) tarafından kişinin kendisi hakkında ulaşmayı istediği ideal benliği ile mevcut gerçek benliği arasındaki fark olarak ele alınmıştır. Higgins'in (1987) tanımı göz önüne alındığında kişinin ideal benliği ile gerçek benliği arasındaki fark arttıkça öz saygısı azalmaktadır. Benzer bir şekilde, kadınların idealize ettikleri "süper anne" statüsü ile gerçek hayattaki annelik tecrübeleri arasındaki fark arttıkça, öz saygıların düştüğü ve annelik becerilerine olan güvenlerinin azaldığı görülmektedir (Choi vd., 2005; Edhborg vd., 2005; Ugarriza vd., 2007). Öz saygısı düşük olan yeni anneler doğumdan sonraki sürecin üstesinden gelmeyi sağlayacak becerileri kullanmakta ve sahip oldukları kaynakları etkileşime sokmakta zorluk yaşamaktadırlar (McGrath ve Meyer, 1992). Düşük öz saygısı olan annelerin yetersizlik, değersizlik, reddedilme, ihmal, utanç ve suçluluk duyguları yaşamakta olduğu ve kendilerini izole ettikleri belirlenmiştir ki bu duygular da PPD'nin gelişimini hızlandırmaktalar (Nnadozie ve Nweke, 2017). Öyle ki küçük çocuğu olan annelerle yapılmış bir dizi çalışmada düşük öz saygının depresyonun gelişiminde güçlü bir etkinliği olduğu tespit edilmiştir (C. T. Beck, 2001a; Brown, Bifulco ve Andrews, 1990; Brown, Bifulco, Veiel ve Andrews, 1990).

2.4.1.2.2. Genel Öz Yetkinlik İnancı

Bandura (1999), bireyin belli sonuçlar elde etmek amacı ile eylemlerini organize edebilme gücüne sahip olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, benlik algısının diğer yarısını oluşturan öz yetkinlik kavramı, kişinin başarıya ulaşmak için gerekli adımları planlama kapasitesine olan inancını kapsamaktadır (Bandura, 1994; Luszczynska, Gutiérrez-Doña ve Schwarzer, 2005). Öz yetkinlik inancı bireyin nasıl hissedeceği,

düşüneceği, kendisini nasıl motive edeceği ve davranacağını belirlemektedir (Bandura, 1994).

Öz yetkinlik inancı, zorlayıcı bir durum karşısında kişinin o durumun üstesinden gelebileceğine dair düşüncesini etkilemektedir. Bandura (1994), öz yetkinlik inancı yüksek olan bir bireyin, karşılaştığı zorlukları, kaynaklarını kullanarak kontrol edebileceği inancına sahip olduğunu, böylece olası stres karşısında savunmasız hissetmeyeceğini ve daha güçlü durabileceğini öne sürmektedir. Öz yetkinlik alanında yapılmış araştırmalar, öz yetkinlik inancına sahip kişilerin zor görevleri kaçınılması gereken tehditlerden ziyade, üstesinden gelinmesi gereken zorluklar olarak algıladıklarını desteklemektedir (Bandura, 1994, 1999; Luszczynska, Mohamed, ve Schwarzer, 2005; Luszczynska, Scholz, ve Schwarzer, 2005). Buna karşın, düşük öz yetkinlik inancına sahip olan kişilerin, zorluklar karşısında çabuk pes etmeleri, kişisel tehdit olarak gördükleri zor görevlerden uzak durdukları, uzun soluklu hedeflere sahip olmadıkları ve başarısızlıkla karşılaştıklarında yetkinlik duygularını geri kazanmakta zorlandıkları için stres ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarını da sıkça yaşadıkları görülmektedir (Bandura, 1994).

Farklı yaş grupları ile yapılmış araştırmalarda, kişinin öz yetkinlik inancı yükseldikçe, depresyon şiddetinin azaldığı tespit edilmiştir (Bandura ve Wood, 1989; Bouffard-Bouchard, Parent ve Larivee, 1991; Ehrenberg, Cox ve Koopman, 1991; Gross ve Marcussen, 2017; Martini vd., 2015; Suman ve Malhotra, 2016). Literatürde en kapsamlı çalışmalardan birinde Luszczynska, Gutiérrez-Doña ve Schwarzer (2005) Kosta Rika, Almanya, Polonya, Türkiye ve ABD'den 8796 katılımcı ile gerçekleştirdiği araştırmada öz yetkinlik inancı yüksek olan kişilerin iyimserliklerinin, öz düzenleme becerilerinin ve öz saygılarının da yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Buna karşın, öz yetkinlik inancı yükseldikçe, depresyon ve endişe belirtilerinde azalma olduğu gözlemlenmiştir (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, vd., 2005).

PPD ile yeni ebeveynlerin doğumdan sonraki süreçteki öz yetkinlik inançlarının depresyonla olan ilişkisi araştırmalarda dikkat çeken güncel alanlarından birisidir (Porter ve Hsu, 2003; Zheng vd., 2018). Bir kadının ebeveynliğe geçişiyle beraber baş

etmesi gereken yeni zorluklar onu stres ve depresyona karşı savunmasız bırakabilmektedir (Bandura, 1994). Böyle olduğunda eğer sahip olduğu becerileri kullanamayacağına inanıyorsa sağlıklı bir şekilde bu dönemin üstesinden gelememektedir (Luszczynska, Scholz ve Schwarzer, 2005; Porter ve Hsu, 2003). Literatür incelendiğinde, annenin öz yetkinlik inancı arttıkça, doğum sonrası depresyon geliştirme risklerinin de azaldığı tespit edilmiştir (Gross ve Marcussen, 2017; Martini vd., 2015; Porter ve Hsu, 2003; Sayil vd., 2007). Bu bağlamda Zheng ve meslektaşları (2018) Çinli anneler ile yaptıkları boylamsal araştırmada, annelerin ebeveynlik tecrübesi arttıkça öz yetkinlik inançlarının yükseldiğini, bunun da depresyon seviyelerini azalmasına sebebiyet verdiğini tespit etmişlerdir. Literatürde yapılmış çalışmalardan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, yüksek öz yetkinlik inancının PPD'nin gelişmesine karşı koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir.

2.4.1.3. Doğum Memnuniyeti

Doğum memnuniyeti, bir kadının doğum sancısı, doğum anı ve doğumdan hemen sonraki süreci kapsayan memnuniyetini içermektedir (Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004; Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2007; Soet, Brack & DiIorio, 2003) ve hem kadının kendi sağlığını hem de bebeğin sağlığını etkilediği için, son derece önemli bir konudur. Olumsuz bir doğum deneyimi doğum memnuniyetini düşürmektedir ve bu da yeni annelerde PPD'nin gelişmesine, travma sonrası stres bozukluğunun gelişmesine, anne bebek bağlanmasında yetersizliğe, annelik rolüne adaptasyonda güçlük yaşanmasına, emzirme sorunlarına, cinsel ilişkiye devam etmede zorluk yaşanmasına ve bebek ihmali veya istismarına neden olabildiği tespit edilmiştir (Ballard, Stanley & Brockington, 1995; Dietz vd., 2007; Goodman vd., 2004; Maggioni, Margola & Filippi, 2006; Rudman vd., 2007; Soet vd., 2003). Olumsuz bir doğum deneyimi aynı zamanda annelerin tekrar hamile kalmakla ilgili kararlarını da etkilemektedir ve hamile kaldıkları zamanda, kürtaj olma ve doğumda sezaryen isteme olasılıklarının da arttığı görülmektedir (Henriksen, Grimsrud, Schei & Lukasse, 2017; Maimburg, Væth & Dahlen, 2016). Simkin (1991) tarafından yürütülmüş yirmi annenin katıldığı niteliksel araştırmada, yirmi yıllık bir süre

geçmesine rağmen doğum sürecinin kadınların zihninde hala canlı ve derinden hissedilen anılar olarak kaldıkları tespit edilmiştir.

Memnuniyetle sonuçlanmış bir doğum ise sağlıklı anne-bebek ilişkisinin oluşmasına yardımcı olmakta, annelik rolüne adaptasyonu hızlandırmakta ve kadınların öz saygısı ile başarı hissine katkıda bulunmaktadır (Goodman vd., 2004; Simkin, 1991). Doğum memnuniyetiyle ilgili literatür incelendiğinde, doğum sürecini kontrol edebilmenin, doğum memnuniyetini yordayan en önemli faktör olduğu tespit edilmiştir (Fair & Morrison, 2012; Goodman vd., 2004; Martin, Procter, Hollins Martin & Larkin, 2017; Spaich vd., 2013). Hodnett (2002), 137 çalışmayı içeren sistematik taramasında bireysel beklentilerin, sağlık profesyonellerinin sağladığı desteğin, bakım vericiler ile bakım alan arasındaki iletişimin ve karar verme sürecine annenin dahil olmasının doğum memnuniyetini etkileyen önemli faktörler olduğunu tespit etmiştir.

Yeni anneler ile doğum memnuniyeti özelinde yapılmış araştırmalarda Norveç'te 1357 annenin %8.6'sı (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen, & Eberhard-Gran, 2013); Kanada'da 6421 annenin %9.3'ü (Smarandache, Kim, Bohr, & Tamim, 2016); Hollanda'da 1309 annenin %16'sı (Rijnders vd., 2008); Norveç'te 1352 annenin %21.1'i (Henriksen vd., 2017); Ürdün'de 320 annenin %75.6'sı (Mohammad, Alafi, Mohammad, Gamble, & Creedy, 2014) olumsuz doğum deneyimi yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Türkiye'de Çıtak Bilgin ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmış araştırmada ise araştırmaya katılan yeni doğum yapmış annelerin %19.6'sı olumsuz doğum deneyimi yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Yukarıda verilmiş çalışmalara bakıldığında, literatürde bulunan araştırma sonuçlarının büyük bir varyansa sahip olduğu görülebilmektedir. Olumsuz doğum deneyiminin Gelişmiş ülkelerde daha düşük, gelişmekte olan ülkelerde ise daha yüksektir. Ülkeler arasındaki farkın da medikal imkanlardaki farklılıktan ve hastalara gösterilen muameleden kaynakladığı düşünülmektedir (Göncü, 2015). Literatürde yapılmış çalışmalardan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, doğum memnuniyetinin PPD'nin gelişmesine karşı koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir.

2.4.2 Psikososyal Faktörler

2.4.2.1 Sosyal Destek

Sosyal bir varlık olan insan, yaşadığı tecrübeleri çevresindekiler ile paylaşma gereksinimi duymaktadır. Kişi yakın çevresiyle hem yaşadığı sevinci paylaşabilmeyi hem de zorlandığı durumlarda onlardan destek görebilmeyi beklemektedir (Türkoğlu vd., 2014). İnsanların çevreleriyle kurdukları etkileşimlerin sonucunda yaşadıkları, son 50 yıldır hem sosyal bilimcilerin hem de hekimlerin dikkatini çeken araştırma alanlarının başında gelmektedir (Yıldırım, 1997).

Literatür incelendiğinde, sosyal destek kavramının farklı şekillerde tanımlandığı ve ele alındığı görülmektedir. Kaplan ve arkadaşları (1977) sosyal desteği bir kişinin onay, saygı, başarı gibi temel sosyal ihtiyaçlarının çevresindeki önemli kişiler tarafından karşılanması ya da takdir edilmesi olarak tanımlamıştır ve bu desteğe tüm insanların ihtiyaç duyduğunu öne sürmüştür. Cobb (1976), sosyal desteği anne rahminde başlayan, en iyi emzirirken anlaşılan ve yaşam ilerledikçe ailenin diğer üyelerinin, daha sonra arkadaşların ve gerektiğinde profesyonellerin de dahil olduğu, hayat boyu devam eden bir süreç olarak tanımlamıştır. Shumaker ve Brownell'in (1984) tanımı ile sosyal destek, en az iki kişi arasında olan, desteği verenin de alanın da farkında olduğu ve desteği alan kişinin iyilik halini yükseltmeyi amaçlayan bir kaynak değişimidir. Yıldırım'ın (1997) tanımı ile sosyal destek, bireyin karşılaştığı sosyolojik ve psikolojik sorunlar karşısında çevresinden elde ettiği destektir ve bu sorunlarla başa çıkmakta güçlü bir kaynaktır. Hogan ve arkadaşları (2002) ise sosyal desteği, genellikle kişiler arası ilişkilerde oluşan, desteği sağlayıcılar ile alıcılar arasındaki değiş tokuş olarak tanımlamıştır. Cohen'in (2004) tanımı ile sosyal destek ise kişinin stresle başa çıkmasını amaçlayan maddi ve manevi destek kaynaklarının sağlanması durumudur.

Sosyal desteğin tanımlanmasında ortaya çıkan çeşitlilik, sosyal desteğin boyutlarını inceleyen araştırmalarda da devam etmektedir. Bu bağlamda en çok kabul gören model Cohen ve Wills (1985) tarafından kavramsallaştırılmış dört boyutlu modeldir: (i) *duygusal destek*, ilgi gösterme, sevmeye, şefkat duyma, cesaretlendirme ve güven

vermeyi; (ii) *bilgisel destek*, sorunları tanımlama, anlama ve onlarla baş etme konusunda nasihat etme, eğitim verme, bilgi paylaşma ve rehberlik etmeyi; (iii) *sosyal yoldaşlık*, boş zamanlarda beraber vakit geçirmeyi (iv) *araçsal destek*, para verme, zaman ayırma ve maddi yardımı içermektedir. Xie ve arkadaşları (2009) ise sosyal desteğin boyutlarını *özel destek* (kişinin çevresindeki önemli kişiler tarafından gördüğü saygı, destek ve anlaşılmaya karşı hissettiği memnuniyetin seviyesi), *nesnel destek* (sosyal ağın sağlayabileceği parasal veya farklı yaşamsal ihtiyaçları içeren pratik desteğin derecesi) ve *desteğin ulaşılabilirliği* (doğum ve benzeri yaşam olaylarıyla ilgilenebilecek desteklerin ulaşılabilirliği ve etkinliği) olarak tanımlamıştır.

Sosyal desteği sağlayan kaynaklar kişinin doğal çevresinde bulunan ailesi, arkadaş çevresi olabileceği gibi ruh sağlığı uzmanları, tıp doktorları, öğretmenler gibi daha resmi kaynaklar da olabilmektedir (Hogan vd., 2002; Rzeszutek, 2018; Yıldırım, 1997; Zimet vd., 1988). Ayrıca literatüre bakıldığında, sosyal desteğin alınan ve algılanan sosyal destek olmak üzere iki farklı şekilde incelendiği görülmektedir (Cohen & Wills, 1985; Li vd., 2018; Oğuzdoğan, 2017; Zimet vd., 1988). Alınan sosyal destek, hali hazırda mevcut olan desteğin varlığını ve bu desteğin kabulünü işaret etmektedir (Harandi, Taghinasab, & Nayeri, 2017; Li vd., 2018). Algılanan sosyal destek ise var olan desteğin, kişi tarafından algılanması, kullanılabilirliği ve kalitesinin değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Harandi vd., 2017; Li vd., 2018; Shelton, Wang, & Zhu, 2017). Alınan sosyal destek nesnel bir şekilde gözlemlenebiliyor iken algılanan sosyal destek, desteği gören kişinin öznel değerlendirmesidir. Örneğin bir kişinin sahip olduğu sosyal ağ içerisinde fazla sayıda kişi olmasına rağmen, stres anında bu ağdan ihtiyacını karşılayacak yeterli destek göremeyebilir.

Sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkışı, gidişatı ve ne kadar edeceği üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Türkoğlu vd., 2014). Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisini açıklayan iki önemli modelden biri *tampon* modelidir. Tampon modeli kişinin sahip olduğu sosyal desteğin, stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkisini dengeleyeceğini ve/ya azaltacağını böylece bireyin iyilik halini yükselteceğini (Cohen & Wills, 1985), zorlayıcı durumlarda kişinin baş etme gücünü arttıracığını, maddi ve manevi kaynakları sağlayarak stresin etkisini

azaltacağını ve kişinin sağlığını iyileştireceğini varsayar (Cohen, 2004). İkinci model olan *ana etki* modeli ise stresli bir durumun varlığı önemli olmaksızın, sosyal desteğin kişinin sağlığını direk olarak etkilediğini ileri sürmektedir (Cohen & Wills, 1985). Ana etki modeline göre kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyecek kararlar almasında (ör, sigara kullanmak, düzenli uyumak, egzersiz yapmak, sağlıksız beslenmek ya da madde kullanmak) sosyal çevresinin direk etkisi bulunmaktadır (Callaghan & Morrissey, 1993).

HIV tanısı almış kişilerle yapılan bir araştırmada, sosyal desteğin artmasıyla kişilerde gözlemlenen travma sonrası büyümenin de arttığını ve sonuç olarak sağlıklarında iyileşme kat ettikleri gözlemlenmiştir (Rzeszutek, 2018). Rusya, Almanya ve Çin'den katılımcılarla gerçekleştiren çok kültürlü bir başka araştırmada da benzer şekilde sosyal desteğin artmasıyla, kişilerdeki depresyon, stres ve kaygı belirtilerinin de azaldığı tespit edilmiştir (Brailovskaia vd., 2018). Vietnam gazileri ile yapılmış başka bir araştırmada ise sosyal desteğin stres karşısında tampon görevi üstlenerek, travma sonrası stres bozukluğu geliştirmeyi %180 oranında azalttığı tespit edilmiştir (Sippel, Pietrzak, Charney, Mayes, & Southwick, 2015).

Gelişimsel geçiş dönemlerinde yeni duruma adapte olabilmek ve çıkabilecek muhtemel krizlere karşı etkili baş etme stratejilerini kullanabilmek için sosyal desteğe ihtiyaç duyulmaktadır (Cobb, 1976; Maulik, Eaton, & Bradshaw, 2011). Ebeveyn olmak kritik geçiş dönemlerinden biridir ve sosyal destek kaynaklarına ihtiyaç duyulan bir tecrübedir (Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012). Yeni doğum yapmış anneler bu süreçte daha çok resmi kaynaklardan gelen bilgisel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Evans vd., 2012). Tespit edilmiş ihtiyaçlarının aksine Zheng ve arkadaşlarının (2018) yürüttükleri araştırmada ise annelerin en az bilgisel destek, en çok da duygusal destek aldıklarını gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde Evans ve arkadaşları (2012), yeni doğum yapmış annelerin en fazla duygusal destek, daha sonra bilgisel ve araçsal destek aldıklarını gözlemlemişlerdir. Ayrıca kadınlar postpartum dönemde sosyal destek kaynağı olarak ailelerine daha çok yönelmekte ve özellikle eşlerinden ve kendi annelerinde gelecek olan desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Alan & Ege, 2013; Corrigan vd., 2015; Ege vd., 2008; Stern vd., 2013)

McIntosh (1993), araştırmasının sonucunda, sosyal desteğin yoksun olmasının PPD gelişimindeki en etkili faktör olduğunu tespit etmiştir. Daha güncel bir metaanalizin sonucunda da sosyal desteğin yoksunluğunun PPD gelişimindeki en önemli 13 risk faktörlerden bir tanesi olduğu belirlenmiştir (C. T. Beck, 2001a). Öyle ki PPD riskini arttıran depresyon geçmişine sahip olan annelerde bile (C. T. Beck, 2001a; Nnadozie & Nweke, 2017) güçlü sosyal desteğin PPD gelişimine karşı koruyucu olduğunu tespit etmiş çalışmalar literatürde mevcuttur (Banker & LaCoursiere, 2014; Chaudron vd., 2001; Corrigan vd., 2015; Nnadozie & Nweke, 2017). Farklı milletlerle yapılmış araştırmalarda da görüldüğü gibi, sosyal destek arttıkça PPD belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir (Cobb, 1976; Dumont & Provost, 1999; Ege vd., 2008; Harandi vd., 2017; Inandı vd., 2005; Leahy-Warren vd., 2012; Onyemaechi vd., 2017; Shelton vd., 2017; Yılmaz Bingöl & Tel, 2007). Ancak, annelerin duyduğu sosyal destek ihtiyacının yeterli seviyede karşılanamadığını gösteren araştırmalar da dikkat çekmektedir (Boothe, Brouwer, Carter-Edwards, & Østbye, 2011; Inandı vd., 2005; Mermer, Bilge, Yücel, & Çeber, 2010; Türkoğlu vd., 2014). Literatürde yapılmış çalışmalardan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, yüksek sosyal desteğin PPD'nin gelişmesine karşı koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezleri

Gebelik boyunca, doğum sürecinde ve doğum sonrası yaşanan sorunlar kadınların sağlığını ve hayat kalitelerini bozacak etkiye sahiptirler. Postpartum dönemde en sık rastlanan ruhsal problemlerin başında gelen PPD'nin profesyoneller tarafından tespit edilen oranların pratikte çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (Banker ve LaCoursiere, 2014; Boyd vd., 2005; Dennis ve Chung-Lee, 2006; Halbreich ve Karkun, 2006; Norhayati vd., 2015). PPD'nin zamanında tespit ve müdahale edilmesi önem taşımaktadır çünkü zamanında tespit edilmediğinde anneleri etkilediği kadar, eşleriyle olan ilişkisinde de yıpratmaktadır (Condon, 2006) ve en önemlisi de annenin duygusal anlamda bebeğine kendisini kapatması ile sonuçlanmaktadır (C. T. Beck, 2001b). PPD'nin etkisiyle sürekli kendisiyle meşgul olan anne, bebeğinin temel fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmektedir ve bu da anne-bebek

arasında güvenli bağlanmanın oluşmasını engellemektedir. Bebeklik dönemlerinde anneleriyle güvenli bağlanma kurumayan çocukların daha sonra ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde gelişim dönemlerinde gecikme gösterme (Brummelte ve Galea, 2016; Norhayati vd., 2015; Pearlstein vd., 2004; Sit ve Wisner, 2010), sosyal iletişimde zayıflık gibi (Sylvén vd., 2017) sorunlar ile karşılaşmaktadır. Ebeveyni ile sağlıklı ilişki kuramamış yetişkinler ise kendi ebeveynlik tecrübelerinde aynı ilişki örüntüsünü tekrarlama eğiliminde olabiliyorlar ve böylelikle bir kısır döngü oluşabiliyor (Miller, Warner, Wickramaratne, & Weissman, 1999). PPD'yi önlemek ve müdahale etmek için gereken protokolleri oluşturmak adına öncelikle PPD'nin gelişimindeki risk faktörlerini ve PPD'nin gelişmesini engelleyecek koruyucu faktörleri tespit etmek gerekmektedir. Böylece tespit edilen koruyucu faktörleri güçlendirecek ve risk faktörlerini ortadan kaldıracak isabetli stratejiler geliştirilebilir.

Literatürde farklı çalışmalarda yüksek öz saygının (Martini vd., 2015; Nnadozie & Nweke, 2017), yüksek öz yetkinlik inancının (Martini vd., 2015; Sayil vd., 2007), yüksek sosyal desteğin (Türkoğlu vd., 2014; Xie vd., 2009) ve doğum memnuniyetinin (Hodnett, 2002; Martin, Hollins Martin, vd., 2017) postpartum depresyonun gelişimine karşı koruyucu olduğu tespit edilmiştir. Fakat daha önce öz saygı, öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal destek ve doğum memnuniyeti ulusal veya uluslararası hiçbir çalışmada aynı anda ele alınmamıştır. Bahsi geçen faktörler bu araştırmada aynı anda ele alınarak ve PPD'nin ortaya çıkışındaki etkileşimlerini görme fırsatı elde edilecektir.

Bu araştırmanın soruları:

1. Annelerde postpartum depresyon görülme sıklığını nedir?
2. Postpartum depresyon geliştirme riskini yükselten faktörler nelerdir?
3. Postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan faktörler nelerdir?

4. Öz saygı, öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal destek ve doğum memnuniyeti ile postpartum depresyon geliştirme riski arasında nasıl bir ilişki vardır?
5. Postpartum depresyonun gelişimini etkileyen sosyo-demografik, psikolojik ve gebelik ve doğum süreci ile ilgili değişkenler nelerdir?

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Yüksek benlik saygısı, yüksek öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal desteğin fazla olması ve doğum memnuniyeti ile postpartum depresyonun gelişimi arasında negatif yönde bir ilişki vardır.
2. Annenin sosyo-demografik özelliklerden annenin yaşının küçük olması, depresyon geçmişine sahip olması, doğumdan önce çalışmaması, hamilelikte çalışmaya devam etmemesi, düşük ekonomik durumu, annenin düşük eğitim seviyesi ve babanın düşük eğitim seviyesi postpartum depresyon geliştirme riskini arttırmaktadır.
3. Annenin psikolojik özellikleri yüksek benlik saygısı, yüksek öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal desteğin fazla olması ve doğum sürecinden memnuniyet duyması postpartum depresyon geliştirme riskini azaltmaktadır.
4. Annenin gebelik ve doğum süreçleriyle ilgili özelliklerinden gebeliğin planlı/istenilen olması, bebeğin yaşının büyük olması, bebeğin cinsiyetinin beklentiye uygun olması, ilk defa anne olması, bebeğin emzirerek beslenmesi, normal doğum olması, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltmaktadır.

BÖLÜM 3

YÖNTEM

2.6. Örneklem

Bu araştırmada 1 Ocak – 15 Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Doğum ve Yenidoğan polikliniklerine başvuru yapan toplam 192 katılımcıya ulaşılmıştır. Doğumu üzerinden 1 ila 12 ay geçmiş, 18 yaşından büyük, anadili Türkçe olan, 1500 gramın üstünde canlı doğum yapmış, hamileliği sırasında yasadışı ilaç/madde kullanmamış yeni anneler bu araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar arasında hamileliğinin 36. haftasından önce doğum yaptığı için 19 kişi (%9.90), bebeğinin doğum kilosu 1500 gramın altında olduğu için 1 kişi (%0.52), bebeğinde gelişimsel yetersizlik veya ciddi bir hastalık bulunduğu için 4 kişi (%2.08) araştırmaya dahil edilmemiştir. Dışlama kriterleri göz önüne alındığında, araştırmaya toplam 168 katılımcı dahil edilmiştir.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu, Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Genel Öz Yetkinlik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Doğum Memnuniyeti Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekleri kullanabilmek için, Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılardan yazılı olarak izin alınmıştır. Ölçeklerin psikometrik özellikleri Ek A'da bulunmaktadır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini edinmek amacı ile kullanılan Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form'da anne ve bebeğin doğum tarihi,

her iki ebeveynin eğitim düzeyi; annenin sosyal güvencesi, algıladığı sosyoekonomik durumu, mesleki durumu, medeni hali, evlilik yaşı, geçmiş gebelik deneyimleri, hamile kalma şekli, hamileliği sırasında yasadışı ilaç/madde kullanımı, doğum zamanı, doğum şekli, depresyon öyküsü, bebeğin cinsiyeti hakkında beklentisi; ve bebeğin doğum ağırlığı, beslenme şekli, gelişimsel yetersizliği veya ciddi bir rahatsızlığı olup olmadığı ile ilgili veri toplanmıştır. Bu ölçeğin bir kopyası Ek B’de bulunmaktadır.

3.2.2. Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği

Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ; Engindeniz, Küey, & Kültür, 1996) katılımcıların depresyon risklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. EPDÖ öz bildirim dayanan toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların yanıtları 0 ile 3 arasında değişen dördümlü Likert tipi üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ila 30 arasında değişmektedir. EPDÖ’den alınan 13 ve üzeri puanlar depresyon riskini ölçmek kesme puanı olarak belirlenmiştir (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek A’da bulunmaktadır.

3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Katılımcıların öz saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES; Korkmaz, 1996) katılımcıların öz saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların verdiği yanıtlar 1 = ‘kesinlikle katılmıyorum’ ve 4 = ‘kesinlikle katılıyorum’ olarak 4 dereceli Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 10 ila 40 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların artması, öz saygının arttığını göstermektedir. Toplam puanın 15-25 arasında olması normal, 15’in altında olması ise düşük öz saygı olarak değerlendirilmektedir (Schmitt & Allik, 2005). Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek A’da bulunmaktadır.

3.2.4. Genel Öz Yetkinlik Ölçeği

Genel Öz Yetkinlik Ölçeği (GSE; Çelikkaleli ve Çapri, 2008) katılımcıların stresli yaşam olaylarından sonra karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkma ve uyum sağlama becerilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların verdiği yanıtlar 1 = ‘doğru değil’ ve 4 = ‘tamamı ile

doğru' olarak 4 dereceli Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 10 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, öz yetkinlik inancının arttığını göstermektedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek A'da bulunmaktadır.

3.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS; Eker, Arkar ve Yıldız, 2001) katılımcıların sosyal çevrelerinden gelen sosyal desteğin yeterliliğini nasıl algıladıklarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşmaktadır ve her madde 7 aralıklı olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin aile, arkadaş ve özel insan olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması, algılanan sosyal desteğin arttığını göstermektedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek A'da bulunmaktadır.

3.2.6. Doğum Memnuniyet Ölçeği

Doğum Memnuniyeti Ölçeği (DMÖ; Coşar Çetin, Sezer ve Doğan Merih, 2015) kadınların doğum sürecindeki memnuniyetlerini ve doğumun neticelerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların verdiği yanıtlar 1 = 'kesinlikle katılıyorum' ve 5 = 'kesinlikle katılmıyorum' olarak 5 dereceli Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 30 ile 150 arasında değişmektedir. DMÖ için kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artması, doğum memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin bakım hizmetinin kalitesi, kadınların kişisel özellikleri ve doğum sırasında yaşanan stres olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek A'da bulunmaktadır.

2.8. İşlem

Bu araştırmayı gerçekleştirebilmek için öncelikle Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma kurulundan etik onay alınmıştır. Daha sonra veri toplama sürecini İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütebilmek için hastanenin etik kurulundan ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Nicel bir metodolojiye

sahip bu araştırmada, tesadüfi olmayan örnekleme metotları içerisinde yer alan kolaylıkla bulunabileni örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara Aydınlatılmış Onam Formu aracılığıyla araştırmanın amacı ve katılımın gönüllülük esaslı olduğu bilgileri verilmiştir. Bu formun bir kopyası Ek C’de bulunmaktadır. Formu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul eden anneler, kâğıt-kalem usulü ile toplam 6 ölçek doldurmuşlardır. EPDÖ ölçeğinde depresyon riski olduğu tespit edilen anneleri bilgilendirmek için telefon yoluyla iletişime geçilmiştir ve önleyici müdahalelere için bir ruh sağlığı uzmanından destek almaları konusunda tavsiyelerde bulunmuştur.

3.1. Veri analizi

Katılımcılardan elde edilen verileri analiz etmek için Phyton 3.6 ve RStudio 3.6.0 programları kullanılmıştır. Veriler kodlandıktan sonra ilk aşama olarak veri girişleri kontrol edilip araştırmanın katılım kriterlerine uymayan katılımcılara ait veriler analiz dışı bırakılmıştır. Daha sonra boş bırakılmış sorular ve kayıp veriler değerlendirilmiştir. “Ne zaman işe dönmeyi planlıyorsunuz?” sorusunun çoğunlukla boş bırakıldığı için analize dahil edilmemiştir. Sosyo-demografik değişkenlerde, birbirine yakın olan bazı alt gruplar birleştirilerek tek bir grup haline getirilmiştir. Verilerde uç değer olup olmadığına bakılmıştır ve bebeği 12 aylık olan bir anne ile 40 yaş üstündeki yedi anne uç değer olarak tespit edildiği için analizden çıkarılmıştır.

Normallik varsayımının sınanması sonucunda değişkenlerin hepsinin çarpık dağılıma sahip olduğu ve Shapiro-Wilk normallik testi sonucunda anlamlı şekilde ($p < 0.05$) normal dağılıma sahip olmadığı tespit edildi. Datanın normal dağılıma sahip olmaması, sosyal bilimler araştırmalarında sıkça karşılaşılan bir durumdur. Örnekleme büyüklüğü yeterli olduğunda (30’un üzerinde), parametrik tekniklerle birlikte daha iyi istatistiksel güç sağlamak adına normallik varsayımının ihlal edilmesinin, parametrik istatistiksel analiz tekniklerini kullanmasının bir soruna neden olmayacağı düşünölmektedir (Pallant, 2013). Bu sebeple, bu çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Örneklemin sosyo-demografik verilerinin analizi için frekans analizi, iki kategorili değişkenlerde anlamlı farklılıkları tespit etmek için bağımsız örnekleme t testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerde anlamlı farklılıkları tespit etmek için varyans analizi

(ANOVA), gruplar arasındaki farklılıkların kaynaklarını tespit etmek için post-hoc Tukey testi, araştırma ölçekleri ve alt boyutları ile depresyon ölçeği arasındaki ilişkileri test etmek için Pearson korelasyon kullanılmıştır. Değişkenlerin postpartum depresyonun gelişimindeki göreceli etkilerini belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Öncelikle, araştırmada kullanılmış tüm değişkenlerin postpartum depresyonun gelişim riski üzerindeki etkileri incelenmiştir. Tekli analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenler, literatür bilgisi referans alınarak postpartum depresyonun gelişimindeki etkilerini görmek amacı ile üç farklı model ile incelenmiştir. Analiz yapılırken Olasılıklar Oranı (OR) değerleri sunulurken, %95 güven aralığı (GA) tercih edilmiş. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

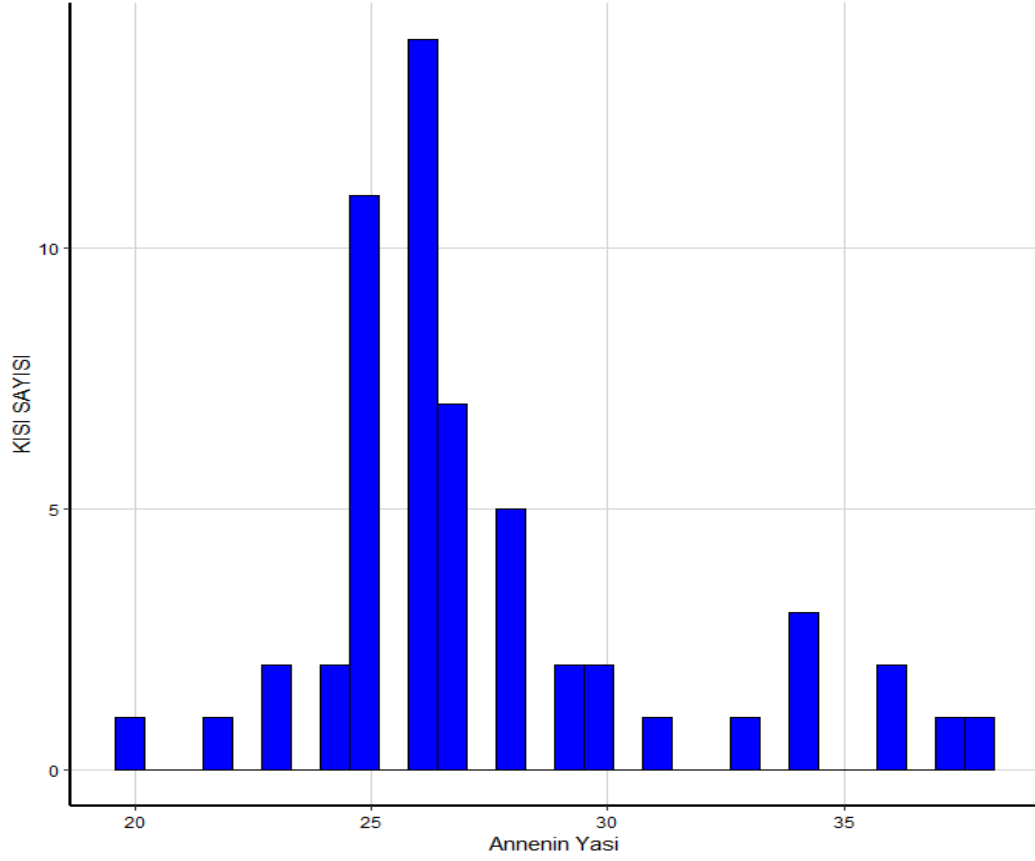
BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan yeni doğum yapmış annelerin sosyo-demografik özellikleri, psikolojik durumları (depresyon riski, öz saygı, öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal destek) ve doğum süreçleriyle ilgili (doğum memnuniyeti) bulgular yer almaktadır.

2.9. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı

Bu araştırmada, toplamda 160 yeni doğum yapmış anneden gelen verilerin analizi yapılmıştır. Depresyon riskini belirlemek amacı ile kullanılan EPDÖ'nün kesme puanına göre katılımcıların %35'inde (n=56) klinik depresyon riski olduğu tespit edilmiştir. Klinik anlamda postpartum depresyon riski taşıyan annelerin sosyo-demografik, sosyo-ekonomik ve gebelik/doğum süreçleriyle ilgili bulgular bir sonraki bölümde detaylı biçimde incelenecektir. Şekil 4.1'de postpartum depresyon riski taşıdığı tespit edilen annelerin yaş dağılımına yer verilmiştir.



Şekil 4.1: Depresyon riski olan annelerin yaşlarının dağılımı

2.10. Postpartum Depresyon Geliştirme Riski

Katılımcıların sosyo-demografik bulguları Tablo 4.2.1’de sunulmuştur ve postpartum depresyon riski olanlar ve olmayanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Her grubun EPDÖ’den aldığı ortalama puana (\bar{x}) ve standart sapmaya (ss) yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1’de görüldüğü gibi, annenin yaşı ($F(3, 155) = 2.33, p = 0.08$), annenin eğitim durumu ($F(2, 156) = 1.14, p = 0.32$), babanın eğitim durumu ($F(2, 156) = 1.06, p = 0.35$) ve annenin evlenme yaşı ($t(158) = -1.15, p = 0.25$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Katılımcıların hepsinin medeni durumunun evli ve resmi nikahlı olmasından dolayı bu araştırmada medeni hal ve resmi nikahın varlığının annelerin depresyona girme riskleri açısından oluşturduğu farklılık analiz edilememiştir.

Annelerin depresyon geçmişine sahip olmasının ($t(158) = 5.79, p < 0.001$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu

bulunmuştur. Depresyon riski olan annelerde, depresyon geçmişi olduğunda EPDÖ'den aldıkları ortalama puanın daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, depresyon riski olmayan annelerde depresyon geçmişi olduğunda, EPDÖ'den aldıkları ortalama puanın daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4.2.1: Postpartum Depresyon Riski Olan Ve Olmayan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Postpartum depresyon riski olanlar (EPDÖ \geq 13) (N = 56, %35)				Postpartum depresyon riski olmayanlar (EPDÖ < 13) (N = 104, %65)			
	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>
Annenin yaşı								
20-24	6	3.75	21.17	4.17	12	7.50	8.08	9.35
25-30	41	25.62	17.41	14.50	59	36.87	6.54	12.42
31-35	5	3.13	16.40	11.8	25	15.63	6.36	6.90
36-39	4	2.50	18	33.33	8	5	7.37	13.70
Depresyon geçmişi*								
Var	23	14.38	19.65	13.69	13	8.13	8.23	9.85
Yok	33	20.62	16.45	12.25	91	56.87	6.52	11.51
Annenin eğitim durumu								
İlköğretim	2	1.23	15	8	9	5.63	8.33	4.75
Lise	14	8.75	19.57	23.80	23	14.37	7.30	12.22
Yükseköğrenim	40	25	17.25	11.38	72	45	6.36	11.83
Babanın eğitim durumu								
İlköğretim	2	1.25	20.50	84.50	10	6.24	3.83	7.50
Lise	8	5	17.50	10.28	23	14.38	6.43	15.16
Yükseköğrenim	46	28.75	17.69	14.66	71	44.38	6.73	11.59

Tablo 4.2.1: Postpartum Depresyon Riski Olan Ve Olmayan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (devamı)

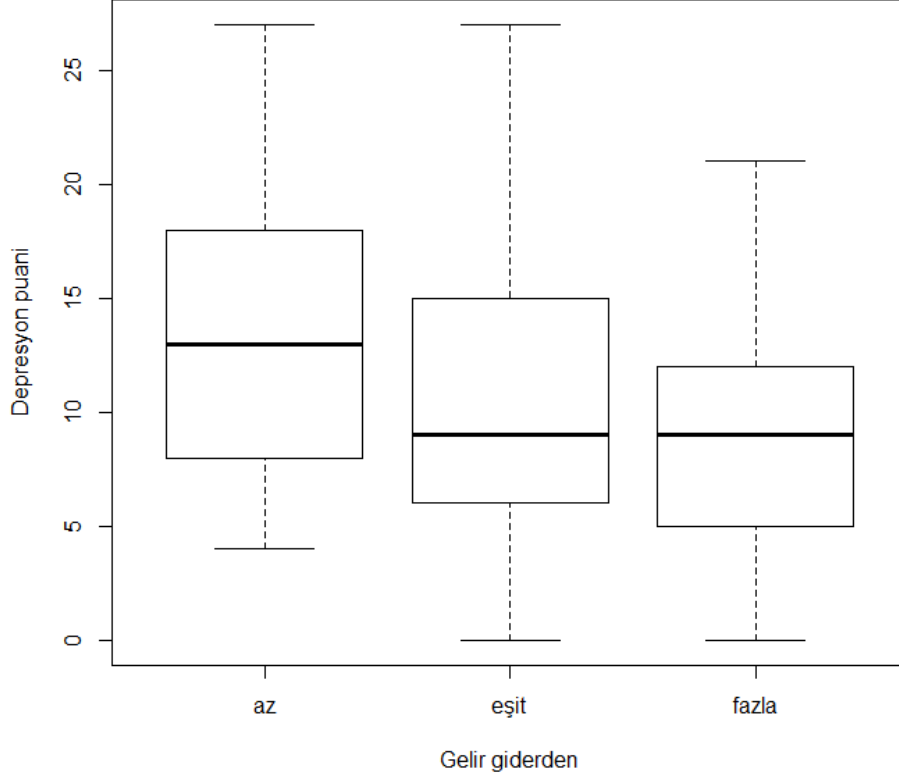
	Postpartum depresyon riski olanlar (EPDÖ \geq 13) (N = 56, %35)				Postpartum depresyon riski olmayanlar (EPDÖ < 13) (N = 104, %65)			
	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>
Medeni hal								
Evli	56	35	17.77	3.89	104	65	6.74	3.39
Bekar	0	0	-	-	0	0	-	-
Resmi nikah durumu								
Var	56	35	17.77	3.89	104	65	6.74	3.39
Yok	0	0	-	-	0	0	-	-
Annenin evlenme yaşı								
25<	9	5.62	17.44	3.84	28	17.50	6.76	3.75
25>	47	29.73	17.83	3.93	76	47.50	6.73	3.34

n = Gözlem sayısı, % = yüzdelik değer, \bar{x} = ortalama, *SS* = standart sapma, * $p < 0.05$

Katılımcıların sosyo-ekonomik bulguları Tablo 4.2.2’de sunulmuştur ve bu tabloda görüldüğü gibi, sosyal güvencenin varlığı ($t(158) = 1.13, p = 0.26$) ve annenin doğumdan önce bir işte çalışmış olması ($t(158) = 1.35, p = 0.18$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Ailenin gelir durumunun ($F(2, 156) = 3.05, p = 0.05$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Post-hoc analizi sonucunda, geliri giderinden fazla olan annelerin, geliri giderinden az olan annelere göre ($p = 0.03$) postpartum depresyon riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Depresyon riski olan annelerde, gelirleri giderlerinden daha az oldukça EPDÖ’den aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde depresyon riski olmayan annelerde de eğer gelirleri giderlerinden daha az ise

EPDÖ'den aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların ailelerinin gelir gider durumları ve aldıkları depresyon puanı Şekil 4.4.1.4'de gösterilmektedir.



Şekil 4.4.1.4: Katılımcıların algıladıkları ekonomik durumları ve EPDÖ puanları

Hamlelikte çalışmaya devam etmenin ($t(158) = 2.91, p = 0.004$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Depresyon riski olan annelerde, hamileliklerinde çalışmaya devam edenlerin EPDÖ'den aldıkları ortalama puanın daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, depresyon riski olmayan annelerde hamileliklerinde çalışmaya devam edenlerin EPDÖ'den aldıkları ortalama puanın daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4.2.2: Postpartum Depresyon Riski Olan Ve Olmayan Katılımcıların Sosyo-Ekonomik Özellikleri

	Postpartum depresyon riski olanlar (EPDÖ \geq 13) (N = 56, %35)				Postpartum depresyon riski olmayanlar (EPDÖ < 13) (N = 104, %65)			
	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>
Sosyal güvence								
Var	48	35	17.39	13.03	93	58.12	6.77	11.59
Yok	8	5	20	22.85	11	6.88	6.45	12.07
Ailenin gelir durumu								
Giderden az	11	6.87	18.45	21.27	10	6.24	7.6	6.48
Gidere eşit	35	21.87	17.86	3.93	63	39.38	6.63	3.39
Giderden fazla*	10	6.25	16.7	8.67	31	19.38	6.67	13.56
Doğumdan önce çalışma								
Evet	20	12.5	17.15	10.97	48	30	6.75	12.10
Hayır	36	22.5	18.11	17.47	56	35	6.73	11.25
Hamilelikte çalışma*								
Evet	10	6.25	16.3	7.78	38	23.75	6.34	11.15
Hayır	46	28.75	18.08	16.34	66	41.25	6.97	11.78

n = Gözlem sayısı, % = yüzdelik değer, \bar{x} = ortalama, *SS* = standart sapma
* *p* < 0.05

Katılımcıların gebelik ve doğum süreçleriyle ilgili bulgular Tablo 4.2.3'de sunulmuştur ve bu tabloda görüldüğü gibi, bebeğin yaşının ($F(3, 155) = 0.57, p = 0.63$), gebeliğin planlı olmasının ($t(158) = -1.78, p = 0.07$), bebeğin cinsiyetinin ($t(158) = 0.26, p = 0.80$), bebeğin cinsiyetinin beklentiye uygun olmasının ($t(158) = 1.08, p = 0.28$), doğum seklinin ($t(158) = -1.04, p = 0.29$) ve bebeğin besleme şeklinin ($F(2, 156)$)

= 2.85, $p = 0.06$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Annenin toplam gebelik sayısının ($F(4, 154) = 2.92, p = 0.02$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Post-hoc analizi sonucunda, ilk gebeliği olan anneler ile ikinci gebeliği olan annelerin ($p = 0.05$) postpartum depresyon geliştirme risklerin arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. İlk gebeliği olan annelerin depresyon puanlarının ortalamalarının ikinci gebeliği olan annelerin depresyon puanı ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca annenin en son yapmış olduğu doğumunun dışında yaşayan çocuğu olup olmamasının ($t(158) = 3.48, p < 0.001$) annelerin depresyona girme riskleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.3: EPDÖ Puanına Göre Klinik Depresyon Riski Olan Ve Olmayan Katılımcıların Gebelik ve Doğum Süreçlerine Göre Aldıkları EPDÖ Puanları

	Postpartum depresyon riski olanlar (EPDÖ \geq 13) (N = 56, %35)				Postpartum depresyon riski olmayanlar (EPDÖ < 13) (N = 104, %65)			
	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>	<i>n</i>	%	\bar{x}	<i>SS</i>
Bebeğin yaşı (ay)								
0-3	33	20.62	17.90	3.81	58	36.25	6.95	3.33
4-6	13	8.13	18.4	3.66	23	14.38	6.30	3.21
7-9	8	5	15.40	2.83	9	5.62	5.67	3.46
10-11	2	1.25	20.05	9.19	14	8.75	7.29	4.05
Toplam gebelik sayısı								
1*	39	24.37	18.70	3.91	57	35.63	7.26	3.34
2	14	8.76	15.70	3.00	29	18.13	5.52	3.14
3	3	1.87	14.70	2.08	11	6.88	7.18	2.93
4	0	0	0	–	6	3.74	6.5	5.24
5	0	0	0	–	1	0.62	9	–

Tablo 4.2.3: EPDÖ Puanına Göre Klinik Depresyon Riski Olan Ve Olmayan Katılımcıların Gebelik ve Doğum Süreçlerine Göre Aldıkları EPDÖ Puanları (devamı)

	Postpartum depresyon riski olanlar (EPDÖ \geq 13) (N = 56, %35)				Postpartum depresyon riski olmayanlar (EPDÖ < 13) (N = 104, %65)			
	<i>n</i>	%	\bar{x}	SS	<i>n</i>	%	\bar{x}	SS
Yaşayan çocuk sayısı* (son doğumdan önce)								
0	39	24.38	18.74	3.91	57	35.62	6.79	3.41
1 +	17	10.62	15.53	2.83	47	29.37	6.64	3.39
Gebeliğin planlı olması								
Planlı/istenilen	43	26.87	17.79	13.40	89	55.63	6.52	11.68
Planlı/istenilen değil	13	8.13	17.69	22.39	15	9.37	9.20	8.06
Bebeğin cinsiyeti								
Kız	23	14.37	17.87	14.84	45	28.12	7.11	9.64
Erkek	33	20.63	17.70	15.78	59	36.88	6.45	12.97
Bebeğin cinsiyetinin beklentiye uygunluğu								
Uygun	45	28.13	17.82	15.60	93	58.13	6.78	11.93
Uygun değil	11	6.88	17.54	14.47	11	6.87	6.36	8.85
Doğum şekli								
Normal	36	22.50	17.05	12.96	61	38.13	6.11	13.03
Sezaryen	20	12.50	19.05	17.20	43	26.87	7.62	8.28
Bebeğin beslenme şekli								
Emzirme	44	27.50	17.43	14.39	79	49.38	6.86	12.02
Mama	4	5	20.75	22.91	3	13.74	8.66	8.33
Her ikisi de	8	2.50	18.12	14.67	22	1.88	6.04	10.04

n = Gözlem sayısı, % = yüzdelik değer, \bar{x} = ortalama, SS = standart sapma

* *p* < 0.05

Yapılan analizler neticesinde depresyon geçmişine sahip olmak ve ilk defa anne olmak postpartum depresyonun geliştirme riskini yükselten risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Ailenin gelirinin giderinden fazla olması, annenin hamileliğinde çalışmaya

devam etmiş olması ve son doğumunun dışında yaşayan çocukların olması postpartum depresyonun geliştirme riskini azaltan koruyucu faktörleri olarak tespit edilmiştir.

2.11. Katılımcıların Öz Saygı, Öz Yetkinlik İnancı, Algılanan Sosyal Destek Ve Doğum Memnuniyeti İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riskleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.3.1’de görüldüğü üzere, katılımcıların Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacı ile yapılan analizin sonucunda iki ölçek arasından negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0.733$; $p < .001$). Bu sonuca göre, öz saygı arttıkça, doğum sonrası depresyon ölçeğinden alınan puanın düştüğü tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.1: Katılımcıların Depresyon Puanı İle Öz Saygı Arasındaki Korelasyonel İlişki

Ölçek		Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	r	-0.73
	p	$2.2 \times 10^{-16}***$

*** $p < 0.001$

Tablo 4.3.2’de görüldüğü üzere, katılımcıların Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği ile Genel Öz Yetkinlik Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi görmek için yapılan analizin sonucunda iki ölçek arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0.543$; $p < .001$). Katılımcıların öz yetkinlik inançları arttıkça, doğum sonrası depresyon ölçeğinden aldıkları puanın düştüğü görülmüştür.

Tablo 4.3.2: Katılımcıların Depresyon Puanı Genel Öz Yetkinlik İnancı Arasındaki Korelasyonel İlişki

Ölçek		Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
Genel Öz Yetkinlik Ölçeği	<i>r</i>	-0.54
	<i>p</i>	1.2x10 ⁻¹³ ***

****p* < 0.001

Tablo 4.3.3’de görüldüğü gibi, katılımcıların Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve aile desteği, arkadaş desteği, özel insan desteği alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki var olduğu tespit edilmiştir (sırası ile; $r = -0.512$ ve $r = -0.524$, $r = -0.382$, $r = -0.378$; $p < .001$). Kişilerin algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, postpartum depresyon ölçeğinden aldıkları puanın düştüğü görülmüştür.

Tablo 4.3.3: Katılımcıların Depresyon Puanları İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Ölçek ve Alt Ölçekler		Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Toplam)	<i>r</i>	-0.512
	<i>p</i>	4.6x10 ⁻¹² ***
Aile desteği alt ölçeği	<i>r</i>	-0.52
	<i>p</i>	1.119x10 ⁻¹² ***
Arkadaş desteği alt ölçeği	<i>r</i>	-0.38
	<i>p</i>	6.4x10 ⁻¹² ***
Özel insan desteği alt ölçeği	<i>r</i>	-0.38
	<i>p</i>	8.1x10 ⁻¹² ***

****p* < 0.001

Tablo 4.3.4’te görüldüğü gibi, katılımcıların Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ile Doğum Memnuniyeti Ölçeği ve bakım hizmetinin

kalitesi, kadınların kişisel özellikleri, doğum sırasında yaşanan stres alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki var olduğu tespit edilmiştir (sırası ile; $r = -0.436$ ve $r = -0.421$, $r = -0.384$, $r = -0.376$; $p < .001$). Kişilerin doğum memnuniyeti ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, postpartum depresyon ölçeğinden aldıkları puanın düştüğü görülmüştür.

Tablo 4.3.4: Katılımcıların Depresyon Puanları İle Doğum Memnuniyeti Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Ölçek ve Alt Ölçekler		Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği
Doğum Memnuniyeti Ölçeği (Toplam)	r	-0.44
	p	$8.2 \times 10^{-9}***$
Bakım hizmetinin kalitesi alt ölçeği	r	-0.42
	p	$2.9 \times 10^{-8}***$
Kadınların kişisel özellikleri alt ölçeği	r	-0.38
	p	$5.4 \times 10^{-7}***$
Doğum sırasında yaşanan stres alt ölçeği	r	-0.38
	p	$0.9.921 \times 10^{-7}***$

*** $p < 0.001$

2.12. Postpartum Depresyonun Gelişiminde Etkili Faktörler

Tablo 4.4'e göre depresyon geçmişi olan annelerde 4.88 kat daha fazla (GA = 2.22 - 10.73, $p = 0.00$), geliri giderinden fazla olan annelerde 0.29 kat daha az (GA = 0.09 - 0.89, $p = 0.03$), hamileliklerinde çalışan annelerde ise 0.38 kat daha az (GA = 0.17 - 0.83, $p = 0.02$) postpartum depresyon geliştirme riski olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, benlik saygısı yüksek olan annelerde 0.69 oranında (GA = 0.62 - 0.77, $p = 0.00$), genel öz yeterlik inancı yüksek olan annelerde 0.82 oranında (GA = 0.76 - 0.88, $p = 0.00$), ailesinden sosyal destek gördüğünü algılayan annelerde 0.43 oranında (GA = 0.32 - 0.58, $p = 0.00$), arkadaşlarından sosyal destek gördüğünü algılayan annelerde 0.70 oranında (GA = 0.57 - 0.86, $p = 0.00$), çevresindeki özel bir insandan sosyal destek gördüğünü algılayan 0.70 oranında (GA = 0.59 - 0.83, $p = 0.00$), doğum sürecinde bakım hizmetlerinin kalitesinden memnuniyeti duyan annelerde 0.94

oranında (GA = 0.89 - 0.98, $p = 0.00$), doğum sürecinden kişisel anlamda memnuniyeti duyan annelerde 0.91 oranında (GA = 0.86 - 0.96, $p = 0.00$), doğum sırasında daha az stres yaşayan annelerde 0.95 oranında (GA = 0.92 - 0.98, $p = 0.00$) daha az postpartum depresyon geliştirme riski olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4: Postpartum Depresyon Görülme Riskine Yönelik Lojistik Regresyon

Değişkenler	Düzenlenmemiş (unadjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Annenin yaşı					
20-24				Referans	
25-30	0.33	0.54	0.54	1.38	0.19, 1.33
31-35	-0.92	0.70	0.19	0.40	0.10, 1.58
36-39	-2.92×10^{-15}	0.79	1.00	1.00	0.21, 4.71
Depresyon geçmişi var	1.58	0.40	0.00***	4.88	2.22, 10.73
Annenin eğitim durumu					
İlkokul				Referans	
Lise	1.02	0.85	0.23	2.74	0.52, 14.55
Yükseköğrenim	0.92	0.81	0.26	2.50	0.51, 12.14
Babanın eğitim durumu					
İlkokul				Referans	
Lise	0.55	0.87	0.53	1.74	0.31, 9.69
Yükseköğrenim	1.17	0.79	0.14	3.24	0.68, 15.46
Sosyal güvence var	-0.34	0.49	0.49	0.71	0.27, 1.88
Ailenin gelir durumu					
Geliri giderden az				Referans	
Geliri gidere eşit	-0.68	0.48	0.15	0.50	0.19, 1.31
Geliri giderden fazla	-1.23	0.57	0.03*	0.29	0.09, 0.89
Doğumdan önce çalışma	-0.43	0.34	0.20	0.65	0.33, 1.27
Hamilelikte çalışma	-0.97	0.40	0.02*	0.38	0.17, 0.83

**Tablo 4.4: Postpartum Depresyon Görülme Riskine Yönelik Lojistik Regresyon
(devamı)**

Değişkenler	Düzenlenmemiş (unadjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Annenin evlenme yaşı					
25<	0.65	0.43	0.12	1.92	0.83, 4.43
Bebeğin yaşı (ay)					
0-3	-0.41	0.55	0.46	0.66	0.23, 1.95
4-6	-0.32	0.61	0.60	0.73	0.21, 2.41
7-9	-0.62	0.73	0.39	0.53	0.13, 2.25
10-11				Referans	
İlk gebelik	0.64	0.35	0.06	1.89	0.95, 3.76
Düşük tecrübesi	-1.02	1.10	0.35	0.36	0.04, 3.15
Yaşayan çocuk sayısı (son doğumdan önce)					
0				Referans	
1+	-0.64	0.35	0.06	0.53	0.26, 1.05
Gebelik planlı	-0.58	0.42	0.17	0.56	0.24, 1.27
Bebeğin cinsiyeti (erkek)	0.09	0.33	0.79	1.09	0.57, 2.11
Bebeğin cinsiyeti beklentiye uygun	-0.73	0.46	0.12	0.48	0.19, 1.20
Doğum yöntemi (sezaryen)	-0.24	0.34	0.49	0.79	0.40, 1.54
Bebeğin beslenme şekli					
Emzirme				Referans	
Mama	0.87	0.79	0.27	2.39	0.51, 11.19
Emzirme ve mama	-0.43	0.45	0.34	0.65	0.27, 1.59

Tablo 4.4: Postpartum Depresyon Görülme Riskine Yönelik Lojistik Regresyon (devamı)

Değişkenler	Düzenlenmemiş (unadjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	-0.37	0.06	0.00***	0.69	0.62, 0.77
Genel Öz Yetkinlik İnancı Ölçeği	-0.19	0.04	0.00***	0.82	0.76, 0.88
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği					
Aile	-0.84	0.16	0.00***	0.43	0.32, 0.58
Arkadaşlar	-0.35	0.10	0.00***	0.70	0.57, 0.86
Özel İnsan	-0.35	0.09	0.00***	0.70	0.59, 0.83
Doğum Memnuniyeti Ölçeği					
Bakım hizmetinin kalitesi	-0.07	0.02	0.00**	0.94	0.89, 0.98
Kadınların kişisel özellikleri	-0.09	0.03	0.00**	0.91	0.86, 0.96
Doğum sırasında yaşanan stres	-0.05	0.02	0.00**	0.95	0.92, 0.98

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.00$

İkinci adım olarak Tablo 4.4'teki tekli çözümlenmelerde anlamlı bulunan değişkenler, literatürdeki mevcut bilgi ve ilişkili değişkenler göz önünde bulundurularak PPD riskini etkileyen modeller oluşturulmuştur. Tablo 4.3.1'de yer alan katılımcıların psikolojik durumlarıyla ilgili lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre daha önce depresyon geçirmiş kişilerin geçirmemiş kişilere göre 3.16 oranında (GA = 1.11 - 9.08, $p = 0.03$) daha yüksek ihtimalle PPD geliştirme riski taşıdığı, benlik saygısı yüksek olan kişilerin de düşük olan kişilere göre 0.70 oranında (GA = 1.11 - 9.08, $p = 0.03$) ihtimalle PPD geliştirme riski taşımadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4.1: Postpartum Depresyon Riskini Etkileyen Değişkenler (Model 1)

Değişkenler	Düzenlenmiş (adjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Depresyon geçmişi var					
Öz Saygı	-0.35	0.06	0.00***	0.70	0.62, 0.79

* $p < 0.05$, *** $p < 0.00$

Tablo 4.4.2’de yer alan katılımcıların sosyoekonomik durumlarıyla ilgili lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre hamilelik sürecinde çalışan annelerin çalışmayan annelere göre 0.36 oranında (GA = 0.16 - 0.81, $p = 0.01$) ihtimalle, geliri giderinden fazla olan annelerin geliri giderinden az olan annelere göre 0.29 oranında (GA = 2.22 - 10.73, $p = 0.00$) ihtimalle PPD geliştirme riski taşımadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4.2: Postpartum Depresyon Riskini Etkileyen Değişkenler (Model 2)

Değişkenler	Düzenlenmiş (adjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Hamilelikte çalışma	-1.01	0.41	0.01*	0.36	0.16, 0.81
Ailenin gelir gider durumu					
Geliri giderden az				Referans	
Geliri giderden fazla	-1.23	0.57	0.03*	0.29	0.09, 0.89

* $p < 0.05$,

Tablo 4.4.3’te yer alan katılımcıların psikolojik durumları ve gebelik süreçleriyle ilgili lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre öz yetkinlik inancı yüksek olan annelerin düşük olan annelere göre 0.86 oranında (GA = 0.79 – 0.93, $p = 0.00$) ihtimalle, gebeliği planlı olan annelerin planlı olmayan annelere göre 0.33 oranında (GA = 0.11 – 0.98, $p = 0.04$) ihtimalle, ailesinden sosyal destek gören annelerin sosyal destek görmeyen annelere göre 0.51 oranında (GA = 0.36 - 0.72, $p = 0.00$) ihtimalle ve doğum sırasında

stres yaşamayanların stres yaşayan annelere göre 0.95 oranında (GA = 0.91 - 0.99, $p = 0.01$) ihtimalle PPD geliştirme riski taşımadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4.3: Postpartum Depresyon Riskini Etkileyen Değişkenler (Model 3)

Değişkenler	Düzenlenmiş (adjusted)				
	<i>B</i>	<i>S. Hata</i>	<i>p</i>	OR	%95 GA
Genel Öz Yetkinlik İnancı	-0.15	0.03	0.00***	0.86	0.79, 0.93
Algılanan Sosyal Destek					
Aile	-0.67	0.17	0.00***	0.51	0.36, 0.72
Gebeliğin planlı olması	-1.10	0.55	0.04*	0.33	0.11, 0.98
Doğum Memnuniyeti					
Doğum sırasında yaşanan stres	-0.05	0.02	0.01**	0.95	0.91, 0.99

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.00$

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Postpartum dönemi, yeni anneleri zorlayabilen bir süreçtir. Bu araştırmanın 5 temel amacı bulunmaktaydı: (i) Annelerde postpartum depresyon görülme sıklığını tespit etmek, (ii) postpartum depresyon geliştirme riskini arttıran risk faktörlerini tespit etmek (iii) postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan koruyucu faktörleri tespit etmek, (iv) öz saygı, öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal destek ve doğum memnuniyeti ile postpartum depresyon geliştirme riski arasında nasıl bir ilişki olduğunu tespit etmek, (v) sosyo-demografik, psikolojik ve doğum süreci ile ilgili değişkenlerin postpartum depresyonun gelişimini hangi oranda etkilediğini incelemek.

2.13. Postpartum Depresyonun Sıklığı

Bu çalışmada postpartum depresyonun görülme sıklığı %35 olarak tespit edilmiştir. Literatürde PPD'nin yaygınlık oranlarında büyük bir varyans olduğu görülmektedir (J. Fisher vd., 2012; Halbreich & Karkun, 2006; O'Hara & Wisner, 2014). Literatürde ulaşılmış araştırmalar arasında, veri toplama süreci doğumdan sonraki ilk bir yıl olan araştırmaların ulaştığı kişi sayısı ve buldukları yaygınlık oranı baz alınarak yapılan ağırlıklı ortalama hesabı sonucunda, PPD'nin ortalama yaygınlık oranı uluslararası araştırmalarda %5.6 (Banti vd., 2011; Franck vd., 2016; Stephen Matthey vd., 2000), ulusal araştırmalarda ise %29 (Arıkan vd., 2015; Aydın vd., 2004; Ege vd., 2008; Inandı vd., 2005; Inandı, Elçi, Eğri, Polat, & Şahin, 2002; Kılıç, 2016; Nur vd., 2004) olarak hesaplanmıştır. Elde edilmiş ağırlıklı ortalamalar karşılaştırıldığında, bu araştırmanın ulusal ölçekte yapılmış araştırmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, PPD ile ilgili 13 ulusal ölçekli araştırma arasından sadece 2 tanesinin %35'lik yaygınlık oranı üstünde olduğu görülmektedir (Aydın vd., 2004; Ekuklu vd., 2004). Bu çalışmada, her üç anneden birinin postpartum depresyon geliştirme riski taşıdığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu ve literatürdeki araştırmaların sonuçları dikkate alındığında, yeni doğum yapmış annelerin sistematik

biçimde PPD risklerinin taranması gerektiği görülmektedir. Sistemik taramalarla beraber PPD'nin erken döneminde teşhis yapılabilir ve uygun müdahale yöntemleri ile belirtiler ağırlaşmadan kısa sürede tedavi mümkün olabilir.

Bu araştırmada depresyon riski taşıdığı tespit edilen annelerin %20.63'ü daha önce depresyon geçmişine sahip olmadıklarını bildirmişlerdir. Elde edilen bu oran, doğumun başlı başına bir depresyon geliştirme riski olduğu anlamına gelmektedir (C. T. Beck, 2001b; O'Hara & Wisner, 2014). Doğumdan önce depresyon geçmişinin olmadığı ve depresyonun ilk kez doğumdan sonra tecrübe edildiği durumlar literatürde "de nova depresyon" olarak tanımlanmaktadır (Murray, Fearon, & Cooper, 2015). Cooper ve Murray'ın (1995) araştırmasına katılan annelerin %6.20'sinde, Kırpınar ve arkadaşlarının (2012) araştırmasına katılan annelerin %56'sında de nova depresyon tespit edilmiştir. De nova depresyon yaygınlık oranları dikkate alındığında, gebelik dönemindeki kadınlara, doğumdan sonra yaşama ihtimalleri bulunan duygudurum bozuklukları hakkında bilgilendirmenin önemli olduğu görülmektedir. Doğumun başlı başına depresyon geliştirme riski olması, annelerin doğumdan sonra oluşan yeni yaşam stresörlerine ve rollerine adapte olmakta yaşadıkları zorluklarla ilgili olabilir (Choi vd., 2005; Fazlıoğlu, 2018; Stern vd., 2013).

2.14. Sosyo Demografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri

5.2.1. Depresyon Geçmişinin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski ile İlişkisi

Bu araştırmada annenin depresyon geçmişine sahip olmasının postpartum depresyon geliştirme riskini artırdığı tespit edilmiştir. Yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonucunda da depresyon geçmişine sahip olmanın, postpartum depresyon geliştirme riskini arttıran bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgunun literatürdeki çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir (C. T. Beck, 2001b, 2001a; Martini vd., 2015; Miller vd., 2017; Türkçapar vd., 2015). Postpartum depresyonun gelişimindeki risk faktörlerini belirlemek adına yapılmış olan sistemik metaanaliz çalışmalarında, depresyon geçmişine sahip olmanın PPD geliştirme riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir faktör olduğu tespit edilmiştir (C. T. Beck, 1996; Norhayati vd., 2015; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Wilson vd., 1996). Bir çalışmada depresyon geçmişi olan annelerin %33'ünün (Eren, 2007), başka bir çalışma da %60'nın (Aydemir, 2007) PPD geliştirdiği tespit edilmiştir. Choudron

ve arkadaşları (2001) depresyon geçmişi bulunan annelerin, depresyon geçmişi bulunmayanlara göre 2.1 oranında, Iliadis ve arkadaşları (2015) ise 1.8 oranında daha fazla PPD geliştirme riski taşıdıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca depresyon geçmişi olan kişilerin iki yıl içerisinde tekrar depresyon ve kaygı bozukluğu yaşama riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Karsten vd., 2011). Bu sebeple, daha önce depresyon geçirmiş bir kadının PPD geliştirme riski arttığı gibi, PPD geçiren kadınlar da iki sene içerisinde tekrar depresyon geçirme riski taşımaktadır.

Daha önce majör depresyon geçirmiş kadınların PPD geçirme riskinin yüksek olması, bedendeki biyolojik faktörlerle açıklanabilmektedir. Çünkü daha önce depresyon geçiren kadınlarda apomorfin gibi hormonların arttığı ve bu hormonların da dopamin gibi hormonların salınımı fazlalaşmasına ve buna bağlı olarak tekrar depresyonun tetiklenmesine neden olduğu görülmektedir (Aktaş, 2008; Balcıoğlu, 1999). Bu bağlamda, depresyon geçmişine sahip olmanın yeni anneler üzerindeki etkisinin hormonal değişiklikler üzerinden olduğu düşünülmektedir. Chaudron (2001) araştırmasında, geçmiş depresyon tecrübesinin PPD geliştirme riski üzerindeki etkisi incelendiğinde, depresyon geçmişi olan yeni annelerin postpartum dönemin ilk dört ayı içerisinde ruhsal muayeneden geçmesi gerektiğini önermektedir.

2.15. Sosyo Ekonomik Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri

5.3.1. Ailenin Gelir Gider Durumunun Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi

Bu çalışmada katılımcıların ailelerinin gelir gider durumlarının postpartum depresyon geliştirme riski açısından anlamlı farklar oluşturduğu bulunmuştur. Ailesinin geliri giderinden fazla olan annelerin, geliri giderinden az olan annelere göre postpartum depresyon geliştirme riskinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonucunda da ailenin gelirinin giderinden fazla olması, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu literatürdeki sonuçlar ile uyumludur (Ahn & Youngblut, 2007; De Choudhury vd., 2014; Ekuklu vd., 2004; Mayberry vd., 2007; Sayil vd., 2007; Türkoğlu vd., 2014). Inandı ve arkadaşları (2002) yaptıkları

araştırmada geliri giderinden daha az olarak algılayan annelerin depresyon geliştirme risklerinin, geliri giderinden fazla olarak algılayan annelere nazaran altı kat daha fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde, gelir durumunu orta olarak belirten annelerin büyük bir çoğunluğunun depresyon riski taşıdığı ve gelir seviyesi azaldıkça depresyon riskinin arttığı tespit edilmiştir (Mayberry vd., 2007; Seymen Tatar, 2010). Düşük gelir düzeyi, yaşam streslerine karşı kişilerin maruz kaldığı hayat streslerini arttırmaktadır (Deaton, 2008; Gencer, 2018). Geliri giderinden az olan ailelerde, yeni bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken maddi kaynakların dar olması, ailede ek stresler oluşturabilir. Özellikle ilk altı ayda karşılanması gereken ihtiyaçlar (ör., bez, beşik, kıyafet, mama vb.), maddi anlamda oldukça önemli bir sermaye gerektirmektedir ki bu da aileler için kaygı sebebi olabilmektedir (Ahn & Youngblut, 2007).

Kişilerin ekonomik durumları iyileştikçe psikolojik iyi oluşlarının ve yaşam memnuniyetlerinin arttığı gözlemlenmiştir (Deaton, 2008; Farahmand, Grant, Polo, & Duffy, 2011; Gencer, 2018). Sayil ve arkadaşları (2007), sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan annelerin, postpartum dönemde daha fazla sosyal destek gördüklerini belirlemişlerdir ki bu da annelerin baş etme kapasitesini arttıran bir kaynak olduğu için koruyucu rol oynadığı düşünölmektedir. Ekonomik düzeyi yüksek olan aileler, bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada yüklerini hafifletecek imkanları daha kolay bir şekilde hayatlarına entegre edebilmektedir.

5.3.2. Hamilelikte Çalışmanın Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi

Bu araştırmada hamilelikte çalışmaya devam etmenin postpartum depresyon geliştirme riski açısından anlamlı farklar oluşturduğu bulunmuştur. Hamileliklerinde çalışmaya devam eden annelerin depresyon geliştirme risklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonucunda da hamilelikte çalışmaya devam etmenin, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Hamilelikte çalışmaya devam etmek ile postpartum depresyon geliştirme riski arasındaki ilişki hakkında elde edilen bulgu literatürdeki mevcut araştırmaların elde ettiği sonuçlar ile uyumludur (Çalışır, 2003; De Choudhury vd., 2014; Goyal vd., 2010; Inandı vd., 2002; Sayil vd., 2007; Seymen Tatar, 2010;

Türkçapar vd., 2015). Pistrang (1984) çalışma deneyimi olan ve olmayan annelerle yürüttüğü kapsamlı araştırmada, istihdam olmanın kadınlar için psikolojik öneme sahip olduğu sonucuna varmıştır. Goyal (2010), kadınların hamileliklerinde sahip oldukları iş tecrübesinin, PPD'nin gelişme riskini azaltan koruyucu bir rol oynamasını ekonomik statü ile ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir; çünkü gelir getiren bir işte çalışmış olmanın sağlayacağı maddi kaynağın, yeni sorumlukların getirdiği kaygıyı bir nebze olsun azalttığını düşünmektedir. Bununla beraber Çalışır (2003) araştırmasında, hamileliğinde gelir getiren bir işte çalışan annelerin özgüven puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bireysel anlamda maddi bir kaynağa sahip olmanın getirdiği özgüven, anneler için depresyon geliştirme riskine karşı bir tampon görevi üstlendiği düşünülmektedir.

2.16. Gebelik Ve Doğum Süreci İle İlgili Özelliklerin Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkileri

2.1.1.. Toplam Gebelik Sayısı ve Son Doğumu Dışında Yaşayan Çocuk Sayısının Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi

Bu araştırmada kadınların toplam gebelik sayısına ve son doğumu dışında yaşayan çocuk sayısına göre postpartum depresyon geliştirme riski açısından anlamlı farklar bulunmuştur. İlk gebeliği olan ve son doğumu dışından yaşayan çocuğu olmayan katılımcıların, postpartum depresyon geliştirme risklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonucunda da annenin ilk gebeliğinin olması ve son doğumu dışından yaşayan çocuğunun olmamasının, postpartum depresyon geliştirme riskini arttıran risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki mevcut çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermektedir (Ege vd., 2008; Hamdan & Tamim, 2011; Lazarus & Rossouw, 2015; Staneva & Wittkowski, 2013). Eren (2007), postpartum depresyonun risk faktörlerini araştırdığı çalışmasında ilk defa anne olan kadınların %38.2'sinin, De Choudhury ve arkadaşları (2014) ise ilk defa anne olan kadınların %37.78'inin postpartum depresyon geçirdiklerini tespit etmişlerdir. İlk defa bebek sahibi olmanın beraberinde getirdiği bilinmezlik ve yeni sorumluluklar karşısında hazırlıksız kalmak, yeni annelerin depresyon geliştirme riskini arttırmaktır (Bandura, 1994; Green, Broome, & Mirabella, 2006). Teixeira ve arkadaşları (2009) yaptıkları boylamsal çalışmada, ilk defa anne-

baba olan çiftlerin depresyon ve kaygılarının gebeliğin özellikle ilk üç ayında en yüksek seviyeye ulaştığını gözlemlemişlerdir. Bu araştırmanın bulguları ile tutarlı olan bir diğer araştırma da Zheng ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği boylamsal çalışmadır. Yapılan incelemeler sonucunda, zaman içerisinde tecrübe kazanıldıkça, annelerin depresyon seviyelerinin düştüğü tespit edilmiştir (Zheng vd., 2018). Ek olarak bu bulgu ilk defa anne olanların, ikinci (ve daha fazla) kere anne olanlara oranla daha gerçek dışı beklentilere sahip olma ihtimalleri ile de açıklanabilir (Lazarus & Rossouw, 2015). Staneva ve Wittkowski (2013), ilk defa anne olan kadınların, annelik hakkındaki beklentilerinin çok fazla olduğunu ve beklentilerinin anneliğin gerçekleriyle uyuşmadığını tespit etmişlerdir.

2.1.2.. Gebeliğin Planlı/İstenilen Olmasının Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle İlişkisi

Bu çalışmada, yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonucunda gebeliğin planlı/istenilen olmasının postpartum depresyon geliştirme riski açısından anlamlı farklar oluşturmadığı bulunmuştur. Buna karşın, gebeliğin planlı/istenilen olmasının, öz yetkinlik inancı, algılanan sosyal destek ve doğum memnuniyeti ile beraber incelendiği model içerisinde, postpartum depresyon geliştirme riskini düşürün koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgu, literatürdeki mevcut çalışmalar ile uyumludur (C. T. Beck, 2001b; Ege vd., 2008; Ekuklu vd., 2004; Inandı vd., 2005, 2002; Norhayati vd., 2015; Özcan, Boyacıoğlu, & Dinç, 2017; Sayıl vd., 2007; Seymen Tatar, 2010). Norhayati ve arkadaşlarının (2015) farklı kültürlerde yapılmış postpartum depresyon araştırmalarını içeren literatür taramasının sonucunda da gebeliğin planlı/istenilen olması durumunun, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan önemli faktörlerden biri olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde C. T. Beck (2001b) tarafından güncellenmiş metaanaliz çalışmasının sonucuna göre planlı olmayan/istenmeyen gebeliğin postpartum depresyonun gelişimindeki en etkili 13 risk faktöründen biri olduğu tespit edilmiştir. Planlı olmayan/istenmeyen gebelikler, kadınların annelik rolüne hazır hissetmedikleri ve bu sebeple de anneliğin getirdiği sorumlulukların altında boğulduklarını hissettikleri için postpartum depresyon geliştirme riskini yükselttiği düşünülmektedir (Laney vd., 2015)

2.17. Postpartum Depresyon Geliştirme Riski İle Bireysel Faktörler Arasındaki

İlişkiler

5.5.1. Öz Saygı İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki

Bu araştırmada beklenildiği üzere annelerin sahip oldukları öz saygı ile postpartum depresyon geliştirme riskleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kişilerin öz saygıları arttıkça postpartum depresyon geliştirme risklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda yapılan lojistik regresyon analizinin sonucunda, öz saygının postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, öz saygının postpartum depresyon geliştirme riskine karşı koruyucu bir faktör olduğunu destekleyen pek çok araştırma bulunmaktadır (Hall, Kotch, Browne, & Rayens, 1996; Lazarus & Rossouw, 2015; Manna vd., 2016; Martini vd., 2015; S Matthey, Kavanagh, & Howei, 2004; McVeigh & Smith, 2000; Onyemaechi vd., 2017; Sayil vd., 2007). Hall ve arkadaşları (1996), yeni doğum yapmış anneler ile yaptıkları araştırmada düşük öz saygısı olan annelerin, yüksek öz saygısı olan annelere kıyasla 39 kat daha fazla postpartum depresyon geliştirme riski taşıdıklarını tespit etmişlerdir. Bir diğer araştırmada düşük öz saygının postpartum depresyonu yordadığı gözlemlenmiştir (Denis vd., 2012) McVeigh ve Smith (2000) ise yetişkinlik çağındaki ve ergenlik çağındaki anneleri karşılaştırdıkları araştırmada, yetişkin annelerin öz saygılarının daha yüksek olmasından dolayı annelik rolüne daha iyi uyum sağladıklarını ve böylece daha düşük postpartum depresyon geliştirme riski taşıdıklarını tespit etmişlerdir.

5.5.2. Öz Yetkinlik İnancı İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki

Bu araştırmada beklenildiği gibi annelerin sahip oldukları genel öz yetkinlik inancı ile postpartum depresyon geliştirme riskleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kişilerin genel öz yetkinlik inançları arttıkça, postpartum depresyon geliştirme risklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda yapılan lojistik regresyon analizinin sonucunda, genel öz yetkinlik inancının postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, öz yetkinlik inancının postpartum depresyon geliştirme riskine karşı koruyucu bir faktör olduğunu destekleyen pek çok araştırma bulunmaktadır (Gross &

Marcussen, 2017; Lazarus & Rossouw, 2015; Martini vd., 2015; Porter & Hsu, 2003; Zheng vd., 2018). Zheng ve arkadaşları (2018) yaptıkları boylamsal araştırmada, ilk defa anne olan kadınların, zaman içerisinde öz yetkinlik inançlarının arttığını ve buna bağlı olarak da depresif belirtilerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Genel öz yetkinlik inancı aynı zamanda doğumdan önce, gebelik döneminde de kadınları depresyon geliştirme riskine karşı koruduğu gözlemlenmiştir (Sayil vd., 2007). “Üstesinden gelebilirim” inancını gösteren genel öz yetkinlik inancı, annenin, doğumdan sonra karşılaştığı yeni hayat koşullarının üstesinden gelebileceğine inanarak hareket etmesini sağlayacağı için, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan bir koruyucu faktör olduğu düşünülmektedir (Ahn & Youngblut, 2007).

5.5.3. Doğum Memnuniyeti İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki

Bu araştırmada beklendiği gibi annelerin doğum memnuniyetleri ile postpartum depresyon geliştirme riskleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kişilerin doğum sürecindeki memnuniyetleri arttıkça, postpartum depresyon geliştirme risklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda hem genel anlamda doğum sürecindeki memnuniyet hem de bakım hizmetinin kalitesi, kadınların kişisel özellikleri ve doğum sırasında yaşanan stres alt ölçeklerinden duyulan memnuniyet arttıkça postpartum depresyon belirtileri azaltmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizinin sonucunda, sadece doğum sırasında yaşanan stresin düşük olmasının, postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, doğum memnuniyetinin postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur (Ballard vd., 1995; Iwata vd., 2015; Maggioni vd., 2006). Doğumda yaşanan stres alt ölçeği, doğum sırasında yaşanan sıkıntı, obstetrik yaralanma, yeterli tıbbi bakım alma algısı, obstetrik bir müdahalenin alınması, yaşanan ağrı, doğum süresi ve bebeğin sağlığını içermektedir. Dannenbring ve arkadaşlarının (1997) demografik, medikal, psikolojik ve çevreyle ilgili faktörler ile doğum memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, doğum memnuniyetini yordayan en önemli faktörün doğumda hissedilen ağrı ve doğumun uzunluğu olduğunu gözlemlemiştir. Benzer şekilde başka bir araştırmada da uzun süren doğumun, artan obstetrik müdahalenin ve beklenilenin üzerinde hissedilen ağrının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde doğum sürecindeki

bakımdan duyulan memnuniyetsizlikle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mohammad vd., 2014).

Kadınların doğumdaki tecrübelerinden duydukları memnuniyet, kadın sağlığının teknolojik ilerlemeler sayesinde güvence altına alınmasından sonra gündeme gelen bir durum olmuştur ve henüz gelişmekte olan bir alandır (Göncü, 2015). Bu sebeple doğum memnuniyeti alanında yapılan çalışmaların genellikle kadınların fiziksel sağlığı ile ilgili olup, ruh sağlıkları ile bağlantılı yapılan araştırmaların çok daha kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Iwata ve arkadaşlarının (2015) doğum sürecinden düşük memnuniyet duyan annelerin, memnuniyet duyan annelere göre 2.07 oranında daha fazla depresif belirtiler gösterdiklerini ve obstetrik müdahaleye maruz kaldıkça da stres seviyelerinin arttığını gözlemlemişlerdir. Bununla beraber doğum deneyimi kadınların uzun seneler sonra hatırladıkları ve ruh sağlıklarını etkileyebilecek faktörlerden birisidir. İlk doğumlarından 20 yıl sonra yapılan niceliksel bir araştırmada da doğum sürecinden yüksek memnuniyet duyan kadınların doğumlarını bir başarı olarak gördükleri, kendilerini kontrol sahibi hissettikleri, öz saygılarının yükseldiği, doktorla ilgili hatıralarının olumlu olduğu tespit edilmiştir (Simkin, 1991). Tüm bunlar göz önüne alındığında, annelerin ruh sağlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda, doğum sürecinden duydukları memnuniyetin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Çıtak Bilgin vd., 2018; Hollins Martin & Fleming, 2011; Martin, Procter, vd., 2017).

5.1. Geliştirme Riski İle Psikososyal Faktörler Arasındaki İlişkiler

5.6.1. Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Geliştirme Riski Arasındaki İlişki

Bu araştırmada beklendiği gibi annelerin algıladıkları sosyal destek ile postpartum depresyon geliştirme riskleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kişilerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, postpartum depresyon geliştirme risklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda hem toplam algılanan sosyal destek için hem de aile, arkadaşlar ve özel insan kaynaklarından gelen sosyal destek arttıkça postpartum depresyon belirtileri azaltmaktadır. Literatür incelendiğinde, postpartum depresyon ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (Alan & Ege, 2013; C. T. Beck, 2001a;

Ege vd., 2008; McIntosh, 1993; Mermer vd., 2010; Nnadozie & Nweke, 2017; Orth, Robins, & Conger, 2014; Yılmaz Bingöl & Tel, 2007; Zheng vd., 2018). Elde edilen bulgu, sosyal desteğin kaynağı fark etmeksizin, sosyal destek arttıkça postpartum depresyon belirtilerinin azaldığı anlamına gelmektedir. Bu durumu destekler biçimdeki bir araştırmada, hem ebeveynlerden hem de arkadaşlardan alınan sosyal desteğin Çin’li ergenlerin depresyon seviyesini direk olarak düşürdüğünü tespit etmişlerdir (Chang, Yuan, & Chen, 2018). Ege ve arkadaşları (2008) Türk annelerle yaptığı araştırmalarında ve Nnadozie ve Nweke (2017) Nijerya’lı annelerle yaptıkları araştırmalarında düşük sosyal destek alan annelerin postpartum depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Yapılan lojistik regresyon analizinin sonucunda, sosyal desteğin postpartum depresyon geliştirme riskini azaltan, koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular literatürdeki sonuçlar ile uyumludur (Ahn & Youngblut, 2007; Banker & LaCoursiere, 2014; De Choudhury vd., 2014; Dennis vd., 2017; Inandı vd., 2002; Jiang vd., 2014; Liabsuetrakul vd., 2007; Mermer vd., 2010; Xie vd., 2009). Sosyal destek kaynakları karşılaştırıldığında sadece aileden gelen sosyal desteğin postpartum depresyon geliştirme riskine karşı koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Prepartum ve postpartum dönemlerin karşılaştırıldığı bir araştırmada, kadınlar için her iki dönemde de depresyon geliştirme riskine karşı koruyucu en etkili sosyal destek kaynağının aile olduğu gözlemlenmiştir (Mermer vd., 2010). Banker ve LaCoursiere (2004), PPD geliştirme riskine sahip olduğu tespit edilmiş annelerin eğer eşlerinden ve/ya ailelerinden yeterli derecede sosyal destek görüyorlarsa, postpartum depresyon geliştirmediklerini tespit etmiştir. Sosyal desteğin, kişilerin genel mutluluk halini iyileştirdiği bilinmektedir (Tan vd., 2017). Annelerin ruhsal sağlıklarını bozacak riskler içeren postpartum döneminde, yakın çevreden gelen sosyal desteğin, annelerin yeni rollerine adapte olmalarında yardımcı olduğu ve yeni sorumlulukların verdiği yükü hafiflettiği için PPD geliştirme riskine karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu düşünülmektedir (Mermer vd., 2010; Yılmaz Bingöl & Tel, 2007; Zheng vd., 2018).

2.18. Sonuç

Sonuç olarak, depresyon geçmişi olan, ilk gebeliği olan, son doğumu dışında yaşayan çocuğu olmayan annelerin postpartum depresyon geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla beraber, ailesinin gelir durumu gider durumundan fazla olan ve hamileliğinde çalışan annelerin postpartum depresyon geliştirme risklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Korelasyon analizleri sonucunda öz saygı, genel öz yetkinlik inancı, aileden, arkadaştan, özel insandan algılanan sosyal destek ve toplam algılanan sosyal destek, bakım hizmetinin kalitesi, kadınların kişisel özellikleri, doğum sırasında yaşanan stres ve toplam doğum memnuniyeti arttıkça postpartum depresyon belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizleri sonucunda, katılımcıların psikolojik durumlarından depresyon geçmişi sahip olmanın postpartum depresyon geliştirme riskini yükselten bir risk faktörü olduğu, yüksek öz saygının ise postpartum depresyon geliştirme riskini düşüren bir koruyucu faktör olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sosyoekonomik durumlarından hamilelikte çalışmış olmanın ve ailenin gelir durumunun gider durumundan fazla olmasının postpartum depresyon geliştirme riskini düşüren koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur. Katılımcıların gebelik süreçleri ve psikolojik durumlarından gebeliğin planlı olmasının, doğum sırasında yaşanan stresin az olmasının, genel öz yetkinlik inançlarının yüksek olmasının ve ailelerinden gelen sosyal desteğin yüksek olarak algılanmasının postpartum depresyon geliştirme riskini düşüren, koruyucu faktörler olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, geçmiş araştırmaların sonuçları ile genel anlamda tutarlılık göstermektedir.

2.19. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara Yönelik Öneriler

Bu çalışmada birtakım sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu çalışma zaman sınırlılığından dolayı bir pilot çalışmadır bu sebeple de örneklem sayısı diğer araştırmalara nazaran daha düşüktür. İlerleyen süreçlerde daha geniş bir örneklem kitlesi ile bu araştırmanın genişletilmesinde fayda vardır.

Bu çalışmada kesitsel bir inceleme yapılarak, 1 – 12 aylık bebeği olan annelerin, annelik süreçlerinin sadece bir dönemi incelenmiştir. Daha geniş bir zaman diliminde yapılacak çalışmaların, kadınları hamilelik süreçlerinden itibaren, boylamsal bir çalışma içerisinde inceleyebilir. Yapılacak boylamsal çalışmalarda, postpartum

depresyonun gelişimindeki risk faktörlerinin ortaya çıkış zamanlarına ve koruyucu faktörlerin hangi dönemde daha etkili olduklarına dair bilgiler edinilebilir. Bununla beraber, bebeğin bakımında artık babaların da yer alıyor olması, postpartum döneminin bir de babaların gözünden değerlendirilmesi ihtiyacı doğurmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda sadece annelere değil babalara da yer verilmesi, postpartum depresyonun gelişim sürecini ve aileye etkilerini görmek açısından daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Araştırma dahilinde annelerin depresyon durumlarını ölçmek için, öz bildirim dayalı bir ölçek kullanılmıştır ve depresyon tanısı koymaya yönelik uzman değerlendirmesi yapılmamıştır. Ölçek sonucuna göre depresyon riski taşıdıkları tespit edilmiş annelere depresyon riski taşıdıkları gerekçesi ile tekrar ulaşılmış ve bir ruh sağlığı uzmanından destek almaları gerektiği tavsiyesi verilmiştir. İleriki çalışmalarda, depresyon riski olduğu belirlenen annelerin takibi yapılarak, postpartum depresyonun gelişimi ve tedavi süreçleriyle ilgili daha detaylı bilgi elde edinilebilir.

Bu araştırmada annelerin depresyon geçmişi, çalışma durumu ve ailelerinin gelir gider durumunun postpartum depresyonun gelişimindeki önemli risk faktörlerinden oldukları tespit edilmiştir. Fakat, ankette bu alanları değerlendirmek için kullanılan soruların sınırlılığı daha fazla detay elde etmemizi engellemiştir. İleriki çalışmalarda, bu alanların daha detaylı değerlendirilmesi, daha zengin bilgilere ulaşmamızı sağlayacaktır.

Ülkemizde, postpartum depresyonun gelişimindeki risk ve koruyucu faktörleri inceleyen araştırmaların her geçen gün zenginleştiği görülmektedir. Mevcut çalışmalardan elde edilen bilgiler ışığında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı iş birliği ile eğitimler, seminerler düzenleyebilir. Özellikle, gebelerin ve yeni doğum yapmış annelerin takibi yapılan Aile Sağlığı Merkezlerindeki hizmet veren ebe hemşirelerin ve doktorların postpartum depresyon ile ilgili farkındalıklarını arttıracak çalışmalar düzenlenebilir. Örneğin ebe hemşireler ve doktorlar tarafından ilk gebeliği olan annelere, gebeliği planlı/istenilen olmayan annelere postpartum depresyon riski taşıdıkları ve olası depresyon belirtileri karşısında nasıl bir yol izlemeleri gerektiği hakkında bilgilendirme yapılabilir. Aile Sağlığı

Merkezlerine gelen anne adaylarının ve annelerin postpartum depresyonla ilgili farkındalığını arttıracak pano düzenlemeleri ve broşür dağıtımları yapılabilir.

REFERANSLAR

- Abbott, S. M., Attarian, H., & Zee, P. C. (2014). Sleep disorders in perinatal women. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.003>
- Affonsoa, D. D., De, A. K., Horowitz, J. A., & Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 207–216. <https://doi.org/10.2337/db09-1048>.
- Agoub, M., Moussaoui, D., & Battas, O. (2005). Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 37–43. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0069-9>
- Ahn, S., & Youngblut, J. M. (2007). Predictors of women's postpartum health status in the first 3 months after childbirth. *Asian Nursing Research*, 1(2), 136–146. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60016-X](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60016-X)
- Akman, C., Uguz, F., & Kaya, N. (2007). Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 343–347. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.03.005>
- Aksakalli, M., Capik, A., Ejder Apay, S., Pasinlioglu, T., & Bayram, S. (2012). Determination of support needs and post-partum support levels of post-partum women. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3), 129–135. <https://doi.org/10.5505/phd.2012.57441>
- Aktaş, D. (2008). *Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alan, H., & Ege, E. (2013). The influence of social support on maternal-infant attachment in Turkish society. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 234–240.
- Ali, D. S., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2013). "I Became a Mom": Identity changes in mothers receiving public assistance. *Journal of Social Service Research*, 39(5), 587–605. <https://doi.org/10.1080/01488376.2013.801391>
- Altuntuğ, K., & Ege, E. (2013). Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma*

Geliştirme Dergisi, 9557(2), 45–56.

- Alves, S., Martins, A., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preventing and treating women's postpartum depression: A qualitative systematic review on partner-inclusive interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0889-z>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- American Psychiatric Association. (2016). What is postpartum depression and anxiety. 14 Mayıs 2018 tarihinde, <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression.aspx> adresinden erişildi
- Arıkan, İ., Demir, B. K., Korkut, Y., Şahin, S., & Dibeklioğlu, S. E. (2015). Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 141(2), 395–396. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-1124>
- Aslan, Y., & Ege, E. (2016). Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3160. <https://doi.org/10.14687/jhs.v13i2.3759>
- Aydemir, N. (2007). *BEAH sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme*. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Aydın, N., Inandı, T., Yiğit, A., & Şahin Hodoglugil, N. N. (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 483–486. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0770-4>
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tirkayi, A., & Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 17(4):243-251. <https://doi.org/10.1054/bjoc.1999.1090>
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.085>
- Baker, S. R., Choi, P. Y. L., Henshaw, C. A., & Tree, J. (2005). "I felt as though I'd been in Jail": Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism and Psychology*, 15(3), 315–342.

<https://doi.org/10.1177/0959-353505054718>

- Balcioğlu, İ. (1999). Depresyonun etyopatogenezi. İçinde *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu* (ss. 19–28) İstanbul. 20 Temmuz 2019 tarihinde <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/17/1702ib.pdf> adresinden erişildi
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 525–528.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*, *4*, 71–81. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0836>
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality: Theory and research. In *Handbook of personality* (2nd Ed, pp. 154–196). New York: Guilford Publications (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.). [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(5), 805–814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.5.805>
- Banker, J. E., & LaCoursiere, D. Y. (2014). Postpartum depression: Risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, *35*(7), 503–508. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.888603>
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., ... Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(4), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.08.003>
- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, Jo., & Vohs, K. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in The Public Interest*, *4*(1), 1–44.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. . (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893–897. 14 Mayıs 2019 tarihinde <https://www.gphealth.org/media/1087/anxiety.pdf> adresinden erişildi

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Antonio, G. K. B. (1996). Beck depression inventory-II. *The Psychological Corporation*. 14 Mayıs 2019 tarihinde <http://m.blog.naver.com/mistyeyed73/220427762670> adresinden erişildi
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. 14 Mayıs 2019 tarihinde <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735888900505> adresinden erişildi
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing research*, 45(5), 297–203.
- Beck, C. T. (1999). Postpartum depression: Stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines*, 3, 41–44. T
- Beck, C. T. (2001a). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beck, C. T. (2001b). Revision of postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 394–402.
- Beck, C. T. (2002). Theoretical perspectives of postpartum and their treatment implications. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(5), 282–287.
- Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care*, 3(1), 37–46. <https://doi.org/10.1053/adnc.2003.50013>
- Beck, C. T. (2006). Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106(5), 40–50. <https://doi.org/10.1097/00000446-200605000-00020>
- Beck, C. T. (2013). Postpartum depression: A metasynthesis. *Journal of Nursing*, 60(6), 22–26. <https://doi.org/10.6224/JN.60.6.22>
- Bennett, H. A. (2007). *New perspectives for understanding depression during pregnancy. Prevalence and women's experiences of this disorder. The Sciences and Engineering*. University of Toronto, Canada.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy - A qualitative study. *BMC Women's Health*, 7, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-7-13>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004).

- Depression during pregnancy: Overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 24(3), 157–179. <https://doi.org/10.2165/00044011-200424030-00004>
- Berggren-Clive, K. L. (1996). *Out of the darkness and into the light: Women's experience s with depression after childbirth*. (Unpublished Master Thesis) The University of British Columbia School of Social Work, Vancouver.
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479–484.
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). First-time parents' expectations about the division of childcare and play. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/a0026608>
- Bilgiç, D., Dağlar, G., Aydın Özkan, S., & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *KASHED*, 2(2), 13–35.
- Boothe, A. S., Brouwer, R. J. N., Carter-Edwards, L., & Østbye, T. (2011). Unmet social support for healthy behaviors among overweight and obese postpartum women: Results from the active mothers postpartum study. *Journal of Women's Health*, 20(11), 1677–1685. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2509>
- Bouffard-Bouchard, T., Parent, S., & Larivee, S. (1991). Influence of self-efficacy on self-regulation and performance among junior and senior high-school age students. *International Journal of Behavioral Development*, 14(2), 153–164. <https://doi.org/10.1177/016502549101400203>
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 141–153. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6>
- Bozkuş Eğri, G., & Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Journal of World of Turks*, 3(1).
- Brailovskaia, J., Schönfeld, P., Zhang, X. C., Bieda, A., Kochetkov, Y., & Margraf, J. (2018). A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: Are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? *Psychological Reports*, 121(2), 265–281. <https://doi.org/10.1177/0033294117727745>
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression - III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 235–

243. <https://doi.org/10.1007/BF00788644>

- Brown, G. W., Bifulco, A., Veiel, H. O. F., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression - II. Social correlates of self-esteem. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 225–234. <https://doi.org/10.1007/BF00788643>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Buttner, M. M., Brock, R. L., & O'Hara, M. W. (2015). Patterns of women's mood after delivery: A growth curve analysis. *Journal of Affective Disorders*, 174, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.022>
- Çalışır, H. (2003). *İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Behavioral Nursing*, 18, 203–210. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Callister, L. C., Beckstrand, R. L., & Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant hispanic women. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(4), 440–449. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x>
- Cardona, M., Jorm, L., Williamson, M., & Chey, T. (1995). *The blacktown health survey of people from non-English-speaking background*. Western Sydney Area Health Service. Sydney: Western Sector Public Health Unit.
- Çelikkaleli, Ö., & Çapri, B. (2008). Genel Yetkinlik İnancı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(3), 93–104.
- Chan, S. W. C., Levy, V., Chung, T. K. H., & Lee, D. (2002). A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 571–579. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02326.x>
- Chang, C. W., Yuan, R., & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review*, 88(March), 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.001>
- Chaudron, L. H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C., & Essex, M. J.

- (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(2), 103–112. <https://doi.org/10.3109/01674820109049960>
- Chiu, L.-H. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. *Journal of Counseling & Development*, 66(6).
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167–180. <https://doi.org/10.1080/02646830500129487>
- Chojenta, C., Loxton, D., & Lucke, J. (2012). How do previous mental health, social support, and stressful life events contribute to postnatal depression in a representative sample of Australian women? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 145–150. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00140.x>
- Çıtak Bilgin, N., Ak, B., Coşkuner Potur, D., & Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 342–353. <https://doi.org/10.17681/hsp.422360>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Interpersonal support evaluation list (ISEL). *Journal of Applied Social Psychology*, 9–10. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cohen, Sheldon. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, (November), 676–684. <https://doi.org/10.1177/0194599813477823>
- Cohen, Sheldon, & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Condon, J. (2006). What about dad? *Australian Family Physician*, 35(9), 690–692.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191–195. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.191>
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & Groh, C. J. (2015). Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.48>
- Coşar Çetin, F., Sezer, A., & Doğan Merih, Y. (2015). The Birth Satisfaction Scale:

- Turkish adaptation, validation and reliability study. *Northern Clinics of Istanbul*, 2(2), 142–150. <https://doi.org/10.14744/nci.2015.40412>
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non- postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, 39(3), 185–189. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00008-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00008-0)
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37–68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.6.1028>
- Dalfen, A. (2009). *When baby brings the blues: Solutions for postpartum depression*. Ontario: John Wiley & Sons Canada.
- Dannenbring, D., Stevens, M. J., & House, A. E. (1997). Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *Journal of behavioral medicine*, 20(2), 127–142.
- De Choudhury, M., Counts, S., Horvitz, E., & Hoff, A. (2014). Characterizing and predicting postpartum depression from shared Facebook data. In *Proceedings of the 17th ACM conference on Computer supported cooperative work & social computing* (ss. 626–638). <https://doi.org/10.1001/jama.1939.62800140005010>
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: Evidence from the gallup world poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 53–72.
- Demir, S., Şentürk, M. B., Çakmak, Y., & Altay, M. (2016). Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 54(2), 83–89. <https://doi.org/10.4274/haseki.2856>
- Denis, A., Ponsin, M., & Callahan, S. (2012). The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.718751>
- Dennis, C. L., Brown, H. K., Falah-Hassani, K., Marini, F. C., & Vigod, S. N. (2017). Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 213(November 2016), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013>
- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4),

323–331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>

- Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the BSES. *Research in Nursing and Health*, 22(April), 399–409. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199910\)22](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199910)22)
- Dennis, C. L., Heaman, M., & Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among canadian women: Regional and national results from a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(9), 537–546. <https://doi.org/10.1177/070674371205700904>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
- Dietz, P. M., Williams, S. B., Callaghan, W. M., Bachman, D. J., Whitlock, E. P., & Hornbrook, M. C. (2007). Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1515–1520. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111893>
- Dumont, M., & Provost, M. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363.
- Durukan, E., Ilhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4), 385–393. <https://doi.org/10.5174/tutfd.2010.04117.3>
- Eckel, C. C., & Grossman, P. J. (2008). Men, women and risk aversion: experimental evidence. *Handbook of Experimental Economics Results*, 1, 1061–1073. [https://doi.org/10.1016/S1574-0722\(07\)00113-8](https://doi.org/10.1016/S1574-0722(07)00113-8)
- Edhborg, M., Lundh, W., Widström, A. M., & Friberg, M. (2005). “Struggling with life”: Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 261–267. <https://doi.org/10.1080/14034940510005725>
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34(4), 585–593. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x>
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361–374.

- Ekuklu, G., Tokuc, B., Eskiocak, M., Berberoglu, U., & Saltik, A. (2004). Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 49(11), 908–914.
- Engindeniz, A. N., Küey, L., & Kültür, S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. İçinde *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı* (ss. 51–52). Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Erdem, Ö., & Erten Bucaktepe, G. (2012). The prevalence and screening methods of postpartum depression. *Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458–461. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182>
- Ertürk, N. (2007). *Doğum sonrası destek ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 405–410. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011>
- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.013>
- Farahmand, F. K., Grant, K. E., Polo, A. J., & Duffy, S. N. (2011). School-based mental health and behavioral programs for low-income, urban youth: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 372–390.
- Fazlagić, A. (2011). Psychological correlates of postpartum depression. *Acta Medica Medianae*, 50(4), 62–68. <https://doi.org/10.5633/amm.2011.0411>
- Fazlıoğlu, M. (2018). *3-12 aylık bebeği olan annelerde mizaç ve karakter özellikleri, eş uyumu, duygu düzenleme stratejileri ve bebeğin mizacının postpartum depresyon ile ilişkisi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(2), 200–203.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 83–91.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.83>

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington (DC) 7: American Psychiatric Press. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0585-y>
- Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139–149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Fisher, J. R. W., Morrow, M. M., Ngoc, N. T. N., & Anh, L. T. H. (2004). Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(12), 1353–1360.
- Franck, E., Vanderhasselt, M.-A., Goubert, L., Loeys, T., Temmerman, M., & De Raedt, R. (2016). The role of self-esteem instability in the development of postnatal depression: A prospective study testing a diathesis-stress account. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 50, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.04.010>
- Gavin, N. I., Gayne, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gencer, N. (2018). Öznel iyi oluş: Genel bir bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2621–2638. <https://doi.org/10.17218/hititsosbil.457382>
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252(March), 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>
- Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., & Başhan, İ. (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17(2), 126–133.
- Gholami, M., Mohammadirizi, S., & Bahadoran, P. (2017). Study of the impact of educational behavioral interventions on fatigue in mothers in the postpartum period in the groups of face-to-face and electronic training. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22, 465–470.

<https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR>

- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(5), 350–364. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *28*(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, *9*(1), 139–145.
- Göncü, S. (2015). 'Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, *46*(2), 212–219.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*(3), 458–490.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*, *20*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003>
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(4), 329–347. <https://doi.org/10.1348/014466500163347>
- Green, K., Broome, H., & Mirabella, J. (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: Socio-cultural and physical factors. *Psychology, Health & Medicine*, *11*(4), 425–431. <https://doi.org/10.1080/13548500600678164>
- Gross, C. L., & Marcussen, K. (2017). Postpartum depression in mothers and fathers: The role of parenting efficacy expectations during the transition to parenthood.

- Sex Roles*, 76(5–6), 290–305. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0629-7>
- Gustavsson, J. P., Bergman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Knorring, L., & Linder, J. (2000). Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 217–225. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003217.x>
- Haj-Yahia, M. (1998). Beliefs about wife beating among Palestinian women: The influence of their patriarchal ideology. *Violence Against Women*, 4(5), 533–558.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2–3), 97–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>
- Hall, L. A., Kotch, J. B., Browne, D., & Rayens, M. K. (1996). Self-Esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 45(4), 231–238. <https://doi.org/10.1097/00006199-199607000-00007>
- Hamdan, A., & Tamim, H. (2011). Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(7), 125–133. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0189-8>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222.
- Harberger, P., Berchtold, N., & Honikman, J. (1992). *Cries for help*. University of Pennsylvania Press.
- Hare-Mustin, R. T., & Broderick, P. C. (1979). The myth of motherhood: A study of attitudes toward motherhood. *Psychology of Women Quarterly*, 4(1), 114–128. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1979.tb00702.x>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51(May), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160–174. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they

work?, 22, 381–440.

- Hollins Martin, C., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124–135. <https://doi.org/10.1108/09526861111105086>
- Iliadis, S. I., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S. M., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L., ... Skalkidou, A. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0478-8>
- Inandı, T., Buğdaycı, R., DüNDAR, P., Sumer, H., & Şaşmaz, T. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 725–730. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0949-3>
- Inandı, T., Elçi, Ö. Ç., Eğri, M., Polat, A., & Şahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31, 1201–1207.
- Irwin, J. L., Beeghly, M., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2016). Positive predictors of quality of life for postpartum mothers with a history of childhood maltreatment. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1041–1050. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0653-1>
- Iwata, H., Mori, E., Tsuchiya, M., Sakajo, A., Maehara, K., Ozawa, H., ... Tamakoshi, K. (2015). Predicting early post-partum depressive symptoms among older primiparous Japanese mothers. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 297–308. <https://doi.org/10.1111/jjns.12069>
- Jiang, L., Wang, Z., Qiu, L., Wan, G., Lin, Y., & Wei, Z. (2014). Psychological intervention for postpartum depression. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, 34(3), 437–442. <https://doi.org/10.1007/s11596-014-1297-x>
- Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 99(2), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01722-7](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01722-7)
- Kang, Y. R., Lee, J. S., & Kang, M. C. (2014). Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea. *Personal Relationships*, 21(4), 546–556. <https://doi.org/10.1111/pere.12047>

- Kaplan, B., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5 (Suppl.)), 47–58.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333–334.
- Karabulut, G. (2014). *Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karaçam, Z., & Kitiş, Y. (2008). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187–196.
- Karatas, Z., & Cakar, F. S. (2011). Self-esteem and hopelessness, and resiliency: An exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies*, 4(4), 84–91. <https://doi.org/10.5539/ies.v4n4p84>
- Karsten, J., Hartman, C. A., Smit, J. H., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., Cuijpers, P., ... Penninx, B. W. J. H. (2011). Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 206–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080572>
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662–673. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837–841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kılıç, M. (2016). Evlilik uyumunun doğum sonrası depresyon belirtilerine etkisi: çok değişkenli bir analiz. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25, 106–113.
- Kırpınar, İ., Öztürk Tepeli, I., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2012). Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM - IV tanısal dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 16–23.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355–1373. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>
- Kleiman, K. (2009). *Therapy and the postpartum woman*. New York: Routledge.
- Kolukırcık, Ü., Şimşek, H., & Ergör, A. (2019). Doğum sonrası dönemdeki annelerde

- depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 1–8. <https://doi.org/10.5505/deutfd.2019.30092>
- Korkmaz, M. (1996). *Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67–99. <https://doi.org/10.18863/pgy.84452>
- Kujawa, A. J., Torpey, D., Kim, J., Hajcak, G., Rose, S., Gotlib, I. H., & Klein, D. N. (2011). Attentional biases for emotional faces in young children of mothers with chronic or recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 125–135. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9438-6>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: the influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126–145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Lau, Y., Yin, L., & Wang, Y. (2011). Severe antenatal depressive symptoms before and after the 2008 Wenchuan earthquake in Chengdu, China. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(1), 62–74. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01208.x>
- Lazarus, K., & Rossouw, P. (2015). Mother's expectations of parenthood: The impact of prenatal expectations on self-esteem, depression, anxiety and stress post birth. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(2), 102–123. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2015.0102-0123>
- Leahy-Warren, P., Mccarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3–4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Li, J., Han, X., Wang, W., Sun, G., & Cheng, Z. (2018). How social support influences university students' academic achievement and emotional exhaustion: The mediating role of self-esteem. *Learning and Individual Differences*, 61, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2017.11.016>
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and

- postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(3), 333–340.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2007.00532.x>
- Locke, H., & Wallace, K. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage Fam Living*, 251–255.
- Logsdon, M. C., Eckert, D., Tomasulo, R., Beck, C. T., & Dennis, C. L. (2012). Identification of mothers at risk for postpartum depression by hospital-based perinatal nurses. *Health (San Francisco)*, 37(4), 1–8.
- Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. *British Journal of Psychiatry*, 163, 210–216.
<https://doi.org/10.1192/bjp.163.2.210>
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80–89.
<https://doi.org/10.1080/00207590444000041>
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 10(4), 365–375.
<https://doi.org/10.1080/13548500500093738>
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81–90.
<https://doi.org/10.1080/01674820600712875>
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women’s experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Women and Birth*, 29(5), 450–454. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>
- Mäkikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 556–575.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.001>
- Manna, G., Falgares, G., Ingoglia, S., Como, M. R., & Santis, S. De. (2016). The

relationship between self-esteem, depression and anxiety: Comparing vulnerability and scar model in the Italian context. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 1–17.

- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. L. (2014). Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child Development*, 85(3), 1275–1291. <https://doi.org/10.1111/cdev.12176>
- Martin, C. R., Hollins Martin, C. J., Burduli, E., Barbosa-Leiker, C., Donovan-Batson, C., & Fleming, S. E. (2017). Measurement and structural invariance of the US version of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) in a large sample. *Women and Birth*, 30(4), e172–e178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.006>
- Martin, C. R., Procter, S., Hollins Martin, C. J., & Larkin, D. (2017). Woman's experience of childbirth: Qualitative analysis from data derived from the 30-item-Birth-Satisfaction-Scale. *The Scientific Pages of Nursing*, 1(1), 10–1710.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Matthey, S, Kavanagh, D. J., & Howei, P. (2004). Increasing a partner's understanding of motherhood significantly reduces postnatal distress and depression in first time mothers with low self esteem. *Evidence-Based Mental Health*, 7(4), 116. <https://doi.org/10.1136/ebmh.7.4.116>
- Matthey, Stephen, Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75–85. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- Maulik, P. K., Eaton, W. W., & Bradshaw, C. P. (2011). The effect of social networks and social support on mental health services use, following a life event, among the Baltimore epidemiologic catchment area cohort. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 38(1), 29–50. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9205-z>
- Mauthner, N. S. (1998). “It's a Woman's Cry for Help”: a relational perspective on postnatal depression. *Feminism and Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0959353598083006>
- Mauthner, N. S. (2013). The darkest days of my life: stories of postpartum depression. *Choice Reviews Online*, 40(05), 40-2825-40–2825.

<https://doi.org/10.5860/choice.40-2825>

- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(6), 542–549. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x>
- McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal Self-Esteem: From theory to clinical practice in a special care nursery. *Children's Health Care*, 21(4), 199–205. https://doi.org/10.1207/s15326888chc2104_2
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 178–184.
- McVeigh, C., & Smith, M. (2000). A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. *Midwifery*, 16(4), 269–276. <https://doi.org/10.1054/midw.2000.0226>
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73–77.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71–76.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., & Weissman, M. (1999). Self-Esteem and Depression: Ten year follow-up of mothers and offspring. *Journal of Affective Disorders*, 52(1–3), 41–49. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00042-1)
- Miller, M. L., Kroska, E. B., & Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207(June 2016), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.023>
- Miller, T. (2007). “Is this what motherhood is all about?”: Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood. *Gender and Society*, 21(3), 337–358. <https://doi.org/10.1177/0891243207300561>
- Mohammad, K. I., Alafi, K. K., Mohammad, A. I., Gamble, J., & Creedy, D. (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review*, 61, 278–284.
- Murray, L., & Carothers, A. D. (1990). The validation of the Edinburgh Post-natal

- Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 157, 288–291.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6(SUPPL. 2), 71–77. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0007-7>
- Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal depression, mother-infant interactions, and child development: Prospects for screening and treatment. *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management.*, 139–164.
- Nicolson, P. (1990). Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *Journal of Advanced Nursing*, 15(6), 689–695. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01892.x>
- Nicolson, P. (1999). The myth of the maternal instinct. *Psychology, Evolution & Gender*. <https://doi.org/10.1109/USNC-URSI.2013.6715376>
- Nnadozie, J. C., & Nweke, G. E. (2017). Self esteem, social support and postpartum depression. *The Journal of International Social Research*, 10(51), 1307–9581. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1789>
- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A., & Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55–59.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Oberman, Y., & Josselson, R. (1996). Matrix of tensions: A model of mothering.

Psychology of Women Quarterly, 20, 341–359. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00304.x>

Oğuzdoğan, B. (2017). *The relationship between emotion regulation, coping strategies, perceived social support and alcohol/cannabis dependency risk among university students*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Onyemaechi, C. I., Afolabi, A. B., & Ifeagwazi, C. M. (2017). Postpartum depression: The role of self-esteem, social support and age. *Ife Psychologia*, 25(2), 105–115.

Orhon, F. Ş. (2007). The impacts of postpartum depression on children. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 60(2), 57–60.

Orth, U., Robins, R. W., & Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 622–633. <https://doi.org/10.1037/a0033817>. Is

Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Dinç, H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.006>

Özdemir, H., Ergin, N., Selimoglu, K., & Bilgel, N. (2005). Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health and Medicine*, 10(1), 96–107. <https://doi.org/10.1080/135485005123315407>

Özdemir, S., Marakoğlu, K., & Çivi, S. (2008). Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *Preventive Medicine*, 7(5), 391–398.

Pallant, J. (2013). *Spss Survival Manual A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows* (5. baskı). New York: Mc Graw Hill Open University Press.

27 Temmuz 2019 tarihinde [https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=&id=fZZTBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=social+sciences+statistic+pallant&ots=KVLxkTYZzV&sig=Rwl0J778kzlGsGnv70ztXkZiinw&redir_esc=y#v=snippet&q=social sciences&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=&id=fZZTBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=social+sciences+statistic+pallant&ots=KVLxkTYZzV&sig=Rwl0J778kzlGsGnv70ztXkZiinw&redir_esc=y#v=snippet&q=social+sciences&f=false) adresinden erişildi.

Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101(1), 57–79. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>

Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., & Ali, S. (2012). Postpartum depression: A review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534–542.

<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1984.tb00790.x>

- Patel, V., DeSouza, N., & Rodrigues, M. (2003). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Archives of Disease in Childhood*, 88(1), 34–37.
- Payne, J. L., Palmer, J. T., & Joffe, H. (2009). A reproductive subtype of depression: Conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 72–86. <https://doi.org/10.1080/10673220902899706>
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2004). Postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(9), 1235. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0912>
- Phatak, P. (1998). Developmental assessment scales for Indian infants. *Pune: Anand Agencies*.
- Pistrang, N. (1984). Women's work involvement and experience of new motherhood. *Journal of Marriage and Family*, 46(2), 433–447.
- Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54–64. <https://doi.org/10.1109/ICUFN.2015.7182558>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385–401. <https://doi.org/10.1002/ardp.19552881111>
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the netherlands. *Birth*, 35(2), 107–116. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Robins, L., Helzer, J., & Croughan, J. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of general psychiatry*, 38(4), 381–389.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2012). Measuring Global Self-Esteem: construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Schizophrenia Research*, 27(1), 608–630. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(96\)90030-1](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90030-1)

- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. In *Society and the adolescent self-image* (ss. 1973–1974).
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., Rosenberg, F., & Rosenberg, M. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, *60*(1), 141–156.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal Part I. *Nursing Research*, *16*, 237–245.
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care - A pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, *59*(5), 474–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x>
- Rzeszutek, M. (2018). A longitudinal analysis of posttraumatic growth and affective well-being among people living with HIV: The moderating role of received and provided social support. *PLOS ONE*, *13*(8), e0201641. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201641>
- Sabuncuoğlu, O., & Berkem, M. (2006). Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *17*(4), 252–258.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, *44*(1), 127.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2007). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women & Health*, *44*(3), 61–77. <https://doi.org/10.1300/J013v44n03>
- Schalling, D., Åsberg, M., Edman, G., & Oreland, L. (1987). Markers for vulnerability to psychopathology: Temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*(2), 172–182. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02881.x>
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Schwarzer, R., Babler, J., Kwiatek, P., & Schröder, K. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*,

- 46(1), 69–88. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01096.x>
- Settle, C., Wilcox, M. H., Rashid, A., Cooke, R. S., Patterson, V., & Abernethy, L. (1999). Acute obstructive hydrocephalus complicating bacterial meningitis. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.123b>
- Seymen Tatar, E. (2010). *Doğum sonu ilk üç ayda annelerin depresyon yaşama durumlarının belirlenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., ... Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Shelton, A. J., Wang, C. D. C., & Zhu, W. (2017). Perceived social support and mental health: Cultural orientations as moderators. *Journal of College Counseling*, 20(3), 194–207. <https://doi.org/10.1002/jocc.12062>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210.
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4). <https://doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2010). The identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 1–12. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b5a57c>
- Small, R., Lumley, J., & Yelland, J. (2003). Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia. *Ethnicity and Health*, 8(3), 189–206. <https://doi.org/10.1080/1355785032000136416>
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>

- Smith, J. A. (2007). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology ISSN:*, 6838. <https://doi.org/10.1080/02646839908404595>
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 170(2), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing quality of marriage and other dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28.
- Spinelli, M. G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: Prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1548–1557. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1548>
- Spinelli, M. G. (2009). Treatment in psychiatry postpartum psychosis: detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*, 166, 4. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08121899>
- Staneva, A., & Wittkowski, A. (2013). Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 29(3), 260–267. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.008>
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (2013). *Bir Annenin Doğuşu. Bilgi Üniversitesi Yayınları* (1. baskı). <https://doi.org/10.1145/2505515.2507827>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318–324. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
- Stryker, S. (1955). The adjustment of married offspring to their parents. *American Sociological Review*, 20(2), 149–154.
- Suman, & Malhotra, S. (2016). Depression and self-efficacy: A correlational study. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(9), 943–945. <https://doi.org/10.1177/1455072517696323>
- Sütlü, S., & Çatak, B. (2017). Prevalence of postpartum depression and affecting factors in the province of Burdur. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 7(3), 220–

224. <https://doi.org/10.5505/kjms.2017.07088>

- Sylvén, S. M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M., & Skalkidou, A. (2017). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*, *40*, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.003>
- Tan, C. S., Krishnan, S. A., & Lee, Q. W. (2017). The role of self-esteem and social support in the relationship between extraversion and happiness: A serial mediation model. *Current Psychology*, *36*(3), 556–564. <https://doi.org/10.1007/s12144-016-9444-0>
- Tannous, L., Gigante, L. P., Fuchs, S. C., & Busnello, E. DA. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-1>
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *The American Journal of Sociology*, *80*(4), 870–885. <https://doi.org/10.1086/225897>
- Türkçapar, A. F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunç, S., Zayıfoğlu, M., & Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *15*(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>
- Türkoğlu, N., Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *11*(1), 18–24.
- Ugarriza, D. N., Brown, S. E. D., & Chang-Martinez, C. (2007). Anglo-American mothers and the prevention of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, *28*(7), 781–798. <https://doi.org/10.1080/01612840701413624>
- Watson, G. M. (2015). *Women's perspectives on adequacy of screening and treatment for postpartum depression*. ProQuest Dissertations and Theses. Walden University College of Health Sciences, UK.
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, *12*(5), 485–508. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90068-J](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90068-J)

- White, R. K. (2015). Psychology and the prevention of nuclear war. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 7(1), 122–142.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringier, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ*, 154(6).
- Woolfolk, A. (2016). *Educational Psychology* (13. baskı). Pearson.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring Quality Of Life. In *Programme On Mental Health Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care*. World Health Organization. 5 Şubat 2019 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=87F8F2DD6A25647BA4791FD1C121624D?sequence=1 adresinden erişildi
- World Health Organization. (2016). Maternal mental health. 13 Mayıs 2018 tarihinde, http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ adresinden erişildi
- Xiao, S. (1999). Social Support Rating Scale. İçinde X. Wang (Ed.) (Mental Health). Beijing: Chinese Mental Health Publishing House.
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637–643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81–87.
- Yılmaz Bingöl, T., & Tel, H. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1–6.
- Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery*, 62(April 2017), 151–160. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.005>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The inventory to diagnose depression, lifetime version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(5), 495–499. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02824.x>
- Zung, W. W. K. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. İçinde *Assessment of Depression* (ss. 221–231). Berlin, Heidelberg: Springer . https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_21

EKLER

EK A

ÖLÇEKLERİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

1.1. Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ; Engindeniz vd., 1996)

Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Engindeniz, Küey ve Kültür (1996) tarafından yapılmıştır. Postpartum depresif belirtilerini tespit etmekte en yaygın olarak kullanılan ölçeklerin başında EPDÖ gelmektedir (Gibson vd., 2009). PPD'nin duygusal ve bilişsel semptomlarını sorgulayan, somatik semptomları dışlayan on kısa maddeden oluşmaktadır. Sadece bir madde doğum sonrası dönemden kaynaklanabileceği içi uyku zorluklarını sorgulamaktadır (Boyd vd., 2005). EPDÖ döneme özgü bir genel tarama ölçeği olduğundan, farklı depresyon türlerini ve seviyesini ayırt etmez (Sabuncuoğlu & Berkem, 2006). EPDÖ'nün amacı katılımcılara tanı koymaktan ziyade doğum sonrası dönemdeki depresyon riskini belirlemektir. Ölçeğin geliştiricileri (Cox vd., 1987) tarafından depresyon riskini ölçmek için kabul edilebilir kesme puanı ≥ 13 olarak belirlenmiştir. Murray ve Carothers'ın (1990) yaptıkları çalışmanın sonucunda 12/13'ü "muhtemel depresyonun" ve 9/10'u "olası depresyonun" kesme noktası olarak önermiştir. Farklı kültürlerde yapılmış çalışmalar EPDÖ'nün doğum sonrasındaki depresif ruh halini belirlemede geçerli bir araç olduğunu göstermektedir (Boyd vd., 2005). EPDÖ'yü uygulamak için ilk zamanlama doğumdan sonraki ilk 4-6 hafta arası olmakla beraber hamilelik sürecinde kullanımının da istatistiksel anlamda geçerliliği vardır (Cox vd., 1996; Sit & Wisner, 2010). Ölçeği geliştirme çalışmasında iki yarım test güvenilirliği 0.88 olarak ve standardize edilmiş α katsayısı 0.87 olarak, duyarlılığı ve özgüllüğü sırası ile %85 ve %77 olarak saptanmıştır (Cox vd., 1987). Türkçe adaptasyon çalışmasında geçerliliğini test etmek için EPDÖ, Genel Sağlık Anketi ile karşılaştırılmış ve aralarındaki korelasyon .70 olarak bulunmuştur (Engindeniz vd., 1996). Aynı çalışmada kesme noktası 13 olarak kabul edildiğinde iç tutarlılık Cronbach alfa kat sayısı 0.79, ve iki yarım test güvenilirliği 0.80 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayıları

0.68-0.73 bulunurken, duyarlılık ve özgüllük sırası ile %84 ve %88 olarak bulunmuştur.

1.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSES; Korkmaz, 1996)

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş olan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması Korkmaz (1996) tarafından yapılmıştır. Öz değer ve öz kabulün genel duygularını ölçen 10 maddelik RSES tüm öz saygı ölçümlerinde en yaygın kullanılan ölçektir. Bu durum, ölçeğin sadeliğinin ve kısalığından kaynaklanabilir (Chiu, 1988). Soruların yarısı olumlu ifade içerir. Diğer yarısındaki negatif ifadeler ters olarak puanlanır. Katılımcılar cevaplarını dört dereceli Likert tipi üzerinden verirler: 1 = kesinlikle katılmıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum. Sinclair ve arkadaşlarının (2010) yaptığı geçerlilik çalışmasında Cronbach α katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Robins ve arkadaşlarının (2012) dört senelik boylamsal çalışması sonucunda RSES'in alfa güvenilirliği altı değerlendirme boyunca 0.88 ile 0.90 arasında değişiklik göstermiş, Tek Madde Benlik Saygısı Ölçeği (Single-Item Self-Esteem Scale) ile korelasyonu ise 0.72 ile 0.76 arasında değişmiştir. Korkmaz'ın (1996) Türkçe uyarlama çalışmasında, ölçeğin geçerliliği 0.54 olarak saptanmış, Coopersmith Öz Güven Envanteri ile incelenmesi sonucunda test-tekrar test güvenilirliği bir aylık dönemde .70 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunun, psikiyatrik görüşme sonuçları arasındaki korelasyonu, geçerliliği için 0.71 olarak bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 1986).

1.3. Genel Öz Yetkinlik Ölçeği (GSE; Çelikkaleli ve Çapri, 2008)

Jerusalem ve Schwarzer (1992) tarafından geliştirilmiş olan GSE, her türlü stresli yaşam olayını deneyimledikten sonra gündelik için oluşturulmuştur. "Genel öz yetkinlik" kavramının kökeni Bandura'nın (1999) Sosyal Bilişsel Teorisidir. Ölçekte bulunan her ifade, içselleştirilmiş istikrarlı bir özelliğin sonucu olarak gösterilen pozitif başa çıkmayı ölçer (Suman & Malhotra, 2016). Ölçeğin karakteristik maddesi "Güç sorunların çözümünü eğer gayret edersem bulabilirim" maddesidir. Schwarzer ve Schroder (1997) tarafından Almanya, Kosta Rika ve Çin'den katılımcılarla yapılan ilk güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasına göre iç tutarlılıklar sırasıyla 0.84, 0.81 ve 0.91 olarak bulunmuştur. Bu ölçüm aleti genel yetişkin nüfusu ile kullanılmak üzere

geliştirilmiştir. Suman ve Malhotra'nın (2016) ruhsal açıdan sağlıklı yetişkinlerle ile yaptığı çalışmada GSE'nin Cronbach'ın alfa değeri 0.76-0.90 arasında değişmektedir. GSE'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Çelikkaleli ve Çapri (2008) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın bulguları, GSE'nin varyansın %45.78'ini açıklayan tek faktörlü bir ölçek olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik analizinde test-tekrar test güvenilirliği 0.87; test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.92 olarak bulunmuştur. GSE ile Aday Öğretmenin Kendine İlişkin Yeterlik İnancı Ölçeği (AÖKIYİÖ) arasındaki korelasyon 0.46 olarak bulunmuştur, madde-toplam korelasyonları 0.47 ile 0.66 arasında değiştiği gözlemlenmiştir.

1.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS; Eker, Arkar ve Yıldız, 2001)

Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, sosyal çevreden gelen sosyal desteğin nasıl algılandığını ölçmektedir. Toplamda 12 maddeden oluşan ölçeğin içerdiği aile (1, 2, 7, 10. maddeler), arkadaşlar (3, 4, 8, 12. maddeler) ve özel insan (5, 6, 9, 11. maddeler) alt ölçekleri sosyal desteğin 3 farklı kaynağını ölçmektedir. Ölçeğin cevapları 7'li Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlaması, verilen cevapların madde sayısına bölünmesi ile bulunur. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 1 ile 7 arasında, ölçekten toplamda alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 3 ile 21 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerde 1 – 2,9 arası puan almak düşük düzeyde destek, 3 – 5 arası puan almak orta düzeyde destek ve 5,1 – 7 arası puan almak yüksek düzeyde destek anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplamında 3 – 8,9 arası puan almak düşük düzeyde destek 9 – 15 arası puan almak orta düzeyde destek ve 15,1 – 21 arası puan almak yüksek düzeyde destek anlamına gelmektedir (Zimet vd., 1988). Zimet ve arkadaşlarının (1988) çalışmasının sonuçlarına göre ölçeğin genel anlamda geçerliliği 0.88 olarak; aile, arkadaş ve özel insan alt ölçek kategorilerinin geçerlilikleri sırası ile 0.87, 0.85 ve 0.91 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan bir grup iki ve üç ay sonra tekrar teste edilmiş ve test- tekrar test alt ölçek sonuçları aile için 0.85, arkadaş için 0.75 ve özel insan için 0.72 olarak elde edilmiştir (Zimet vd., 1988). MSPSS'in Türkçe adaptasyonu Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir. Adaptasyon sürecinin bir parçası olarak yapılan çalışmalarda “özel insan” kategorisinin Türk toplumunda “romantik ilişki” olarak algılandığı saptanmıştır. Bu sebeple, özel insan

kategorisine açıklama ekleme gereği duymuşlardır. Bu kısım “flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor” ile örneklendirilmiştir. Eker ve arkadaşları (2001), üç farklı örnekleme bulduğu Cronbach Alpha değerleri 0.80 ile 0.95 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada MSPSS ile Harter tarafından geliştirilen Çocuklar ve Gençler için Sosyal Destek Ölçeği arasındaki geçerlilik katsayısı ise 0.69 olarak bulunmuştur.

1.5. Doğum Memnuniyet Ölçeği (DMÖ; Coşar Çetin, Sezer ve Doğan Merih, 2015)

Hollins Martin ve Fleming (Hollins Martin & Fleming, 2011) tarafından geliştirilen Doğum Memnuniyeti Ölçeği kadınların doğum tecrübeleri hakkında bilgi toplamak için özel olarak kullanılan nicel bir ölçektir. DMÖ geliştirilirken literatürdeki mevcut bilgiler dikkate alınmıştır. Bunun ışığında ölçek, farklı alt başlıklara sahip üç kapsayıcı temadan oluşmaktadır: (1) bakım hizmetinin kalitesi (ev değerlendirmesi, doğum ortamı, yeterli destek, sağlık hizmetleri uzmanlarıyla ilişkiler), (2) kadınların kişisel özellikler (doğum sırasında başa çıkabilme becerisi, kontrol altında hissetme, doğum için hazırlık, bebekle ilişki) ve (3) doğum sırasında yaşanan stres (doğum sırasında yaşanan sıkıntı, obstetrik yaralanma, yeterli tıbbi bakım alma algısı, obstetrik bir müdahalenin alınması, yaşanan ağrı, uzun süren doğum, bebeğin sağlığı). DMÖ'nün Türkçe uyarlama çalışması Coşar Çetin, Sezer ve Doğan Merih (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada DMÖ'nün iç tutarlılığı, Cronbach alfa katsayısı 0.62, içerik geçerliliği 0.12, yapı geçerliği 0.65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yarım test korelasyon katsayıları $r = 0.41$ ve $r = 0.42$ olarak hesaplanmıştır. DMÖ'nün Türkçe versiyonu, Türk örneklemede kullanmak için güvenilir ve geçerli bulunmuştur.

EK B

Kişisel Bilgileriniz

1. Doğum tarihiniz
2. Bebeğinizin doğum tarihi
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Yüksekokul/Lisans/Lisansüstü
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Yüksekokul/Lisans/Lisansüstü
5. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Size göre ailenizin gelir durumu gider durumu
 - a. Geliri giderden az
 - b. Geliri gidere eşit
 - c. Geliri giderden fazla
7. Doğumdan önce gelir getiren bir işte çalışıyor muydunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
8. Hamilelikte çalışmaya devam ettiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır
9. Doğumdan sonra işe ne zaman geri dönmeyi planlıyorsunuz ...
10. Medeni haliniz nedir?
 - a. Evli
 - b. Bekar
11. Evlenme yaşıınız
12. Resmi nikahınız var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
13. Kaçınıcı gebeliğiniz
14. Toplam gebelik sayınız
15. Yaşayan çocuk sayısı
16. Bu gebeliğinizi planlanmış mıydınız ve/ya istenilen bir gebelik miydi?
 - a. Evet
 - b. Hayır

17. Bebeğinizin cinsiyeti
 - a. Kız
 - b. Erkek
18. Bebeğinizin cinsiyeti beklentinize uygun muydu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
19. Hamileliğiniz sırasında yasadışı ilaç/madde kullandınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
20. Hamileliğinizin kaçınıcı haftasında doğum yaptınız?
 - a. 36. hafta ve öncesi
 - b. 37. – 42. hafta
21. Doğum şekliniz nedir?
 - a. Normal doğum
 - b. Sezaryen
22. Bebeğinizin gelişimsel yetersizliği veya ciddi hastalığı var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
23. Bebeğinizi besleme şekliniz nedir?
 - a. Emzirme
 - b. Mama
 - c. Her ikisi de
24. Bebeğinizin doğum kilosuna
 - a. 1500 gram ve altı
 - b. 1500 gram üstü
25. Depresyon geçmişiniz var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

EK C

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

İbn Haldun Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Feyzanur Taştekné tarafından yürütölen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın 2018.226.IRB3.159 sayılı onayı ile izin verilen, "Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri" başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI (Neden böyle bir araştırma yapmaya gerek duyuldu?)

Toplum nazarında anne olmak her zaman mutlu olmak ile eşdeğer kabul edilmiştir. Ancak, bazı durumlarda bu "pembe" dönem yerini anneler için "hüzne" de bırakabilmektedir. Yeni doğum yapmış anneler doğumdan sonraki ilk yıl içinde duygulanım bozuklukları açısından risk altında olduğu bilirse de ruhsal sağlıklarının takibi yeterli düzeyde değildir. Depresyondaki anne, bebeğın ve kendi temel gereksinimlerinin çoğunu temin etmekte önemli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Doğum sonrası depresyonun erken tanılanmasının en önemli amacı, depresyonu olan annenin ve bebeğın sağlığını korumak ve bebeğın gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir. Bu durum, doğum sonrası depresyonun gelişimindeki risk faktörlerini ve koruyucu faktörlerin belirlenmesini önemli kılmaktadır. Bu çalışma, sağlıklı Türk annelerinin profilini belirleyerek, bu ihtiyaca cevap vermeyi amaçlamaktadır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütölecek çalışma şöyledir:

Size, üç ayrı başlık altında yönlendirilecek soruları yanıtlamanız beklenmektedir. Gizlilik ilkesi gereğince kimliğiniz hakkında sorular sorulmayacaktır, araştırmacı verilen cevapların kime ait olduğunu bilmeyecektir. Araştırmamızın sonunda, doğum sonrası depresyon geliştirme riski olan katılımcılarımızın destek gerektirebilecek durumlar tespit edildiğinde desteğe ulaşabilecekleri mercilere yönlendirilecektir. Gerekli yönlendirmelerin yapılabilmesi için **iletişim bilgilerinizi** bizimle paylaşmanızı rica etmekteyiz. Bu sebeple, araştırmamızın güvenilirliği açısından olabildiğince dürüst cevaplamanızı ve boş soru bırakmamanızı rica ederiz.

Cevaplamanız beklenen soruların 25 dakika sürmesi tahmin edilmektedir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bizimle kişisel bilgilerinizi paylaşmanız, kendi mahrem bilginizi paylaşmanız açısından minimal düzeyde etik risk taşımaktadır. Ancak bizimle paylaşacağınız tüm bilgiler araştırmacı tarafından korunarak üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışma bunun dışında günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI

Bu araştırmaya katılarak, yeni anneler için önemli bir risk teşkil eden doğum sonrası depresyonun gelişimindeki faktörleri keşfetmeyi amaçlayan bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmuş olacaksınız. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bulgular ile toplum nazarında farkındalık oluşturulmak hedeflenmektedir. Elde edilen sonuçlar yeni anne adaylarını hamilelik sürecinde bilgilendirmek için kullanılacaktır.

Araştırmamız, doğum sonrası depresyonun gelişimini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Araştırmamız süresinde, doğum sonrası depresyonu tanımlamamız durumunda, size psikolojik desteğe erişmek için gerekli tavsiyeleri vereceğiz. Böylece erken müdahale edilen olguların ilerleyen dönemde daha şiddetli bir ruhsal probleme yakalanmaları önlenecektir.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Elde edilecek veriler yalnızca bu bilimsel çalışmada kullanılacaktır. Bu bilgilere yalnızca deney sorumlusunun erişimi olacaktır. Veriler deney sorumlusunun şifreli bilgisayarında korunacaktır. (Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 2011, madde 6)

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŐTIRMACININ KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endiŐenez varsa, lütfen iletiŐime geçiniz:

Araştırmanın sorumlusu: Feyzanur Taştekne

Telefon: 05xx xxx xxx xx xx

e-mail: feyzatastekne@ibnhaldun.edu.tr

Adres: Ulubatlı Hasan Cad. No:2

34494 BaŐakŐehir/ İŐstanbul

Yukarıda yapılan aŐıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım Őekilde yanıtlandı. DilediĐim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koŐulu ile bu ćalıŐmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı telefon numarası

Katılımcı mail adresi

Katılımcı İmzası

Tarih

AraŐtırmacının İmzası

Tarih

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Feyzanur Tastekne

E-mail (1): feyza.tastekne@ibnhaldun.edu.tr

E-mail (2): feyzanurtastekne@gmail.com

Eğitim:

2012 – 2017Psikoloji Lisans Programı, İstanbul Şehir Üniversitesi, Türkiye

Araştırma Deneyimi:

2016-2017Conceptualizing Death: How Do Children in Turkey Understand Death

Ocak 2019-halenİstanbul'daki Suriye Kökenli Mülteci Ergenlerin Psikolojik Sağlamlığı Araştırması

Staj Deneyimi:

Ağustos - Ekim 2017.....YEDAM Yeşilay Danışmanlık Merkezi

Temmuz 2018-Ağustos 2019.....İPAM İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi

Yabancı Dil:

İngilizce ve Arapça