

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ANNELERİN DEPRESYON BELİRTİLERİNİN
BEBEK BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

Salih GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ANNELERİN DEPRESYON BELİRTİLERİNİN
BEBEK BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

Salih GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Arzu AKCAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 21/06/2017

İmza

Tez Danışmanı : Yard. Doç. Dr. Arzu AKCAN
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Selma ÖNCEL
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Yard. Doç. Dr. Ayşe MEYDANLIOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Yard. Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK
Kırıkkale Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

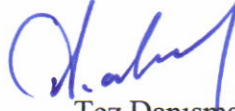
Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Salih GÜLER



Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. Arzu AKCAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince her aşamada bilgi ve tecrübeleriyle rehberlik eden, destek veren ve özveri gösteren değerli danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Arzu AKCAN'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince gelişimime önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM ve Prof. Dr. Selma ÖNCEL'e,

Ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca sağladıkları katkılardan dolayı Sayın Yard. Doç. Dr. Ayla TUZCU ve Yard. Doç. Dr. Ayşe MEYDANLIOĞLU'na,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ndeki tüm sağlık çalışanlarına,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sabır, anlayış ve desteklerini sunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım-3 Kliniği hemşirelerine,

Her zaman ve her koşulda beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen anneme ve babama,

Gösterdiği özveri, anlayış ve güleryüzüyle hep yanımda olduğunu hissettiren yol arkadaşım Elif ALTEN'e teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, annelerin depresyon belirtilerinin bebek bakım sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve analitik tipte olan bu çalışma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı, altı aylık bebeği olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 229 anne ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği ve Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde, Pearson ki- kare, Mann-Whitney U, Fisher'in kesin ki- kare, Pearson korelasyon ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda annelerin %37.1'inin depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerin, göstermeyen annelere göre bebeklerinin boy ve kilo ortalamalarının, bebeği emzirme oranı ve süresinin, bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Depresif belirtiler göstermeyen annelerin, gösteren annelere göre bebeğin aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince bebeği aile sağlığı merkezine getirme ve bebekte herhangi bir sağlık problemi görüldüğünde, zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine depresif belirtiler göstermeyen annelerin gösteren annelere göre bebeğe D vitamini ile demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme ve sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere tam uyumlu olma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda EDSDÖ'den alınan puan arttıkça, annelerin bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanının azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, postpartum depresyon açısından risk taşıyan annelerin, yapılan taramalarla erken tanısı, tedavisi ve kontrolünün sağlanması, yetersiz bakım nedeniyle bebeğin büyüme-gelişme durumunun olumsuz olarak etkilenmesinin önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, bebek bakımı, bebek sağlığı

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to evaluate the effect of maternal depressive symptoms on the outcome of infant care.

Method: This study was conducted as a cross-sectional and analytical study with 229 mothers voluntarily participated in the study who had six months old children and who were enrolled in a family health center. The data were obtained using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Problem Solving Skills Assessment Form, "My Care Status of My Baby Care Issues" Scale and Mother and Baby Descriptive Characteristics and Mother's Protective Health Behavior Question Form. During the analysis of the data, Pearson's chi-square test, Mann-Whitney U, Fisher's exact test, Pearson correlation and t-test were used.

Results: As a result of the study, it was determined 37.1% of the mothers showed depressive symptoms. Mothers with depressive symptoms were found to have lower baby height and weight averages, baby breastfeeding rate and duration, baby care skills, baby screening skills and care-screening total skill scores compared to mothers who did not show these indications. Compared to mothers who show symptoms, mothers who do not show depressive symptoms were found to be more likely to follow the vaccination history of their babies, to bring the baby to the family health center when the time comes, and to take it to the health institution without losing any time when any health problem is monitored with the baby. Again, it was determined that compared to the mothers with depressive symptoms mothers without them had a higher rate of giving vitamin D and iron drops regularly and at the appropriate amount to their babies and also being full compliance with the recommendation given regarding the baby by the health personnel. Meanwhile, it was determined that as the score on the EPDS increased, maternal infant care skills, baby screening skills and care-screening total skill scores decreased.

Conclusion: This study is important in terms of providing early diagnosis, treatment and control of the mothers at risk for postpartum depression as well as avoiding adversely affecting the growth and development of the baby due to inadequate care.

Key words: Postpartum depression, infant care, infant health

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Postpartum Dönem	3
2.2. Annelik Hüzünü	4
2.3. Postpartum Psikoz	5
2.4. Postpartum Depresyon	7
2.4.1. Tanım, Epidemiyoloji ve Tanılama Araçları	7
2.4.2. Risk faktörleri ve Etiyoloji	9
2.4.3. Semptomlar	16
2.4.4. Tedavi	18
2.5. Postpartum Depresyon ile Bebek Bakım Sonuçları Arasındaki İlişki	20
2.6. Bebeklerde Büyümenin İzlenmesi	23
2.7. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı	26

3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni	35
3.4. Araştırmanın Örneklemi	35
3.5. Araştırma Soruları	36
3.6. Veri Toplama Araçları	37
3.6. 1. Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu	37
3.6.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	38
3.6.3. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği	38
3.7. Verilerin Toplanması	39
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	43
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
3.12. Çalışma Planı	44
4. BULGULAR	45
4.1. Postpartum Depresyon Prevalansı	45
4.2. Annelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Gebelik ve Doğum Sürecindeki Sağlık Göstergelerine İlişkin Bulgular	46
4.3. Bebeklerin Büyüme ve Emzirilme Durumlarına İlişkin Bulgular	49

4.4. Annelerin Bebek Sağlığını Korumaya Yönelik Davranışları ve Bebek ile Olan Etkileşimlerine İlişkin Bulgular	51
5. TARTIŞMA	57
5.1. Postpartum Depresyon Prevalansının ve Annelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi	57
5.2. Annelerin Gebelik ve Doğumla İlişkili Bazı Obstetrik Değişkenleri ile Gebelikte Sağlığı Koruyucu Tutum ve Davranışlarının Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi	60
5.3. Bebeğin Büyüme ve Emzirilme Göstergelerinin Annelerin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi	63
5.4. Annelerin Bebek Sağlığını Korumaya Yönelik Davranışları ve Bebek ile Olan Etkileşimlerinin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	72

EKLER

EK-1 : Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu

EK-2: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EK-3: Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği

EK-4: Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Kararı

EK-5: Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü Kurumu İzin Kararı

EK-6: Aydınlatılmış Onam Formu

EK-7: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

EK-8: Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ

111



TABLULAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. Büyüme duraklaması ölçütleri	25
2.7. Postpartum depresyona yönelik olası hemşirelik tanıları	33
3.1. Bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bebek bakım-tarama beceri puan ortalamaları baz alınarak hesaplanan çalışmanın gücü ve etki büyüklüğü	36
3.2. Araştırmada değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler	42
3.3. Tez çalışmasının takvimsel akış çizelgesi	44
4.1. Annelerin EDSDÖ puanlarına göre karşılaştırılması ve gruplandırılması	45
4.2. Annelerin yaş, öğrenim ve çalışma gibi özelliklerinin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	46
4.3. Gebelik ve doğumla ilişkili bazı obstetrik değişkenlerin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	47
4.4. Annelerin gebelikte sağlığı koruyucu davranışlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	48
4.5. Bebeklerin bazı antropometrik ölçümlerinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	49
4.6. Bebeği emzirme durumu ve süresinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	50
4.7. Bebekte Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) kontrolü amaçlı ultrason yaptırma durumları açısından depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin karşılaştırılması	51

4.8. Annelerin bebek sağlığını koruyucu davranışlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	53
4.9. Annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puan ortalamalarının karşılaştırılması	56
4.10. Annelerin EDSDÖ puanları ile bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları arasındaki ilişki	56



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. Annelerin EDSDÖ puanlarına göre dağılımı	45
4.2. Annelerin öğrenim durumlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre dağılımı	46
4.3. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin emzirme durumlarının dağılımı	50
4.4. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebekte GKD kontrolü amaçlı ultrason yaptırma oranlarının dağılımı	51
4.5. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebeğe D vitamini damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumlarının dağılımı	54
4.6. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebeğe demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumlarının dağılımı	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDT	: Bilişsel-davranışçı terapi
DSM- IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depression Scale
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
GKD	: Gelişimsel Kalça Displazisi
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
LbL	: Linear by Linear Association
maks	: Maksimum
min	: Minimum
NE	: Norepinefrin
NCHS	: Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
ort	: Ortalama
PPD	: Postpartum Depresyon
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

SS	: Standart Sapma
SSGi	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
\bar{X}	: Ortalama
5-HT	: Serotonin
χ^2	: Ki-kare



1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, bir kadının ruhsal ve fiziksel sağlıklı olma halini etkileyen faktörlerin tümünü kapsamaktadır (Güney ve ark., 2014). Lohusalık dönemi kadın sağlığı açısından en özel dönemlerden biridir (Akdeniz ve Aldemir 2009). Hatta doğum sonrası ilk yıl psikiyatrik açıdan oldukça riskli bir dönemdir (Newport ve ark., 2002; Erdem ve Bucaktepe, 2012). Doğum sonu dönem kadın için bebek bakımı vermek, bebek için güvenli yaşanabilir bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni roller öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili çıkan problemlerle baş etmek zorunda olmasından kaynaklı, yeni roller ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreçtir (Moses-Kolko EL ve ark., 2004; Beydağ, 2007). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolayca adapte olurken, bir kısmında ise psikiyatrik sorunlar gelişebilmektedir (Puget ve ark., 2005). Postpartum ilk 6-12 aylık dönemde görülen majör depresyonla karakterize duygudurum bozukluğu, postpartum depresyon (PPD) olarak adlandırılmaktadır (Durham ve Chapman, 2014). Ülkemizde PPD sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında prevalansın %14-40 arasında değiştii görülmektedir (Danacı ve ark., 2002; Ekuklu ve ark., 2004; Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Efe ve ark., 2009; Kırpınar ve ark., 2010; Gümüş ve ark., 2012; Demir ve ark., 2016).

Bebeklere primer bakım veren kişiler genellikle anneler olduğu için postpartum dönemde anne- çocuk etkileşimi, çocukların büyüme ve gelişimi açısından önemli bir etkiye sahiptir (Surkan ve ark., 2016). Postpartum depresyon yaşayan anneler bebeğiyle emosyonel açıdan bağ kurmada zorluk çeker, bebeğiyle arasındaki etkileşim bozulur ve bebek bakımında aksamalar meydana gelir (Yıldırım, 2004; Tezel, 2006). Depresyondaki annede, bozuk ebeveynlik davranışları görülerek, bebek sağlığını koruyucu ve bakım verici davranışlarda problemler yaşandığı belirtilmektedir. Böylece depresif annelerin çocuklarında sosyal, davranışsal, emosyonel ve bilişsel olarak bozukluklar görülmektedir (Beck, 1998b; Gress- Smith ve ark., 2012; Surkan ve ark., 2016). Aynı zamanda yapılan çalışmalarda depresyondaki annelerin çocuklarında büyüme ve gelişmede gecikmeler görüldüğu bildirilmektedir (Salgın ve ark., 2007; Adewuya ve ark., 2008; Black ve ark., 2009; Wojcicki ve ark., 2011; Dönmez ve Bükülmez; 2015). Rahman ve ark.'nın (2016) yaptıkları bir çalışmada depresyondaki annelerin, depresyonda olmayan annelere

göre bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise üç yaş altı çocukları olan depresif annelerin acil durumlar için hastaneyi kullanma durumlarının daha fazla olduğu saptanırken, bebeği aşılama oranlarının ise daha az olduğu görülmüştür (Minkovitz ve ark., 2005). Ganalı annelerle yapılan bir kohort çalışmasında ise PPD ile bebek ölümleri arasında yüksek oranda bir ilişki bulunarak, depresyon sorunu yaşayan annelerin bebeklerinde ölüm riskinin 2.86 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Weobong ve ark., 2011). Gress-Smith ve ark. (2012) postpartum 5. ay ile 9. ayı karşılaştırdıkları çalışmalarında, 5. aydan 9. aya kadar olan süreçte depresyondaki annelerin bebeklerinde kilo artışında azalma, fiziksel sağlık sorunlarında ve gece uyanma durumlarında artma olduğu saptanmıştır.

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşımaktan dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, PPD tablosunun saptanmasını güçleştirerek, gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (Munoz ve ark., 2006; Durukan, 2007). Postpartum depresyonun saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tanı konulamadığı için tedavi edilememiş depresyonu olan annelerin, çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkilemesini önlemektir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Bu nedenle gebe ve loğusa izlemlerini yapan aile sağlığı elemanlarına, izlemler sırasında annede depresyon durumunun varlığını değerlendirmede önemli sorumluluklar düşmektedir (Tezel ve Gözüm, 2005; Munoz ve ark., 2006). Postpartum depresyon yaşayan annelerin çocuklarında büyüme-gelişme gerilikleri ve çeşitli sağlık sorunları görülebilmesi açısından, PPD dikkate alınması gereken önemli bir halk sağlığı problemidir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında PPD'nin emzirmeye, bebeğin büyüme ve gelişmesine etkisine yönelik çalışmalarla karşılaşılmaktadır (Salgın ve ark., 2007; Ulusoy, 2010; Beyca ve ark., 2014; Özkan ve ark., 2014; Dönmez ve Bükülmez, 2015). Literatürde annenin bebek bakım ve bebek tarama becerisi ile gebelik ve doğum sonrası süreçte hem kendi sağlığını hemde bebeğinin sağlığını koruyucu davranışlarını gösteren çalışmalara rastlanamamıştır. Bu yönde bir bakış açısıyla ulaşılabilecek sonuçlar, toplumun geleceğini oluşturan çocukların korunması, sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir gelecek yaratılabilmesi açısından önemlidir. Bu araştırmada, annelerde görülen postpartum depresyon belirtilerinin bebek bakım sonuçlarına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Dönem

Doğumla başlayan ve yaklaşık altı hafta süren postpartum dönem, kadının fiziksel ve psikolojik olarak kendini yeniden düzenlediği ve gebelik öncesi durumuna dönmeye çalıştığı dönemdir. Doğum eyleminin son aşamasında plasentanın ayrılmasıyla, hormon baskısından kurtulan annenin vücudunda, anatomik ve fizyolojik olarak bazı değişiklikler ortaya çıkar. Doğum sonrası, uterus involüsyonu, endometrial rejenerasyon ile genital organlarda, kardiovasküler, gastrointestinal ve üriner sistemde gerileyici, laktasyona hazırlanan memelerde ise ilerleyici değişiklikler meydana gelir. Bu süreçte ilk 3-4 gün çok belirgin olan bu değişiklikler yaklaşık altı hafta sonra tamamlanmış olur. Ancak, yaşanan gebelik ve doğum bazı karakteristik izler bıraktığı için eski duruma dönüş tam değildir (Dennis ve Dowswell, 2013; Seven ve Akyüz, 2013; Durham ve Chapman, 2014). Plasentanın doğumuyla başlayan, gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı-sekiz haftalık lohusalık ve emzirme dönemini de kapsayan doğum sonrası ilk bir yıllık dönem, psikiyatrik tabloların görülebildiği riskli bir dönemdir (Newport ve ark., 2002; Mucuk ve ark., 2002).

Gebelik ve doğum normal fizyolojik bir olay olarak kabul edilse ve herhangi bir komplikasyon gelişirse de gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerden anneler olumsuz etkilenebilmektedir (Chaudron, 2000; Akın, 2001). Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel, hoş bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından dikkatle üzerinde durulması gereken önemli bir dönemdir (Yıldırım ve ark, 2004). Doğum sonrası kadının anneliğe adaptasyonu stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanı sıra çevrenin, kadından iyi bir anne olmasını beklemesi stresi artırır (<http://kutuphanem.bilgievi.gen.tr/indir.aspx?id=24424>, Erişim tarihi: 08/10/15). Postpartum dönemde görülen duygudurum bozuklukları, annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz şeklinde karşımıza çıkmakta olup, klinik seyir ve tedavi açısından postpartum depresyon ve postpartum psikoz özellikle dikkat edilmesi gereken iki majör bozukluktur (Durham ve Chapman, 2014).

2.2. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, doğum sonu dönemde ağlama, düşünmede güçlük ve yorgunluk ile karakterize üçüncü gün depresyonu olarak tanımlanmıştır (Gonidakis ve ark., 2007). Annelik hüznü (maternity blues, baby blues), postpartum ikinci ya da dördüncü günlerde ortaya çıkan, birkaç saatten iki haftaya kadar uzayabilen, müdahaleye gerek duyulmayan geçici duygusal değişikliklerdir (Karamustafalıoğlu ve ark., 2000). Annelik hüznü yeni doğum yapmış kadınların yaklaşık %50-80'ini etkileyen doğum sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir (Özdemir ve ark., 2008; Marakoğlu ve ark., 2009).

Adewuya (2005) Nijeryalı kadınlarla yaptığı çalışmada annelik hüznüyle ilgili risk faktörlerini evliliğin durumu, doğum sayısı, gebelik sırasında hastaneye kabul edilme, gebelik sırasında duygudurum bozukluğu yaşama, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum ağırlığı, bekar olma, sosyal desteğin azlığı olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda kadının kendi annesi ile çatışması ya da aşırı anne bağımlılığı kadının annelik rolünün kabulünü güçleştirmektedir. Öz geçmişinde veya soy geçmişinde depresyon ya da premenstrual disfori öyküsü olması da annelik hüznü gelişim riskini artırmaktadır (Yılmaz ve Öncel, 2009). Zayıf aile ve/veya evlilik bağları ile gebelik öncesi dönemdeki ve gebelik sırasındaki duygudurum bozuklukları da annelik hüznü açısından risk faktörleri arasındadır (Akdeniz ve Aldemir, 2009).

Annelik hüznünün patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Annelik hüznünün başlangıcının doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eş zamanlı olması, bu durumun endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir. (Bloch ve ark., 2003; Akdeniz ve Aldemir, 2009). Antenatal progesteron düzeyi ve postpartum progesteron düzeyi arasında büyük farklılıklar olan kadınlarda anksiyete ve depresyon oranının daha yüksek olduğu, huzursuzluk görüldüğü belirtilmektedir (Yılmaz ve Öncel, 2009). Sık görülmesine rağmen, bu bozuklukla ilgili fikir birliği oluşmuş tanı ölçütleri veya değerlendirme ölçekleri yoktur (Seyfried ve Marcus, 2003).

Annelik hüznü yaşayan kadınlarda görülen belirtiler genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, hassasiyet anksiyete, irritabilite, sinirlilik, duygudurumunda hızlı değişiklik, baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder şeklindedir (Yanikkerem ve Karadeniz, 2006; Akdeniz ve Aldemir, 2009; Marakoğlu ve ark.,

2009). Annelik hüznü ile ilişkili diğer semptomlar hafıza bozuklukları, çaresizlik hissi, konfüzyon, bebeğe karşı ilgi eksikliği, depersonalizasyon, iştah kaybı, eşe karşı düşmanca tutumlar, yorgunluk, huzursuzluk ve gerginlik, bebeğin ve kendinin bakımı konusunda endişe olarak sıralanabilir (Yanikkerem ve Karadeniz, 2006; Altinel, 2008; Yüksekol ve ark., 2014). Yapılan bir araştırmada, annelerin %62'sinin annelik hüznü belirtilerini 1. veya 2. günde, %25'inin 3- 4. günlerde, %13'ünün 5- 6. günlerde deneyimledikleri belirlenmiştir. Aynı araştırmada özellikle ağlama, baş ağrısı, hayal kurma, yorgunluk ve iştahsızlık belirtilerinin 5. günde pik yaptığı, depresyon belirtileri ve konsantrasyon azlığının ise 2. ve 5. günler arasında pik yaptığı ifade edilmiştir (Hau ve Levy, 2003). Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle 2 hafta içinde iyileşmekte ve tedavi gerekmemektedir. Ancak annelik hüznü belirtilerinin 2 haftadan uzun sürmesi durumunun annede postpartum depresyon ve psikoz gelişmesi riski açısından önemli olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle doğum öncesi tüm kadınlar annelik hüznü belirtileri konusunda eğitilmeli, bu durumun sık görüldüğü ve geçici olduğu konusunda bilgi verilmeli ve belirtilerin 2 hafta içinde geçmemesi durumunda doktora başvurmaları önerilmelidir (Cox ve ark., 1982; Kelly ve Deakin, 1992; Akdeniz ve Aldemir, 2009; Marakoğlu ve ark., 2009). Duygusal destek gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (Erdem ve Bez, 2009).

2.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz genellikle bipolar bozukluk ile bağlantılı postpartum duygudurum bozukluklarının en ciddi şeklidir. Doğum sonrası psikoz nadir görülen bir doğum sonrası duygudurum bozukluğu olup doğum yapan her 1000 kadından 1-2'sinde görülmektedir. Semptomlar postpartum 3. gün gibi erken bir dönemde görülebilir (Durham ve Chapman, 2014). Doğum sonrası psikoz sıklıkla doğumdan sonraki 3-14. günlerde görülmekle birlikte %80'inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır. Postpartum psikoz sıklıkla depresif ruh hali, hezeyanlar ve annenin kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile seyreden bir sendromdur (Erdem ve Bez, 2014). Şizofreni veya bipolar bozukluk öyküsü olan kadınlar postpartum psikoz açısından yüksek risk altındadırlar (Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000; Akdeniz ve Gönül, 2004). Lohusalık döneminde olsun ya da olmasın, daha önce psikoz ve duygudurum bozukluğu öyküsü bulunanlar, özellikle ailede bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar risk grubu olarak kabul

edilmektedir (Erdem ve Bez, 2014; Durham ve Chapman, 2014). Aynı zamanda primipar anneler, postpartum psikozun sık görülmesi nedeniyle risk grubuna girmektedir. Yapılan bir çalışmada anne yaşının büyük olmasının da postpartum psikoz riskini artırdığı yönünde bir bulguya rastlanmıştır (Valdimarsdótti ve ark., 2009). Aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada doğum sonrası psikoz gelişen anneler arasında cerrahi operasyonlar geçiren, steroid ve bromokriptin türü ilaç kullanan ve tirotoksikoz geçirenlerin sayısının fazla olması bu durumların risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Brockington, 2017). Doğum sonrası psikozun patofizyolojisine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerindeki ani düşüşün psikoza yol açabileceği ileri sürülmüştür. Gebelik sırasında yaşanan evlilik yaşantısındaki anlaşmazlıkların postpartum psikoz sıklığının artmasına yol açabileceği belirtilmektedir (Seyfried ve Marcus, 2003; Erdem ve Bez, 2014).

Postpartum psikozda klinik olarak paranoya, bebekle ilişkili tuhaf sanrılar, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler, bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşüncesi, aşırı ajitasyon, uykusuzluk, yorgunluk, duygusal değişkenlik, bebekle güzel vakit geçirememesi hissi, konfüzyon, depersonalizasyon, disorganize davranışlar, dağınıklık, mantıksız ifadeler, varsanılar görülmektedir (Erdem ve Bez, 2014; Durham ve Chapman, 2014). Postpartum psikoz daha çok biyolojik etkenlere (dopamin, tryptophan, norepinefrin, serotonin'in azalması gibi) dayalı bir ruhsal bozukluk olup tanı konan kişiye intihar riski nedeniyle hızlı, etkin ve acil bir şekilde tedavi uygulanması gerekir. Bu nedenle primipar ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olan risk gruplarında erken tanı önemlidir. Anne hastaneye yatırılarak kendisine veya bebeğine zarar vermemesi sağlanacak şekilde tedavi edilmelidir (Balcıoğlu, 1999; Thome, 2000). Postpartum psikoz tedavisinde antidepresan ve antipsikotik ilaç tedavisi, psikoterapi, elektrokonvülsif terapi uygulanmaktadır (Durham ve Chapman, 2014). Aile sağlığı merkezinde (ASM) çalışan her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı kendisine rutin kontrol için gelen veya bebeğini doğumdan sonraki dönemde aşı veya neonatal tarama programı çerçevesinde topuk kanı aldırarak için getiren annelerle etkin bir iletişim kurarak, postpartum psikozun erken tanısı ve tedavisi için değerlendirme yapması büyük bir önem taşımaktadır. İşlemler ve muayeneler sırasında annenin tutum ve davranışları dikkatle izlenmelidir. Ayrıca fazladan ayrılacak az bir zaman ile annenin uyku

düzeni, iştahı, genel olarak morali ya da ruh hali, bebeği ile olan ilişkisi ve yöneltilen sorularla semptom görülme durumu sorgulanarak herhangi bir psikopatoloji düşünülüyorsa psikiyatri uzmanınca değerlendirilmesi sağlanmalıdır (Erdem ve Bez, 2014).

2.4. Postpartum Depresyon

2.4.1. Tanım, Epidemiyoloji ve Tanılama Araçları

Postpartum depresyon, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-DSM-V)'da depresyon bozuklukları arasında “Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu” başlığı içinde yer alan “doğum zamanı (peripartum) başlayan” majör depresif epizod şeklindeki duygudurum belirtilerinin, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkması şeklinde bir tanımlamanın kapsamı altında ele alınırken (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases-ICD-10)'nda ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları” ana başlığı altında “Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” bölümünde yer almaktadır (<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, Erişim tarihi: 11/05/15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; postpartum depresyon, doğum sonu ilk haftalarda ya da aylarda gelişen, bir yıl ya da daha fazla (2 yıla kadar) uzayabilen bir hastalıktır (WHO, 2008).

Postpartum depresyon bulguları doğum yapmayan kadınlardaki depresyondan farklı değildir. Bununla birlikte doğum sonrası depresyonda ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duygular daha ön plandadır (Kara ve ark., 2001). Postpartum depresyon, annelik hüznünde yaşanan belirtilerin yanı sıra depresif belirtilere, yoğun anksiyeteye ve intihar düşüncesine neden olabilen bir sendrom olması açısından önemlidir. Doğum sonrasındaki ilk günlerde görülen, annelik hüznünden ayırt edilmesi güç olabilir (Kara ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2004). Postpartum depresyonun diğer depresyonlara göre daha genç yaşta görüldüğü, özkıyım insidansının daha düşük olduğu, bu grupta doğum sonrası uyumun daha kötü olduğu, agresif obsesyonel düşüncelerin daha fazla olduğu ve bu grubun daha anksiyeteli olduğu bildirilmektedir (Seyfried ve Marcus, 2003).

Durukan'ın akt. göre; geriye yönelik epidemiyolojik taramalar ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı açısından, doğum sonu dönemin gebelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönem olmakla birlikte, bu sürenin altıncı aya kadar uzayabildiği belirtilerek, bu döneme dikkat çekilmiştir (Durukan, 2007). Postpartum depresyonun yaygınlığı için kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı değişik oranlar verilmekte ise de yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde geliştiği belirtilmektedir (Robertson ve ark., 2004; Bloch ve ark., 2006). Postpartum dönemde Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-DSM-IV) kriterleri esas alınarak, Yonkers ve ark. (2001) tarafından Amerika'da 802 kadınla yapılan bir çalışmada, doğum sonrası depresyon sıklığı %5.2 olarak bildirilmiştir. Türkiye'ninde dahil edildiği, Asya toplumlarında postpartum depresyon ile ilgili yapılan bir literatür incelemesinde, Asya ülkelerinde PPD sıklığının %3.5 ile %63.3 arasında değişmekte olduğu ve en düşük oranın Malezya'da, en yüksek oranın Pakistan'da görüldüğü bildirilmektedir (Klainin ve Arthur, 2009). Yapılan çalışmalarda, kadınlarda görülen PPD %30-54 oranında postpartum 6 aylık dönemde görülmektedir (Whiffen ve Gotlib, 1993; Campbell ve Cohn, 1997; Zelkowitz ve Milet, 2001; Beeghly, 2002). Norveç'te yapılan bir çalışmada doğum sonrası dönemde olan ve olmayan kadınlar karşılaştırıldığı zaman doğum sonrası dönemde olan kadınlarda depresyon riskinin 1.8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Eberhard-Gran ve ark., 2003). Buğdaycı ve ark.'nın (2004) yaptığı bir çalışmada PPD prevalansı doğum sonrası 0-2. ayda %29, 3- 6. ayda %36.6, 7-12. ayda %36 ve 13 ve üzeri aylarda ise %42.7 oranında saptanarak zamanla PPD prevalansının arttığı belirtilmektedir. Üstgörül ve ark.'nın (2014) yaptığı bir araştırmada da doğum sonu depresyon prevalansı doğum sonu 1. ayda %19 iken, 3. ayda %10 olarak bulunmuştur. Horowitz ve Goodman'in (2004) yaptığı longitudinal bir araştırmada ise doğum sonrası dönemde iki yıl boyunca izlenen kadınlarda zamanla depresyon puan ortalamalarında azalma görülmesine rağmen, puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık sadece postpartum 4-8. hafta ile 10-14. hafta arasında gözlenerek, geri kalan 2 yıl boyunca anlamlı bir farklılık gözlenmediği belirtilmektedir. Adölesanlar üzerinde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise postpartum üçüncü aydan dokuzuncu aya kadar olan sürede, PPD oranının %4.8 oranında azaldığı belirtilmektedir (Anderson, 2010).

Postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediği zaman başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu gibi olgularda, postpartum depresyon ağırlaşarak hastaneye yatış gerekli olabilir. Bu nedenle PPD'yi tarama amaçlı Türkçe'ye çevrilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti sunanlara erken tanı yönünden yardımcı olabilir (Hisli, 1988; Engindeniz ve ark., 1997; Karaçam ve Öner, 2008). Zaman içerisinde EDSDÖ'nün depresif tablonun şiddetini değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış ve farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçeğin, doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir (Murray ve Carothers, 1990; Ghubash ve Abou-Saleh, 1997; Anderson, 2010). Ülkemizde de postpartum depresyonu erken tanılama amaçlı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre EDSDÖ'nün kullanılması ve bu ölçekten 12 ve üzerinde puan alan annelerin psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmek üzere sevk edilmesi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.4.2. Risk faktörleri ve Etiyoloji

Doğum sonrası depresyon açısından yüksek risk taşıyan anneleri; erken tanılamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek kişileri yakından izlemek önemlidir (Gotlib ve ark., 1991; Collins ve ark., 1993). Beck'in (1996 ve 2002) yaptığı çalışmalarda, PPD ile aralarında önemli ilişkiler bulunan ve belirleyici özelliği olan prenatal depresyon, çocuk bakımına yönelik stres, yaşam stresleri, sosyal destek eksikliği, prenatal anksiyete, evlilikten memnuniyet, depresyon öyküsü, bebeğin huyu (mizacı), annelik hüznü, düşük benlik saygısı, düşük sosyoekonomik durum, evlilik durumu, istenmeyen/planlanmayan gebelik gibi 13 risk faktörü tanımlanmıştır. Aynı zamanda literatürde de doğum sonu depresyon için risk etkenleri arasında; annelik hüznü varlığı (Driscoll 2006a), küçük yaşta anne olma (Üstgörül ve ark., 2014), antenatal depresyon varlığı, yeterli sosyal desteğin olmaması, çocuk bakım stresi, çoğul gebelik, eşler arasındaki evlilik ilişkisinde sorunlar yaşanması (Driscoll 2006a; Tezel, 2006; Erdev ve ark., 2008; Türkoğlu ve

ark., 2014), önceki doğumundan sonra depresyon geçirmiş olma, gebelikle ilişkili fiziksel sorunlar yaşanması (Ayvaz ve ark., 2006), sosyoekonomik düzeyin düşük olması, bebeğin kötü mizacı, travmatik doğum öyküsünün olması, planlanmamış gebelik, eşlerin tecrübesizliği, doğum öncesi anksiyete, daha önce kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimlerinin varlığı, erken anne bebek ayrılığı, yeni doğanda herhangi bir hastalığın bulunması (Driscoll 2006a; Erdeve ve ark., 2008; Türkoğlu ve ark., 2014) gibi durumlar sayılmaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya bakıldığında ise PPD gelişimindeki yüksek risk etkenleri işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma olarak tespit edilmiştir. (İnanı ve ark., 2002). Yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, planlanmayan/beklenmeyen gebelikler, bebeğin sadece mama ile beslenmesi, annenin bebeğin uyku düzeninden memnun olmaması, bebek bakımında annenin yalnız kalması ve aile desteğinin olmaması, evlilik ilişkilerinin kötü olması ve aile içi şiddetin PPD ile anlamlı derecede ilişkili olan risk faktörleri oldukları saptanmıştır (Poçan ve ark., 2014). Selçuk ve ark. (2012) gebelik sürecinde daha az kilo alan annelerin, depresyona eğilim oranının daha fazla olduğunu saptayarak, PPD için risk faktörü olarak gebelik sürecinde yetersiz beslenme sonucu, düşük kilo alımının da üzerinde durulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Kadınlarda görülen kişilik bozukluklarının, postpartum dönemde depresyon gelişimi açısından risk oluşturduğu düşünülebilir. Buna yönelik olarak yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli, utangaç, çekingen, karamsar annelerin doğum sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (Robertson ve ark., 2004). Beklenmeyen erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Erken doğum yapan annelerde doğum sonrası depresyon insidansının zamanında doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Güra ve ark., 2004). Yine yapılan başka bir çalışmada PPD sezaryen, multiparite, yetersiz anne sütü ve perinatal komplikasyonlar ile ilişkili bulunmuştur (Mathisen ve ark., 2013). Depresyon etiolojisi halen tam olarak aydınlatılmamış multifaktöriyel etkenlerin rol aldığı bir sendromdur (Balcıoğlu, 1999, Kara ve ark., 2001). Bununla birlikte biyolojik ve psikososyal faktörlerin

postpartum depresyon etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (O'hara ve Swain, 1996; NHMRC, 2000; Akdeniz ve Gönül, 2004).

Biyolojik Faktörler:

Beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyinde bulunan özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir.

Bu nörotransmitterler şunlardır;

- Norepinefrin (NE),
- Serotonin (5-HT),
- Dopamin,
- Asetilkolin,
- Gama Amino Butirik Asit (GABA)'dir.

Depresyon etiyolojisinde, nörotransmitterlerden özellikle norepinefrin ve serotonin etkinliğinde azalma görülmesi durumu, en çok kabul gören bulgulardan birisi olarak bildirilmektedir. Norepinefrin'in 5-HT'nin etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Noradrenerjik işlev yetersizliği ve NE'nin salınımını azaltıp kandaki seviyesini düşüren ilaçların kullanılması (örneğin; rezerpin, propranolol gibi), NE'nin etkinliğini dolayısıyla da 5-HT'nin etkinliğini azaltmaktadır. Aynı zamanda, dopamin azalması (kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. Nörotransmitterlerden GABA, NE ve 5-HT etkinliğini düzenlemektedir. Gama Amino Butirik Asit'in artmasının, NE ve 5-HT etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, tüm bu nörotransmitterlerin salınımındaki dengesizliklerin depresyon gelişimi için risk yarattıkları bildirilmektedir (Balcıoğlu, 1999; Akkaya; 2005; Noble, 2005; Murakami ve ark., 2008). Postpartum dönemde östrojen, progesteron, gibi hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Östrojen ve progesteron gebelikte yükselme eğilimindedirler. Normal menstrüel siklus seviyesi ile karşılaştırıldığında östradiol seviyesi 100 kat, progesteron seviyesi ise 10 kat yükselmektedir. Bu seviyeler doğumdan sonra ani ve dramatik şekilde düşmektedir. Bu durumun, PPD'ye yol açtığı düşünülmektedir. Ancak PPD geçiren ve geçirmeyen annelerin östrojen, progesteron seviyeleri karşılaştırıldığında fark bulunamamıştır. Bunun sonucunda bazı kadınların hormon düzeyindeki bu düşüşe karşı hassas oldukları, duygulanımda değişiklikler yaşadıkları ileri sürülmüştür (Akdeniz ve Gönül, 2004;

Gjerdingen ve Yawn, 2007; WHO, 2008; Green ve ark., 2009; Marcus ve Heringhausen, 2009; Skalkidou ve ark., 2009; Studd ve Panay, 2009). Östrojenin, seratonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik ve GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonu gibi diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir. Östrojen seviyesinin düşmesi, transmitter sistemi etkileyerek bilişsel ve duygusal süreci olumsuz olarak etkilemektedir (Bloch ve ark., 2003; Riecher-Rössler ve Hofecker Fallahpour, 2003; Klier ve ark., 2007). Doğum sonu dönemde, depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfinin, bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını artırmaktadır. Ancak, dopamin salınımında artma olmasına rağmen, etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması, depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır (Akkaya, 2005). Gebelik süresince artış gösteren östrojen ve progesteron hormonlarının doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki seviyeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir (Brummelte ve Galea, 2010).

Kadın üreme hormonlarıyla beraber, kortizol da PPD'den sorumlu tutulmaktadır. Doğumdan sonraki 5 gün içinde progesteron ve östrojen hormonları normal düzeylerine geri dönerken, kortizol hormonu 15. günde normal düzeylerine geri dönmektedir (Skalkidou ve ark 2009). Gebelik boyunca yüksek olan prolaktinin düşük anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu, postpartum dönemdeki yüksek prolaktin düzeyinin süt üretimi ile ilişkili olarak anksiyeteyi azalttığı belirtilmekte ve yapılan bir çalışmada prolaktinin anksiyolitik ve stres azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir. Buna karşın, Annagür ve Annagür'ün (2012) aktardığına göre; geniş örneklemlili ileriye dönük yapılan bir çalışmada, prolaktin düzeyleri ve doğum sonrası duygudurum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan başka bir çalışmada, düşük prolaktin seviyesinin, postpartum dönemde annelik davranışlarında bozulma ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Larsen ve Grattan, 2010). Hipotalamus tarafından salgılanan dopamin, prolaktin hormonunun salınımını düzenler. Prolaktin ise dopamin tarafından etkilenmekle birlikte, kandaki prolaktin seviyesinin ruhsal fonksiyonu etkilediği, emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşmesine bağlı olarak PPD gelişebildiği bildirilmektedir. Düşük prolaktin seviyesine bağlı

olarak beta endorfin düzeyinin azalması ve stres hormonlarındaki artış ile strese karşı yanıtın/direncin azalması, REM uykusunun azalması, uyku-uyanıklık döngüsünde değişme ve anneliğe özgü davranışların azalması gibi etkileri nedeniyle ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Josefsson ve ark., 2002; Rathfisch ve Beji, 2012). Bu nedenle yapılan çalışmalarda bebeği emzirmemenin postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Hannah ve ark., 1992; Groër, 2005; Kırpınar ve ark., 2010).

Miyake ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada, gebelik döneminde riboflavin (B2 vitamini) yeterli miktarda alınmasının PPD açısından koruyucu bir faktör olabileceği belirtilmektedir. Böylece, bu durum riboflavin eksikliğinin PPD için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, folik asit ve B12 vitamini eksikliğinin de PPD'ye yol açabilecek bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Coppen ve Bolander-Gouaille, 2005; Leung ve Kaplan, 2009). Goshtasebi ve ark. (2013) ile Alharbi ve Abdulghani'nin (2014) yaptıkları çalışmalarda, hemoglobin seviyesi düşüklüğü ve aneminin PPD için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Diğer taraftan gebelerde D vitamini düşüklüğünün, antenatal depresyon semptomlarını artırdığı ve PPD için bir risk faktörü olduğu da bildirilmektedir (Cassidy-Bushrow ve ark., 2012; Robinson ve ark., 2014). Doğumda serum leptin düzeyinin düşük olması da PPD açısından biyolojik risk faktörlerindedir. Çünkü, yüksek leptin düzeyi gebeliğin sonuna doğru yavaşça kortizol ve östrojenin düşmesine neden olmakta ve östrojen ile glukokortikoidlerin düşüşünü önlemektedir. Bununla birlikte, leptin, beynin serotonerjik sinir iletimini artırarak PPD'den koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Skalkidou ve ark., 2009). Doğumdan sonra, Tiroid Stimulan Hormonun (TSH) azalmasıyla birlikte, tiroidin hipofonksiyonuna bağlı olarak tiroksin düzeyinin düşmesi depresyona neden olabilmektedir (Oretti ve ark, 1997; Karamustafaloğlu ve Tomruk, 2000; Parry ve Haynes, 2000; Lucas ve ark., 2001; Wissart ve ark., 2005). Aynı zamanda, duygudurum bozukluklarının, ikincil mesaj taşıyıcı sistemler olan adenilat siklaz, fosfotidilinositol ve hücre içi kalsiyum düzenlenmesi ile nedensel ilişki içinde olabileceği belirtilmektedir.

Nöroendokrin eksen açısından, depresyonda en çok etkilenen sistemler:

1. Hipotalamo-pitiuiter adrenal eksen
2. Hipotalamo-pitiuiter tiroit eksen
3. Hipotalamo-pitiuiter gonadal eksen
4. Hipotalamo-pitiuiter growth eksen
5. Hipotalamo-pitiuiter prolaktin eksen
6. Hipotalamo-pitiuiter paratiroid eksen değişiklikleri (Balcıoğlu, 2006; Büyükkışık, 2008).

Aynı zamanda diğer biyolojik faktörlere bakıldığında zaman örneğinin; genetik riskin kadınlarda ve erkeklerde değişmediği belirtilmektedir. Bireylerin özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyonun olması, depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır. Tek yumurta ikizlerinin birinde depresyon varlığı, diğerinde de görülme riskini en az %50 arttırdığı, ayrı yumurta ikizlerinde ise bu oranın %25 olduğu belirtilmektedir (Balcıoğlu, 1999; Ersan ve Abay, 2001). Gün içerisinde bebeğin bakım gereksinimleri, diğer çocukların da var olması durumunda onların ihtiyaçları ve evin diğer işlerinin birlikte yürütülmesi sonucu annenin dinlenme ve uykuya yeterince zaman ayıramaması durumu ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, postpartum depresyondaki annelerin, depresyonda olmayan annelere göre daha fazla uykusuzluk, uykuya geçişte zorlanma, kısa sürelerle uyuma nedeniyle uyku kalitesinde bozulma ve yorgunluk yaşadıkları saptanmış ve uyku yoksunluğunun depresyon belirtilerini şiddetlendirdiği bildirilmiştir (Posmontier, 2008). Yapılan başka bir çalışmada, kadınların doğumdan sonra gebelik dönemine göre daha az uyudukları tespit edilmiş ve daha önce depresyon öyküsü olan gebelerde uykusuzluk, postpartum dönemde depresyonun yeniden ortaya çıkması açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Dörheim ve ark., 2014).

Psikososyokültürel Faktörler:

Doğum sonrası tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir (Unterman ve ark., 1990; Munoz ve ark., 2006). Gebe kadının, gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde, içinde yaşadığı

sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler, aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Hemen her toplumda, özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda, önemli bir baskı altında bulunmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılarla kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (Beydağ, 2007). Bu nedenle istenmeyen bir gebelik sonucu yapılan doğum, beraberinde doğum sonrası depresyonu getirebilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu ve geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (Adewuya, 2005). Gebe kadınların, kendi anneleriyle ilişkilerindeki duygu karmaşası, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin annelik imajını etkilemesi açısından önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Josefsson ve ark., 2002).

Sosyal destek “güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir (Langford ve ark., 1997). Baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolünün büyük önem taşıdığı belirtilmektedir (Eker ve ark., 2001; Aksakallı ve ark., 2012). İnsan tüm yaşamı boyunca destek sistemlerine gereksinim duyar. Kadın için gelişimsel bir kriz olarak tanımlanabilecek olan gebelik ve doğum sonrası dönem fizyolojik bir süreç olduğu kadar karmaşık sosyolojik ve psikolojik süreçleri de içeren anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiği için sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli dönemlerdir. Bu karmaşık sürece uyumu ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumudur. (Yıldırım, 1997; Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000) Kültürel ritüellerin yeterli olmasının PPD şiddetini hafiflettiği, eksikliğinin ise PPD şiddetini arttırdığı belirtilmektedir. En yaygın ritüeller olarak, doğum sonrası annenin belli bir süre istirahat etmesi, özel diyet ile bazı kısıtlamalar yapılması ve geniş ailelerde anne veya kayınvalidenin anneye destek ve yardımcı olması sayılabilir. Ritüel ve

geleneklere göre oluşan sosyal desteğin postpartum duygudurum üzerine pozitif etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Bina, 2008). Yapılan bazı araştırmalarda, doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların oluşmasında sosyal destek yetersizliğinin önemli bir yer tuttuğu saptanmıştır (Beck, 2002; Özdemir ve ark., 2008).

Danacı ve ark.'nın (2002) çalışmasında, sosyoekonomik faktörlere ilişkin, yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, kadının kendisinde daha önce psikiyatrik bir bozukluğın olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşiyile ve eşinin ailesiyile ilişkisinin iyi olmaması depresyonun ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır. Doğumla birlikte, kültürel olarak kadınlara yüklenen roller ve doğum sonrası kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyile ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentiler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (Erdem ve Çelepkolu, 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğin cinsiyeti ile PPD gelişimi arasında bir ilişki olduğu tespit edilerek, kız çocuğuna sahip annelerin depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk taşıdıkları gözlenmiş ve bu durumun kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (İnandı ve ark., 2002).

2.4.3. Semptomlar

Majör depresyonda görülen semptomlar ile PPD belirtileri birbirine benzemektedir. (Beck, 2001; Danacı ve ark., 2002; Nur ve ark., 2004). Postpartum depresyon annenin duygularını, davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, sosyal hayatını, mesleki işlevselliğini, kendine olan güvenini, yaşam kalitesini, çocuklarıyla, eşiyile ve yenidoğan bebeği ile olan ilişkilerini negatif yönde etkiler (Hung, 2007; Arslantaş ve ark., 2009; Warren ve ark., 2011). Postpartum depresyonda sık karşılaşılan belirtiler: Uyku bozukluğu, yorgunluk, iritabilite, iştah azalması, yetersizlik düşünceleri, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebeğin sağlığıyla ilgili veya bebeğe zarar vermeyeyle ilgili yoğun kaygı şeklindedir (Akdeniz ve Gönül, 2004; Buğdaycı ve ark. 2004; Halbreich ve Karkun, 2006; Moshki ve ark., 2013). Postpartum depresyonda, sık ağlama, umutsuzluk, keder, korku, çabuk öfkelenme, duygusal açıdan değişkenlik veya dengesizlik, suçluluk hissi, intihar düşüncesi, endişe, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, libido kaybı,

sosyal izolasyon, hafıza ve konsantrasyon kaybı, karar vermede güçlük görülmektedir (O'hara ve Swain, 1996; Beck ve Gable, 2001; Robertson, 2004; McMahon ve ark., 2005; Erdem ve Bez, 2009; McGarry ve ark., 2009; Anderson, 2010; Alharbi ve Abdulghani, 2014). Aynı zamanda, en fazla görülen somatik belirtiler: Baş ağrısı, diyare, konstipasyon, yoğun anksiyete ve yerinde duramama şeklindedir. Yapılan bir çalışmada PPD görülen bir anneyle ilgili sunulan örnek bir vakada kadının ifadelerinin; “Aklımı kaybetmekten çok korkuyorum. Kendimle ne yapacağımı bilmiyorum. Uyuyamıyorum. Evin çevresinde dolaşırken her an bebeğin uyandığını düşünüyorum, memelerim beni öldürüyor ve sadece kaçmak istiyorum”, “Farklı bir insanmışım gibi hissediyorum, aslında gerçekte kim olduğumu bilmiyorum. Anlamadığım bir şekilde uzun zamandır böyle hissediyorum”, “Karanlıklara doğru indiğimi hatırlıyorum. Her zaman ağladım, dünya karanlık ve umutsuz görünüyordu ve yataktan kalkmak istemiyordum. Korkunçtu”, “Geriye dönmeyecek şekilde arabayla uzaklaşmak ya da hiç uyanmadan sürekli uyumak istedim”, “O benden daha iyisini hak ediyor” şeklinde olduğu görülmektedir (Driscoll, 2006a). Anneler tarafından postpartum depresyon, kontrol edilemeyen endişe, suçluluk ve obsesif düşüncelerle örülü bir kabus olarak betimlenmektedir (Beck, 1992). Özet olarak, postpartum depresyon ile ilişkili en sık görülen semptomlar:

- Depresif duygu,
- Sosyal aktivelere zevk alamama ve ilgi kaybı,
- Uyku örüntüsünde değişim,
- Hareketlerde yavaşlama veya ajitasyon,
- Yorgunluk ya da enerji kaybı,
- Değersizlik ya da aşırı suçluluk duygusu,
- Hafıza ve konsantrasyon yetersizliği,
- Sürekli kararsızlık hali,
- Ölüm düşüncesi, plansız veya planlı intihar fikri ya da girişimi,
- Baş ağrısı, konstipasyon, diyare ve yoğun anksiyete gibi somatik semptomlar,
- Utanç ve kendini aşağılamadır (Driscoll, 2006a).

2.4.4. Tedavi

Postpartum depresyonun şiddetine ve gidişatına göre psikoterapi (bilişsel -davranışçı, kişilerarası, psikodinamik, evlilik ve aile psikoterapileri), farmakolojik tedavi (anksiyolitik, antidepresan, antipsikotik ilaçlar gibi), hormonal tedavi (östrojen, progesteron gibi), elektrokonvülsif tedaviden faydalanılabilmektedir (Gülseren, 1999; Beck, 2001; Yıldırım ve ark., 2004; Marakoğlu ve ark., 2009). Depresyonun etiolojisinde biyokimyasal faktörler de etken olarak karşımıza çıktığından, tedavide bazı antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan iki ilaç türü bulunmaktadır. Bunlardan birisi trisiklik antidepresanlar, diğeri ise seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ)'dir. Bunlar arasında, SSGİ yan etkilerinin daha az olmasından kaynaklı daha çok tercih edilmektedir (Kennedy ve ark., 2002). Farmakolojik tedavi olarak, SSGİ ile venlafaksin lohusalık depresyonunda etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle emzirmeyi planlayan annelerde bir antidepresan kullanımı planlanıyorsa, paroksetin ve sertralin kullanımının daha güvenilir olduğu belirtilmektedir (Pearlstein, 2008). Çalışmalarda gebelik sırasında antidepresan kullanımı ile ilişkili majör malformasyonlar geliştiğine dair bulgulara rastlanmamış olsa da, herhangi bir antidepresanın gebelikte tam olarak güvenli olduğu da henüz kanıtlanmamıştır. Psikotropik ilaçların gebelikte kullanımlarının fetus üzerinde oluşturduğu teratojenik etkileriyle ilgili bilgilerin yetersiz olduğu, ancak bütün psikotropik ilaçların plasentayı aşarak, amniyotik sıvıya geçtikleri bildirilmektedir (Hostetter ve ark., 2000; Gülöksüz ve ark., 2010). Antidepresan ilaçlar ve psikososyal müdahaleler annenin emzirme durumu ne olursa olsun tedavinin ilk etabında tavsiye edilmekte ancak emziren annelerde psikotrop ilaçların kullanım güvenliği tartışmalıdır ve bu konuda kontrollü çalışmalar yetersizdir. Emzirme döneminde antidepresan kullanımının güvenliği ve risk profillerine ilişkin araştırmaların sürmekte olduğu bildirilmektedir (McCoy ve ark., 2006; Driscoll, 2006b). Antidepresan ilaçlar, süt miktarını azaltırken aynı zamanda yenidoğanda sedatif etki, solunum arresti, infantil kolik, sinirlilik gibi yan etkilere neden olabildiği söylenmektedir (Hale, 2004). Tedavi edilmemiş PPD'nin anne, çocuk ve aile için önemli ve uzun vadeli sonuçları düşünülerek, non-farmakolojik tedaviye karşı farmakolojik tedavi seçimi açısından dikkatli bir risk-yarar karşılaştırması yapılmalı ancak klinik olarak şiddetli PPD görülen durumlarda ilaç kullanımı kaçınılmaz olabilir (Bilgiç ve ark., 2015). Aynı zamanda PPD'nin şiddetli formunda elektrokonvülsif tedavi de ek seçenek olarak düşünülmelidir (Scrandis ve ark., 2007).

Lohusalık döneminde emzirme nedeniyle, psikotrop ilaç kullanma ile ilgili tereddütler yaşayan depresif annelerde, özellikle bilişsel-davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapi, kullanılabilir etkinliği gösterilmiş psikoterapötik yaklaşımlardır (Appleby ve ark., 1997; O'Hara ve ark., 2000).

Kişilerarası psikoterapi, kısa vadeli, genellikle akut özellikteki kişilerarası problemlere odaklanan, depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir psikoterapidir. Tedavinin amacı, bireyin kişilerarası ilişkilerini düzeltmesine ya da bu ilişkilerle ilgili beklentilerini değiştirmesine olanak sağlamaktır (Stuart, 2004). Kişilerarası psikoterapinin temel varsayımı, kişinin duygudurumu ile kişilerarası dünyasında çevresiyle yaşadığı olayların birbiriyle ilintili olduğudur. Kişileri anlamak için biyopsikososyal modeli kullanılır. Depresyona neden olan ya da yatkınlık yaratan biyolojik ve diğer psikolojik sebepleri göz ardı etmeyerek, depresyonu sosyal bağlamda ortaya çıkan tıbbi bir problem olarak kavramsallaştırır (Grigoriadis ve Ravitz, 2007). Kişilerarası psikoterapi kontrollü çalışmalarla akut ve uzun dönem depresyon tedavilerinde denenmiş, akut ve uzun dönem depresyonda koruma sağlamıştır. Tekrarlayan depresyonu olan hastalar için depresyonun akut (12-16 hafta) tedavisi olarak, uzun süreli koruyucu etkisi olan bir strateji olduğu belirtilmektedir (Frank ve ark., 1990; Stuart ve O'Hara, 1995). Kısa süreli olması ile "şimdi ve burada" ile ilgili sorunlara öncelik veriyor olması, bu tedavi yaklaşımını postpartum depresyon yaşayan kadınlara yönelik avantajları olan bir tedavi şekli haline getirebileceği söylenmektedir (Grote ve ark., 2009).

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT); bireylerin günlük hayatlarında başa çıkamadıkları güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, sorun odaklı, "şimdi ve burada" ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir (Demiralp ve Oflaz, 2007). Bilişsel-davranışçı terapi hasta kişiyi bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı ve kişinin gerginliklerle baş etmesini öğretmeyi amaçlar (Ünal ve Çam, 2005). Uygulamada BDT stratejilerinin amaçladığı hedefler: bireyin hoşnutluk durumunun artması, sosyal becerilerinin geliştirilmesi ve istenmeyen davranışının azaltılmasıdır (Demiralp ve Oflaz, 2007). Birçok araştırma ve meta-analiz çalışması ile BDT'nin depresyondaki etkinliği kanıtlanmıştır.

Depresif belirtilerin azaltılması açısından psikodinamik terapi, kişilerarası psikoterapi ve destekleyici terapi ile karşılaştırıldığında BDT'nin en etkili terapi olduğu bildirilmektedir (Churchill ve ark., 2001; Bortolotti ve ark., 2008; Oei ve Dingle, 2008; Cuijpers ve ark., 2010).

Postpartum depresyon tedavisinde, yardımcı ek tedaviler olarak alternatif ve tamamlayıcı tedavilerinde kullanılabileceği belirtilmektedir. Postpartum depresyon için en yaygın kullanılan alternatif ve tamamlayıcı tedaviler arasında besin takviyesi, aromaterapi, egzersiz, bitkisel takviye, masaj, akupunktur, parlak ışık terapisi, dua etme ve homeopati gibi yöntemler sayılmaktadır (Bilgiç ve ark., 2015). Bazı kadınlar tedavi başladıktan sonra birkaç hafta içinde iyileşme gösterirken bazılarında bu durum aylarca sürebilmektedir. Tedavi edilmeyen PPD doğum sonrası bir yıl süresince devam edebilmektedir (Wolman, 1993).

2.5. Postpartum Depresyon ile Bebek Bakım Sonuçları Arasındaki İlişki

Bebek kendine yeter duruma gelinceye kadar gereksinimlerinin karşılanması için aileye özellikle de anneye tam bağımlıdır (Tazeyurt ve Savaşer, 2003). Annenin bebek bakımındaki niteliğini artırması, bebeğinin sağlıklı olma şansını artıracaktır (Şenol ve ark., 2006). Anne tüm bu sorumlulukları yerine getirirken birçok sorunla karşılaşmaktadır. Annenin bu sorunları sağlıklı bir şekilde çözümlenebilmesi için sorun çözme becerisine sahip olması gerekmektedir (Tazeyurt ve Savaşer, 2003). Kadın, gebelik döneminde bir bebek sahibi olmanın günlük yaşamında yarattığı değişiklikleri hissetmeye başlasa dahi, en büyük değişikliği genellikle bebek doğduktan sonra yaşar. Bu nedenle çoğu anne doğum sonrası dönemde, bebek bakımı konusunda öğrendiği ve olmasını beklediği şeylerin, yaşadıklarından oldukça farklı olduğu hissine kapılabilir (Nelson, 2003). Annenin ruhsal durumu bakım verme konusundaki yeterliliği açısından önemli rol oynar. Örneğin; konsantrasyon kaybı, uyku sorunları, duygusal çökkünlük gibi depresyonun tipik belirtileri annenin annelik görevlerini yerine getirme kapasitesini olumsuz etkilemektedir (Parson ve ark., 2012). Bir karşılıklılık içeren anne-çocuk ilişkisinde, çocuk iyi bakım alırsa beyinde biyokimyasal düzenini “her şey yolunda” olarak oluşturmakta ve kaydetmekte, çocuk reddediliyor veya ihmal ediliyorsa nöronal düzenekler de ona göre oluşmaktadır (Francis ve ark 2002, Tucker ve ark 2005). Postpartum depresyon, anneye ait depresyon, annenin yaşadığı depresyon olarak tanımlansa da, PPD sadece

kadının yaşam kalitesini ve mental sağlığını etkilemekle kalmaz, çocuk gelişimini de olumsuz olarak etkiler (Halbreich ve Karkun, 2006; Nagy ve ark., 2011). Postpartum depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olan ve anneliği çalan bir hırsız olarak adlandırılmaktadır. Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlarda bebek ile olan ilişki ve annelik rolünün kabulü olumsuz etkilenmektedir (Goecke ve ark., 2012). Depresyon, annelerin bebeklerine iyi bir bakım vermedeki yeterliliklerini olumsuz etkileyerek, bakım vermeyi engelleyici bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır (Murray ve ark., 2003). Böylelikle PPD nedeniyle görülen ebeveynlik davranışlarındaki bozulmalar ve annenin bebek bakımında yaşadığı yetmezlikler nedeniyle bebeğin sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir (Orhon, 2007; Gress-Smith ve ark., 2012). Depresif annelerin uygun olmayan ebeveyn davranışları ve bebek bakımı ile ilgili kaygıları nedeniyle çocukta gelişim, beslenme, uyku, mizaç, davranış ve büyüme ile ilgili birçok problem yaşanabilir (Orhon, 2007).

Beck (1996) doğum sonu depresyonu olan annelerin bebekleri ile iletişimlerini incelediği bir çalışmada; annelere bebeklerinin bakım sorumluluklarının ağır geldiği bu nedenle onların isteklerine cevap veremedikleri için suçluluk, mantıksız düşünme, kayıp ve öfke yaşadıklarını belirlemiştir. Postpartum depresyonu olan annelerin, bebeklerinin PPD'den ilk üç yıllık dönemlerinde fiziksel, duygusal, mental ve motor gelişim açısından olumsuz olarak etkilendiği ve bu bebekler için koruyucu sağlık hizmetlerine daha az oranda başvurulduğu belirtilmektedir (Patel ve ark., 2002; Minkovitz ve ark., 2005; Moshki ve ark., 2013). Ayrıca depresif annelerin bebeklerini doktor kontrollerine götürme, bağışıklama, bebek için güvenli bir ev çevresi oluşturma, bebeği uygun bir şekilde besleme ve bebeğin uyku düzenini sağlama gibi bebek sağlığı ile ilgili davranışlarda da daha yetersiz oldukları ifade edilmektedir (Gress-Smith ve ark., 2012). Mandl ve ark.'nın (1999) yaptıkları bir çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin birden fazla problem nedeniyle sağlık hizmeti alma durumlarının, diğer annelerin bebeklerine göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada düşük gelirli depresif belirtiler gösteren annelerin çocuklarının hastaneye yatış riskinin, depresif belirtiler göstermeyenlere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Chung ve ark., 2004). Böylece depresyondaki annelerin bebeklerinde daha fazla sağlık problemiyle karşılaşıldığı görülmektedir.

Postpartum depresyon yaşıyan annelerde bebeğe zarar verme veya istismar olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Brummelte ve Galea, 2010). Doğum sonrası depresyon yaşıyan annelerde bebekleriyle ilgilenmek istememe, bebeğinin varlığından memnuniyet duymama, ağlayınca susturmaya çalışmak yerine bağırma, bebeklerini yalnız bırakma, bebeğe sözlü veya sözsüz olumsuz davranışlarda bulunma gibi durumlar görülebilmektedir (Aydemir, 2007; Üstgöröl ve ark., 2014). Depresyondaki annelerin bebeklerinin göstermiş oldukları pozitif ya da negatif uyaran veya etkilere karşı olumsuz ya da sınırlı oranda tepki gösterdikleri belirtilmektedir. Aynı zamanda depresif annelerin aşırı müdahaleci veya çekingen, bağ kuramayan ya da etkileşimsiz davranışlar gibi olumsuz etki oluşturacak dışavurumları daha fazla sergiledikleri belirtilmektedir (Hart ve ark., 1998; Weinberg ve Tronick, 1998; Gress- Smith ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada, depresif annelerin bebeklerine karşı ilk üç ayda daha sinirli oldukları, daha az sıcak davranış sergiledikleri belirtilmektedir (Lovejoy ve ark., 2000).

Depresyondaki anneler, hayatlarının bir daha eskisi gibi normale dönemeyeceği korkusuna kapılmakta, ocuk bakmanın gerektirdiği sorumluluk hissinin getirmiş olduğu bunalımı yaşamakta, çocuklarına daha az şefkat göstermekte, kendilerini çocuklarından fiziksel ve psikolojik olarak tamamen ayırarak kopukluk yaşamakta ve hatta çocuklarına zarar vermeyi planlamaktadırlar. Bu nedenle, depresyonlu annelerin bebeklerinde düşük seviyede hareketlilik, daha az ses çıkarma ve etkileşim boyunca daha az olumlu yüz ifadelerini kullanma gibi durumların gözlendiği belirtilmektedir. Ayrıca bu annelerin çocuklarında sıklıkla davranış problemi görüldüğü ve bilişsel işlevlerinin daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (Field, 1995; Atasoy ve ark., 2004; Nur ve ark., 2004; Yıldırım ve ark., 2004).

Annenin ruhsal problemlerinin olması, bebeğin iyi beslenememesine bağlı olarak fiziksel sağlığında bozulmalara yol açabilmektedir (Rahman ve ark., 2002). Yapılan çalışmalarda, depresif annelerin anne sütüne devam etme konusunda daha başarısız oldukları, sadece anne sütü verme sürelerinin daha kısa olduğu ve emzirmeyi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bick ve ark., 1998; Papinczak ve Turner, 2000; Dunn ve ark., 2006; McLearn ve ark., 2006). Depresif belirtileri olan kadınların emzirme konusunda daha fazla kaygı duydukları, sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve bunun

neticesinde emzirmeye daha az istekli oldukları söylenebilir (Dennis ve ark., 2004). Aynı zamanda depresif annelerin bebeklerinin uyku bozukluklarına daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Dennis ve Ross, 2005). Düşük gelirli ülkelere bakıldığı zaman bebeklerde enfeksiyon riski artışına bağlı olarak, hastaneye yatış oranlarında görülen yükselmenin annelerde görülen depresyon durumuyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (Rahman ve ark., 2002). Rahman ve ark. (2004) depresif annelerin bebekleriyle, sağlıklı annelerin bebeklerini ishal atakları açısından karşılaştırdığında, depresif annelerin bebeklerinin ishal atakları açısından daha fazla risk taşıdığını saptamışlardır. Genel olarak, annelerde görülen depresyonun fiziksel ve mental olarak doğrudan bebek üzerine olumsuz etkileri olabileceği görülmektedir.

2.6. Bebeklerde Büyümenin İzlenmesi

Büyüme, çocuğu yetiştikten ayırt eden en önemli özelliklerden birisidir. Büyüme intrauterin dönemden başlayarak ergenlik döneminin sonuna kadar süren, genetik, hormonal ve çevresel faktörlerden etkilenen, beslenme ve sağlık durumunun da bir göstergesi olan önemli bir süreçtir. Normal büyüme ise bebek ya da çocuğun boy, vücut ağırlığı ve baş çevresindeki artışın yaş, cinsiyet ve genetik potansiyeline göre beklenen değer aralıkları içinde olmasıdır. Büyümenin izlenmesi bir çocuğun sadece ne kadar büyüyeceğini göstermekle kalmaz, aynı zamanda ne kadar sağlıklı olduğunu da ortaya koyması açısından çok önemlidir (Gönç ve ark., 2015). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bebek, çocuk, ergen izlem protokollerine göre, bir bebeğin doğumdan itibaren ilk bir yıl içerisinde en az dokuz izlem yapılarak, boy, kilo ve baş çevresi gibi antropometrik ölçümlerin yapılması ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Antropometrik ölçümler kullanılarak çocuğun büyümesini değerlendirmek, fizik muayenede asla ihmal edilmemesi gereken ilk basamak olmalıdır (İnce ve ark., 2011). Büyümenin izlenmesi sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan ve daha ekonomik olarak önlenmesi amaçlanarak yapılmaktadır (Yalçın, 2003). Büyümenin izlenmesi malnütrisyon ve büyümedeki duraklamaları fark edebilmek için kullanılır (Galler ve ark., 2006). Çocukların büyümelerinin izlenmesi tek bir çocuğun sağlık ve beslenme durumunun değerlendirilmesi için olduğu gibi toplumların gelişmişlik ve sağlık düzeylerinin belirlenmesi için de önemli bir yöntemdir (WHO, 1995; Lewit ve Kerrebrock, 1997).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bebeklik döneminde büyümenin değerlendirilmesinin amaçları yedi ana başlıkta toplanır: 1) büyümede duraklama, büyüememe ve aşırı büyüme gibi durumların saptanması; 2) anne sütü ya da anne sütü yerine konan gıdaların yeterli alınıp alınmadığının değerlendirilmesi; 3) ek gıdalara başlanması gereken yaşın saptanması; 4) anne sütünden keserken verilen gıdaların yeterliliğinin değerlendirilmesi; 5) hastalığın etkisi ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi; 6) özel hizmet gereken yüksek riskli çocukların saptanması ve 7) topluma verilen sağlık danışmanlığının beslenme ve diğer sağlıkla ilişkili uygulamaları nasıl etkilediğini göstermeyi amaçlar (WHO, Gorstein ve ark., 1994). Özellikle büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu hayatın ilk beş yıllık döneminde, büyümeyi değerlendirmede sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler vücut ağırlığı, göğüs çevresi ölçümleri, boy uzunluğu, uzama hızı, baş çevresi ve gereken olgularda üst-orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı ve vücut kısımlarının birbirine oranıdır (Şehla, 2006; İnce ve ark., 2011).

Yenidoğan bir bebeğin ortalama vücut ağırlığı 3200 gramdır. Vücut ağırlığında doğumu takiben ilk günlerde ortalama %5-8 oranında kayıp görülür, buna fizyolojik ağırlık kaybı denir. Bebek 10-14 günlük olduğu zaman doğum ağırlığına yeniden ulaşır. Vücut ağırlığında ilk üç aylık periyotta 30 gr/gün, ikinci üç aylık periyotta 20 gr/gün, üçüncü üç aylık periyotta 15 gr/gün, dördüncü üç aylık periyotta ise 12 gr/gün artış görülerek, bebek 4-5 aylık olduğunda doğum ağırlığının iki katına, 1 yaşında üç katına, 2 yaşında ise dört katına ulaşır (Yalçın, 2003).

Yeni doğmuş bir bebeğin boyu ortalama 50 cm'dir. Bebeğin boyunda ilk üç ayda 3.5 cm/ay, ikinci üç ayda 2 cm/ay, üçüncü üç ayda 1.5 cm/ay, dördüncü üç ayda ise 1.2 cm/ay şeklinde bir artış görülür. Böylece bir yaşında bebeğin boyu doğum anındaki boyunun 1.5 katına ulaşmış olur. Boy ölçümleri malnütrisyon ve akut enfeksiyon geçirilmesi gibi değişikliklere duyarlı değildir. Kronik hastalık ve malnütrisyonun boyu etkilemesi için en az altı aylık bir süre geçmesi gereklidir (Yalçın, 2003; Galler ve ark., 2006).

Bebeklerde baş büyümesi merkezi sinir sisteminin büyümesini gösteren bir parametredir. Doğumda 35 cm olan baş çevresi, ilk iki ayda ortalama 2 cm/ay, 2- 6. aylarda 1 cm/ay, 6-12. aylarda 0.5 cm/ay ve 1-3 yaşları arasında 0.25 cm/ay şeklinde artar (Yalçın, 2003; Galler ve ark., 2006). Çocuklarda ulaşılan büyümenin

değerlendirilmesinde, persentiller, median yüzdesi ve standart sapma skoru olmak üzere üç tür yaklaşım söz konusudur (Yalçın, 2003). Ayrıca birçok sendrom ve doğumsal anomalide göğüs boyutlarında değişiklikler görüldüğü için bebeklerde göğüs çevresi ölçümlerinin yapılması da önerilmektedir. Göğüs çevresi, intermamiller aralık ölçümleri ve bunlara bağlı olarak hesaplanan intermamiller indeks özellikle bazı sendromların tanınmasını sağlaması açısından önemlidir (Şehla, 2006). Doğumda göğüs çevresi ortalama 33 cm olup baş çevresinden küçüktür. Ancak bebeklerde ilk bir yıllık sürecin sonunda göğüs çevresi ortalama 48 cm'ye ulaşarak baş çevresini geçer (URL: <http://kisi.deu.edu.tr/ihsan.esen/olcumler.pdf>, Erişim tarihi: 25/04/17). Büyüme hızı standart büyüme grafikleri ile izlenen bir çocukta yetersiz büyüme gözlenmesi yada büyüme duraklaması literatürde “failure to thrive” olarak tanımlanır ve geleneksel olarak standart büyüme eğrilerine göre değerlendirilen bu basit ve geçerli yöntem Tablo 2.1’de gösterilmiştir (Yetman ve Coody, 1997; Olsen, 2006; Keane, 2007).

Tablo 2.1. Büyüme duraklaması ölçütleri

- Yaşa göre ağırlığın, DSÖ'nün kabul ettiği uluslararası standartlar olan NCHS (Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi) büyüme grafiklerine göre, 3-5 persentilin altında olması,
- NCHS büyüme grafiklerine göre, boya göre ağırlığın 5 persentilin altında olması,
- Ağırlığın, boya göre ideal kilodan %20 veya daha düşük olması,
- Triseps deri kıvrım kalınlığının ≤ 5 mm olması
- Azalmış büyüme hızıyla vücut ağırlığında,
0-3 ay için <20 gr/gün,
3- 6 ay için <15 gr/gün görülmesi,
- Daha önce erişilmiş olan büyüme eğrisinde düşüş görülmesi: herhangi bir zaman dilimi içinde, NCHS büyüme grafiklerine göre en son bulunduğu persentilden, iki majör persentil düşmenin olduğunun saptanması,
- Tanımlanmış kilo kaybı

Büyüme duraklaması tanısında en önemli nokta, bebeğin antropometrik ölçümlerinin düzenli bir şekilde alınması, büyüme grafiklerine uygun şekilde işlenmesi ve yorumlanmasıdır (Krugman ve Dubowitz, 2003). Büyümenin duraklaması değerlendirilirken mutlaka tam ve ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Altta yatan büyümeyi engelleyici bir hastalığın varlığı, genetik bozukluklar (dismorfik görünüm), çocuk ihmal ve istismarı bulguları fizik muayene ile ortaya çıkarılır

(Yalçın, 2003). Yeterli kilo alamayan bebekler değerlendirilirken yalnız bebeğe odaklanılmamalı, çoğu olguda altta yatan psikososyal sorunlar olduğunun bilincinde olarak, bebeğin bakımından sorumlu kişi ya da kişiler de değerlendirilip, gerekli zaman ayrılarak, aileye sabırlı bir yaklaşım gösterilmelidir. Aileler büyüme duraklaması konusunda bilgilendirilerek, çocukları hakkındaki endişeleri giderilmelidir (İnce ve ark., 2011). Hayatın ilk yılında konulan büyüme duraklaması tanısı klinik açısından endişe verici, üzerinde durulması gereken bir noktadır. Çünkü postnatal beyin gelişimi en fazla ilk altı ayda gerçekleşir. Sonuçta, erken çocukluk dönemi büyüme ve gelişmenin en kritik dönemidir ve büyüme duraklaması büyüme geriliğine yol açarken, büyüme geriliği de bodurluk, gelişim geriliği ve davranış sorunları gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Özellikle psikososyal nedenli olarak büyüme duraklaması görülen olguların yaklaşık 1/3'ünde sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim geriliği gözlenmiştir (Bauchner, 2007).

2.7. Postpartum Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler, temel sağlık hizmetleri kapsamında, annelerin ve çocuklarının sağlığını koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için annelere destek veren en önemli sağlık personeli (Arslan ve Uzun, 2008). Annenin PPD açısından taşıdığı riskleri belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, uygun tedavi edici girişimi uygulama ve gerekli olduğunda sevk etme hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Kennedy ve ark., 2002). Aile sağlığı elemanları PPD yaşayan annelerle sık sık iletişime geçerler. Buna rağmen, postpartum depresyona yönelik çok sık tarama yapmadıkları görülmektedir. Bu nedenle primer bakım verenlerin postpartum depresyona yönelik kadınlara eğitim vermenin, tarama yapmanın, tanılama, tedavi veya sevk etmenin üzerinde durulması gerektiğinin önemini bilmeleri ve bunların kendi sorumluluklarında olduğunun bilincinde olmaları gerekir (Logsdon ve ark., 2006a). Postpartum depresyon özellikle doğum sonrası bir yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğinden rutin olarak taranmalı ve taramalar tekrarlanmalıdır. Tarama, annenin sağlık çalışanları ile temas halinde olduğu çeşitli zamanlarda, hastanın beklemesi sırasında yapılabilir. Örneğin; muayene amacıyla kadın kendisini veya bebeğini doktora göstermek için beklerken tanılama aracını doldurması sağlanabilir (Wickberg ve Hwang, 1996; Irvine ve ark., 1998; Logsdon ve ark., 2006b). Ancak sağlık kurumlarını kullandıkları durumlarda anneler yakalanamamışsa, daha sonra hemşireler tarafından yapılacak ev

ziyaretleriyle mutlaka tanılama amaçlı tarama araçları kullanılarak PPD değerlendirilmesi yapılmalıdır. Tanılama aracı olarak ise daha önceki bir bölümde belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) EDSDÖ'nün kullanılması uygundur. Aynı zamanda hemşireler postpartum depresyonu tanılamak için doğum sonu dönemde bakım verdiği annelere ipucu olabilecek sorular sorarak verilen cevaplar doğrultusunda bir yol izlemelidir. Hemşirelere PPD'yi tanılamada yardımcı olabilecek bazı sorular:

- Anne daha önce herhangi bir ruhsal sorun yaşamış mı?
 - Anne daha önce yaptığı doğumlarda annelik hüznü veya PPD geçirmiş mi?
 - Anne gebelik döneminde huzursuzluk veya anksiyete yaşadı mı?
 - Anne riskli bir gebelik mi geçirdi?
 - Annenin özellikle yakın zamanda karşılaştığı yaşamsal krizleri var mı?
 - Annenin eşi ile olan iletişim zorlukları, değer çatışması, karar verme çatışması veya sevgi eksikliği gibi evlilikten beklentilerine karşılık bir memnuniyetsizliği var mı?
 - Annenin aile ve çevresinden algıladığı sosyal destek düzeyi düşük mü?
 - Anne bebek bakımını tek başına, eş desteği olmadan mı yürütecek?
 - Anne bebeğinin bakımı ile ilgili güçlükler konusunda konuşuyor mu?
 - Bebek istenmeyen ya da planlanmayan bir gebelik sonucu mu doğdu?
 - Annenin sosyoekonomik düzeyi düşük mü?
 - Annelik rolüne uyum sağlanamamış mı?
 - Bebekte herhangi ciddi bir sağlık problemi ya da anne-bebek ayrılığı var mı?
- (Tezel, 2006).

Türkiye'de doğum yapan anneler genellikle 24 saat sonra hastaneden taburcu edilmektedir. Ancak doğum sonu dönemde annenin yeni durumuna uyum sağlamasına destek olmak için bu süre yeterli değildir. Bu nedenle hemşireler, annelere gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Beydağ, 2007). En son yayınlanan 'Hemsirelik Yönetmeliği' incelendiğinde, PPD gelişimini önleme ve erken dönemde tanılama sorumluluğunun, Halk Sağlığı Hemşireliği başlığı altında, 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında "Gebelik ve doğum süreci ile ilgili gelişebilecek ruhsal

durumlara yönelik annelere eğitim yapar’’ ibaresinin olduğu görülmektedir (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910). Hemşireler tarafından annelere doğum öncesi dönemden başlayarak, doğum sonrası eğitim ve danışmanlık verilmesi büyük bir önem taşımaktadır (Ho ve Holroyd, 2002; Bowman, 2005). Postpartum dönemde annelerin öğrenme gereksinimlerinde zaman içerisinde yaşanan değişiklikleri bilmek, hemşirelerin yeni annelere doğum sonrası dönem boyunca doğru zamanda, doğru bilgiyi vermesini sağlar. İyi bir doğum sonrası eğitim, hemşirelerin bireysel olarak annelerin ve eşlerinin gereksinimlerine karşı duyarlı olmasını gerektirir. Bu nedenle ideal olan, annelerin ve eşlerinin eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesidir. Her doğum sonu eğitim oturumu yeni annelere ne bildiklerini, neyi bilmeye gereksinim duyduklarını ve ne bilmek istediklerini sorarak başlamalı böylece gereksinimler belirlenmelidir (Bowman, 2005). Hemşireler anneyi kendi durumu içinde desteklemeli ve gerektiğinde psikiyatri uzmanına yönlendirmelidir. Annelerin yardım için nereye ve kime başvurmaları gerektiğini bilmek ve gereken yerlere yönlendirmek, birinci basamak sağlık çalışanlarının sorumluluğudur (Driscoll, 2006a). Bu nedenle gebe eğitim sınıfları, doğuma hazırlık sınıfları gibi gebe olan anne adaylarının yaşamındaki aile üyelerine ulaşma fırsatı yaratan tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde, PPD konusunun mutlaka bulunması gerekmektedir (Seven ve Akyüz, 2013). Doğum sonrası depresyon gelişen anne, bebeğinin doğumundan sonra neden mutsuz olduğunu veya bebeğin doğumunun neden yaşamının en güzel olayı olarak hissettirmediklerini bilmek ister ve bu bilinmezlikle birlikte kendisini suçlar (Romito ve ark. 1999). Bu duygular içindeki annenin bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır. Bu nedenle hemşireler postpartum depresyondaki anneyi ve ailesini depresyona neden olan faktörler, semptomlar ve tedaviler gibi konular hakkında bilgilendirmelidir. Annenin ailesinin de PPD hakkında bilgilendirilmesi depresyon belirtilerinin annenin kendisinden önce aile üyeleri tarafından erken dönemde fark edilmesine olanak sağlayabilir ve böylece daha erken evrede PPD tanısı konularak, tedavi ve bakım uygulanabilir (Beck, 1996; Okano ve ark., 1998; Tezel, 2006). Hemşireler tarafından verilecek eğitimler sağlıklı annelerin PPD’den korunmasını, depresif annelerin ise sağaltım sürecine girmesini sağlayabilir.

Doğum sonrası anneliğe uyum açısından hemşirenin sorumlulukları;

- Postpartum dönemde uyum sorunlarının özellikle ilk altı haftalık sürede görülmesi nedeniyle bu dönemde anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların hemşireler tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir.
- Hemşireler, ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam ve sistematik bir değerlendirme yapmalıdır. Değerlendirme, öncelikle annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve en son gerçekleşen doğum ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri, çevresindeki destek sistemleri ve işi ile ilgili bilgiler de değerlendirilmelidir.
- Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulmalıdır. Anneler, annelik rolüne uyum sağlayabilmek, kendinin ve yenidoğanın bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar (Balkaya, 2002; Güngör ve ark., 2004; Başer ve ark., 2005; Beydağ, 2007).

Doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyete veya depresyon, annelik hüznü gibi sorunlar postpartum depresyon için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, hemşireler doğum öncesi dönemden itibaren bu riskli grubun izlenmesi gerektiğinin farkında olmalıdır (Yanikkerem ve Karadeniz, 2006; Gonidakis ve ark., 2007; Scrandis ve ark., 2007; Yılmaz ve Öncel, 2009). Hemşirelerin, doğum sonu dönemde anksiyete gelişme riski olan anneleri belirlemede kullanılan yöntemler ve mevcut tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiği, bireyleri gebelikte ya da doğum sonrasında yaşanabilecek olumsuz duygularla ilişkili bir sağlık kuruluşu ile diyalog kurmaya teşvik etmeleri gerekmektedir (http://www.awhonn.org/awhonn/binary.content.do?name=Resources/Documents/pdf/5H2o_PS_RoleOfNurseInPostpartum.pdf, Erişim tarihi: 2 Kasım 2015). Postpartum dönemde, kendine bakım ve bebek bakımı konusunda sağlanan bilgi, yeni bebek sahibi olan bir annenin kaygılarını gidermekte ve yeterlilik duygularını artırmaktadır (Downs ve ark 2008). Bu nedenle, doğum sonrası dönemde hemşirelerin anneyi kendine bakım, bebek bakımı ve oluşabilecek problemlerden

korunma ve çözüm yolları konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. Postpartum dönemdeki bir anneye doğum için destekleyici bir çevre, emzirme desteği ve ağlamasına izin verildiği bir ortamın sağlanması gerekmektedir (Fooladi 2006). Postpartum dönemdeki fonksiyonlarını istenilen düzeyde yerine getirebilmeleri için, hemşireler annelerin postpartum dönemdeki gereksinimlerini, beklentilerini, ne düşündüklerini ve neler algıladıklarını bilmeleri gerekir. Böylece gereksinimler doğrultusunda ve annenin aktif katılımıyla etkin bir bakım sağlanabilir (Arslan ve Uzun, 2008; Downs ve ark., 2008).

Doğum sonu dönemde hemşireler, mevcut durum ve sorunları ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması konusunda anneyi cesaretlendirmeli, annenin içinde bulunduğu durumu saptamalı, empati yapmalı ve bu stresli durum ile başa çıkma amacıyla anne ve ailesini birlikte mücadele etme konusunda desteklemelidir. Hemşireler, anneleri iletişim kurmaları, mevcut ilişkilerini devam ettirmeleri ve geliştirmeleri konusunda cesaretlendirmeli ve teşvik etmelidir (Türkyılmaz, 2014). Yapılan bir çalışma sonucunda, anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için, anneye gebelik ve özellikle doğum sonrası dönemde sosyal destek verilmesinin gerekli olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle, ebe ve hemşireler anneleri gebelik ve doğum sonu dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmeli, ayrıca sosyal destek sistemlerini aktive etme ve pozitif yöne çevirme konusunda annelere destek olmalıdır (Mermer ve ark., 2010). Bu nedenle özellikle aile sağlığı merkezinde çalışanların, annelerin sosyal destek düzeylerini değerlendirerek, eş, aile ve yakın çevre ile işbirliği yapması, annelerin doğum sonrası gereksinimlerini belirleyerek, güçlü yönlerini desteklemesi, yetersiz yönlerini geliştirmelerine yardımcı olmaları ve yeterli desteği olmayan annelere yeterli profesyonel destek sağlamaları büyük önem taşımaktadır (Aksakallı ve ark., 2012).

Collins ve ark. (1993), gebelik ve postpartum dönemde annelere profesyonel destek sağlandığında, PPD'nin daha az yaşandığını ve burada sağlık ekibi içerisinde çok önemli bir yeri olan hemşireden beklenen rolün duygusal destek, eğitim ve mevcut problemlere yönelik bakımın verilmesi şeklinde olduğunu vurgulamışlardır. Beck (1995), PPD yaşayan annelere verilen hemşirelik bakımının, annenin duygusal sorunlarını kabul etmesinde ve bu sorunları ile başa çıkmasında etkili olduğunu

saptamıştır. Aynı zamanda Beck (1995), hemşirenin PPD bulunan annelere yaklaşımında; bilgi ve becerilerinin çok iyi olması gerektiğini vurgularken, bakımın sürekliliğinin de önem arz ettiğini ifade etmektedir.

Giderek artan bir ivme ile 1950'li yıllardan itibaren başlayarak günümüzde de dünyanın pek çok ülkesinde geçerliliğini koruyan postpartum dönemde erken taburculuk anlayışı bulunmaktadır. Ancak doğum sonrası erken taburcu olan annelerin evde bakımla desteklenmeleri gerekir. Yapılan araştırmalar, postpartum erken taburculuktan sonra evde bakım alan anne ve bebeklerde tekrar hastaneye yatış oranının, almanlara göre düşük olduğu ve bu ailelere sunulan bakımın ana-çocuk sağlığı göstergelerini etkileyen iki önemli faktör olduğunu ortaya koymaktadır (Gölbaşı, 2003; Duman, 2009).

Yapılan bir çalışmada, doğum sonu dönemde anneler için hemşire ve ebeler tarafından sağlanan, bireyselleştirilmiş yoğun ev ziyaretlerinin, eş zamanlı telefon izlemlerinin ve kişiler arası psikoterapiyi içeren psikososyal ve psikolojik müdahalelerin PPD gelişmesini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Dennis ve Dowswell, 2013). Hemşireler PPD'ye yönelik olarak annenin durumunu değerlendirmek veya tarama yapmak için doğum sonu altıncı hafta kontrollerini beklemeyerek erken dönemde ev ziyaretini gerçekleştirmelidir (Beck, 1998a). Doğum yapan annelerin taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde mutlaka değerlendirilmeleri ve ilk 72 saat içinde ise evde ziyaret edilmelerinin uygun olacağı düşünülmektedir. Özellikle doğum sonu üçüncü gün, yenidoğanda beslenme problemlerinin, hiperbilirubineminin, dehidratasyonun ve annede ise annelik hüznüne ait belirtilerin görülebildiği kritik bir gündür. Bu nedenle, doğumdan sonra 72 saat içinde halk sağlığı hemşiresi tarafından yapılacak ev ziyareti erken tanı ve tedavi açısından önemlidir (Gölbaşı, 2003). Nitekim Holden ve ark. (1989) depresif kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, 6-8 hafta boyunca yapılan ev ziyaretleri sonunda kadınların depresyon skorlarında başlangıca göre önemli bir düşüş görüldüğünü saptamışlardır. Yine yapılan başka çalışmalarda yapılan ev ziyaretleri sonucunda, depresyon skorlarında düşme olduğu vurgulanmıştır (Byrd, 1999; MacArthur ve ark., 2002; Tezel ve Gözüm, 2003).

Doğum sonrası taburcu olan annelerin, hayatlarındaki bu yeni durum karşısında ruhsal durumlarının irdelenmesi ve PPD açısından risk oluşturan durumların

saptanması halinde, risklerin kontrol altına alınması ve PPD belirtilerinin gözlemlenmesi halinde ise erken dönemde gereken müdahalenin yapılması amacıyla halk sağlığı hemşireleri tarafından sunulan postpartum evde bakım hizmetleri çok önemlidir. Aynı zamanda yapılan ev ziyaretleriyle anneyi ailesiyle birlikte yaşadığı ev ortamında gözlemlemek, anne-hemşire arasındaki güven ilişkisini artırmakta ve anneyi daha doğru ve etkili bir şekilde değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Böylece hemşireliğin bütüncül yaklaşımı çerçevesinde, ailesel ve çevresel özellikler de dikkate alınarak, annenin gereksinimlerine en uygun hemşirelik girişimleri planlanarak, bakımın kalitesi artırılabilir. Ayrıca halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretlerinde, PPD için risk taşıyan annelerin kendine ya da bebeklerine zarar verme, özkıyım ve bebek ihmali gibi durumlara sebebiyet verme ihtimallerini de göz ardı etmemelidirler (Beck, 1996). Mesela kadın, bebeğinin alıştıkları aile düzenini bozduğunu (yemek, uyku, alışveriş vb. alışkanlıkların zamanlarının değişmesi gibi) ve bakımının çok güç olduğunu ifade ediyorsa, bebeğine veya kendine zarar verme düşünceleri varsa (“bebeği susturamadığımda içimden onu atıp fırlatmak geliyor” veya “ölsem de kurtulsam” gibi ifadelerde bulunuyorsa) veya bebeğe karşı agresif tavırlar sergiliyorsa bu durum annenin acil yardıma ihtiyacı olduğunun bir göstergesi olabileceğinden kişi psikiyatri kliniğine yönlendirilmelidir (Tezel, 2006).

Postpartum depresyon nedeniyle antidepresan ilaç kullanan ve emziren anneler ev ziyaretleriyle yakın bir takibe alınmalı ve bu durumdan bebeğin olumsuz etkilenebileceği riskiyle anne eğitilmelidir. Aynı zamanda hemşireler daha önce PPD öyküsü olan kadınların doğum kontrolüne başlamaları ve etkin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarıyla ilgili olarak eğitim ve danışmanlık vermede rol almalıdır (Yanikkerem ve Karadeniz, 2006). Postpartum dönemde, depresif hastalarda en sık karşılaşılan ve bakımda ele alınabilecek hemşirelik tanıları Tablo 2.2’de gösterilmiştir (Tezel ve Gözüm, 2005; Carpenito Moyet, 2012)

Tablo 2.2. Postpartum depresyona yönelik olası hemşirelik tanıları

- Etkisiz bireysel baş etme
- Ümitsizlik
- Sosyal izolasyon
- Benlik saygısında azalma
- Bebeğin beslenme örüntüsünde etkisizlik
- Büyüme ve gelişmede gecikme
- Bilgi eksikliği
- Güçsüzlük
- Kendine zarar verme riski
- Kronik keder
- Düşünme süreçlerinde bozulma
- Ebeveyn- bebek/çocuk bağılılığında bozulma riski
- Eğlence (boş zamanları geçirme) aktivitesinde eksiklik
- Emzirmenin kesintiye uğraması
- Evin bakımını sağlamada yetersizlik
- Sağlığını etkisiz yönetme (bireysel)
- Stres yüklenmesi
- Öz-bakım yetersizliği
- Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- Aile içi süreçlerde değişim
- Seksüel disfonksiyon
- Konstipasyon
- Beslenmede dengesizlik
- Dayanma gücünde bozulma
- Yalnızlık riski

Bu hemşirelik tanıları bireyin kişisel özelliklerine, yaşadığı sorunu algılama şekline, baş etme gücüne, destek kaynaklarının yapısına ve kaynakları kullanma becerisine, hastalığının şiddetine ve olaylara verdiği tepkilere göre farklılık gösterebilir. Hemşire, bu farklılıklar doğrultusunda her birey için mevcut ve potansiyel sorunları değerlendirerek, farklı hemşirelik girişimleri ile sorunlara müdahale etmelidir. Bireyin duygu, düşünce ve algılamalarını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirmeli ve olumlu/güçlü yönlerini ortaya çıkarmalıdır (Tezel ve Gözüm, 2005). Ayrıca hemşireler doğum sonu depresyon yaşayan annelerin özbakım stratejileri geliştirmelerine yardımcı olarak, annelerin kendi bakımını ihmal

etmesinin önüne geçmelidir. Sichel ve Driscoll tarafından geliştirilen NURSE bakım modelinin PPD’de kullanılabileceği belirtilmektedir. Buna göre;

- Modelde “N” beslenme ve gereksinimleri ifade ederek, depresif kadının besin, sıvı alımı, vitamin desteği ve tedavi için gerekli ilaçları kullanımını içermektedir.
- Burada “U” algılamayı ifade ederek psikoterapiyle kişinin öz farkındalığını oluşturmayı amaçlar.
- Modelde “R” ise dinlenme ve gevşemeyi ifade eder. Bu kısım kişinin uyku kalitesinin ve düzeninin sağlanmasıyla gerçekleşmektedir. Çünkü beyin biyokimyasının düzgün işleyişi açısından uyku önemlidir.
- Modelde “S” ise maneviyatı temsil ederek kendisinden daha güçlü bir varlığa olan inanca dayanmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan annenin dinsel inançları doğrultusunda dua, ibadet ve dinsel ritüeller gibi uygulamalar yaparak iyileşeceğine inanması faydalı olabilir.
- Son olarak “E” egzersizi ifade eder. Modelin bu kısmı egzersiz ile beyinde endorfin salınımının artmasına bağlı olarak duygudurum üzerinde oluşan olumlu etkilere dayanmaktadır. Böylece postpartum depresyonda bu modelden yararlanılarak gerekli hemşirelik girişimleri planlanabilir (Driscoll, 2006a).

Postpartum depresyon sonrası tedavi süreciyle iyileşen anneler hemşireler tarafından sık izlenmeye devam edilmelidir. Tekrar hastalığın nüks etmemesi için hemşireler tarafından anneye gereken destek sağlanmalı, baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi sağlanmalı, yaşamsal değişimlere uyum sağlama amaçlı bilgilendirme ve danışmanlık yapılması gerekmektedir. Annenin bebeğin bakımı konusunda destek kaynaklarının farkında olup kullanması için teşvik edilmesi ve bu konuda yalnız başına olmadığını hissetmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, annelerin depresyon belirtilerinin bebek bakım sonuçlarına etkisinin saptanması amacıyla yapılan kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 17 Mart-17 Eylül 2016 tarihleri arasında Antalya Kepez ilçesi 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Kepez 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'nde biri aile hekimliği uzmanı olan toplam sekiz aile hekimi ve 10 aile sağlığı elemanı görev yapmakta ve ASM'ye bağlı beş mahalle (Gülveren, Yeşilyurt, Şafak, Duraliler ve Avni Tolunay Mh.) bulunmaktadır. Antalya Kepez 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 2014 yılı canlı doğum sayısının fazla olması (590) ve bölgenin sosyoekonomik açıdan farklı nüfus yapı ve özelliklerini bir arada barındırması göz önüne alınarak, araştırma burada yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Antalya Kepez 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 17 Mart-17 Eylül 2016 tarihleri arasında altı aylık bebeği olan tüm kadınlar oluşturmaktadır. Ana-çocuk sağlığı açısından izlem faaliyetlerini sürdüren sekiz aile sağlığı elemanından her birine düşen toplam nüfus sayısı 4000 civarındadır. Ayrıca 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 2016 yılı canlı doğum sayısının ise 539 olduğu bildirilmiş ve bunların içinden yukarıda belirtilen tarihler arasında altı aylık olan bebekler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, 17 Mart-17 Eylül 2016 tarihleri arasında Antalya Kepez 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne izlem, aşı, muayene gibi amaçlarla gelen, altı aylık bebeği olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen kadınların tamamı örneklemi oluşturmuştur. Altı aylık süre boyunca her gün aile sağlığı merkezine gidilerek, sıklıkla bebeklerinin altı ay izlemi ve aşısı için ASM'ye gelen annelerle örnekleme ulaşılmıştır. Çalışma, 17-41 yaş aralığında olan, %5.2'sinin okur-yazar,

%26.2'sinin ilkokul, %24.5'inin ortaokul, %25.8'inin lise, %18.3'ünün üniversite ve üzeri mezuniyeti olan, çocuk sayısı 1-6 arasında değişen (tek çocuğu olanların oranı %40.2, iki çocuğu olanların oranı %37.1 ve üç çocuğu olanların oranı %18.3) ve çoğunluğu çalışmayan (%84.7) toplam 229 anne ile yürütülmüştür. Bu süreçte üç anne çalışmaya katılmayı reddetmesi, beş anne ise okur-yazar olmamaları nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Bebeğin altı aylık olması,
- Okur-yazar olma,
- Annede mental retardasyon veya oryantasyon bozukluğunun olmaması,
- Bebeğin annenin yanında ve sağlıklı olması
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olma,
- Kepez 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olma şeklindedir.

Bebek bakım becerisi, bebek tarama (sağlık izlem) becerisi ve bakım-tarama toplam becerisi puan ortalamaları baz alınarak hesaplanan çalışmanın gücü ve etki büyüklüğü Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puan ortalamaları baz alınarak hesaplanan çalışmanın gücü ve etki büyüklüğü

	Gücü	Etki Büyüklüğü
Bebek bakım becerisi	1.0	1.4
Bebek tarama becerisi	1.0	1.24
Bebek bakım-tarama toplam becerisi	1.0	1.56

3.5. Araştırma Soruları

1. 17 Mart-17 Eylül 2016 tarihleri arasında Antalya Kepez ilçesi 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı altı aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon prevalansı nedir?
2. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebekleri arasında büyüme (boy, kilo, baş çevresi, göğüs çevresi) açısından bir fark var mıdır?

3. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında anne-bebek etkileşimi açısından bir fark var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu (EK- 1)

Araştırmacı tarafından konuyla ilişkili araştırma ve literatür bilgilerinden yararlanılarak oluşturulan Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu (Rahman ve ark., 2002; Durukan, 2007; Ulusoy, 2010; Wojcicki ve ark., 2011; Dönmez ve Bükülmez, 2015) için üç kişiden oluşan bir uzman görüşü alınmıştır. Aynı zamanda araştırma öncesinde oluşturulan anket formu hedef grupla benzer özellikler taşıyan ve araştırma örneğine dahil edilmeyen 10 kişi üzerinde uygulanarak ön çalışması yapılmış ve katılımcılar tarafından anketin içeriği, anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından olumlu geri bildirimler alınarak, anket formu son halini almıştır.

Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Form annenin yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu (1., 2. ve 3. sorular), gebelik sayısı, çocuk sayısı, gebelikte risk varlığı, gebelikte risk durumu varsa tanı, planlanan girişim ve girişime uyum, doğum şekli (4., 5., 6. ve 7. sorular) bebeğin cinsiyeti, bebeğin büyüme durumu (boy, kilo, baş çevresi, göğüs çevresi), bebeği emzirme durumu ve süresi (8., 9. ve 10. sorular) tarama programlarına katılım ve sonucu, sonuca göre sorun varsa planlanan girişim ile girişime uyum durumu, bebeğin aşılama durumu (11. ve 12. soru) gebelik izlemlerine gelme şekli, gebelik süresince sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyum durumu (13. ve 14. soru) bebeği aşıya ve izleme getirme şekli, bebekte sağlık problemi olduğu zaman gösterilen davranış şekli, bebeğe D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumu, sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyum (15., 16., 17., 18., 19. ve 20. sorular) gibi sorulardan oluşmaktadır. Form genel olarak sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, bebeğin büyüme durumunu, annenin gebelik ve doğum sonrası süreçte hem kendi sağlığını hemde bebeğinin sağlığını koruyucu davranışlarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

3.6.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK- 2)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları (1987) tarafından doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Cox ve ark., 1987). Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 10 sorudan oluşmakta olup, cevaplar 4’lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması farklı biçimdedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten 12 ve üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30’dur (Engindeniz ve ark., 1997; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

3.6.3. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği (EK- 3)

Çalışmada Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği'nin "Ölçek 1 bebek bakım becerileri" ile "Ölçek 2 tarama/ bebekteki değişikliği en kısa zamanda fark etme" alt boyutları kullanılmıştır. Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği ile annelerin bebek bakım becerilerinde sorun çözümlene davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündükleri değerlendirilmiştir. Bu ölçek, Pridham ve Chang (1982) tarafından geliştirilmiş olup, Kuşuoğlu (1998) tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, çocuk (bebek) bakım becerileri (ölçek 1; 5 madde), tarama (ölçek 2; 3 madde), formulasyon (ölçek 3; 6 madde), ön değerlendirme (ölçek 4; 2 madde), planlama (ölçek 5, 6 madde) uygulama (ölçek 6; 3 madde), değerlendirme (ölçek 7; 4 madde), sorun çözme (ölçek 8; 24 madde) olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Formda bir doğru üzerine numara konularak her madde için skor belirlenmiştir. Her bir

madde için skalada en yüksek puan 9, en düşük puan 1 olarak saptanmıştır. Yirmi dokuz maddelik Türkçe ölçeğin en düşük puanı 29, en yüksek puanı 261'dir. Yüksek puan sorun çözmede etkinliği ve başarılı sorun çözme ile ilgili davranış ve tutumları, düşük puan ise sorunlar karşısında etkili çözümler bulunamadığını gösterir. Pridham ve Chang (1982) geliştirdikleri form için Cronbach Alfa katsayısını .86, ülkemizde ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Kuşuoğlu (1998) ise (Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı formun alt boyutları için ayrı ayrı hesaplanmıştır) .64 ile .95 arasında bulmuştur. Tazeyurt'un yaptığı bir çalışmada ise Ölçek 1 ve Ölçek 2'nin her biri için Cronbach Alfa katsayısı .80 bulunmuştur. Beş maddelik Ölçek 1'in iki maddesi yaşça daha büyük diğer çocuklarla ilgili olduğu için çalışmada bu iki madde kullanılmamıştır. Formdaki 1., 2., 3., maddeler bebek bakım becerisiyle, 4., 5., 6., maddeler ise bebek tarama becerisiyle ilgilidir. Böylece bu çalışmada Ölçek 1 ve Ölçek 2'nin her biri için alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 27'dir. (Kuşuoğlu 1998; Tazeyurt, 1999; Tazeyurt ve Savaşer, 2003).

3.7.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, izlem, aşı veya muayene amacıyla ASM'ye gelen, altı aylık bebeği olan annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ve Anne ve Bebeğin Tanımlayıcı Özellikleri ve Annenin Koruyucu Sağlık Davranışları Soru Formu ile Sorun Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan diğer bir ölçek olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni ise annelerin tek başlarına doldurmaları sağlanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve nasıl uygulanacağı konusunda gerekli bilgiler verilmiştir. Aşı, muayene veya izlem amaçlı olarak sıra beklenirken veya işlemler tamamlandıktan sonra annenin uygun olduğu koşullarda veriler toplanmıştır. Anneler, bebeğin altı aylık izlemini yapan sağlık personelinden bebeğinin boy, kilo, baş çevresi, göğüs çevresi ve fontanel ölçümlerini öğrenmesi ve not etmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Böylece bebeklerin büyüme durumunu saptamaya yönelik bu antropometrik ölçüm değerlerini içeren veriler, direkt olarak anneden elde edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Postpartum depresyon.

Bağımlı değişkenler: Bebekte büyüme göstergesi olan bazı antropometrik ölçümler (boy, kilo, baş çevresi, göğüs çevresi), bebek tarama programlarına katılım, tarama sonucuna göre sorun varsa planlanan girişim, planlanan girişime uyum durumu, bebek aşılama durumu, bebeği aşıya getirme şekli, bebeği izleme getirme şekli, bebekte sağlık problemi olduğu zaman gösterilen davranış şekli, bebeğe D vitamini damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumu, bebeğe demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumu, sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyum durumu, bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bağımsız iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine göre bakım-tarama toplam beceri puan ortalamaları ve standart sapmaları kullanılarak yapılan post hoc güç analizine göre 1.56 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ile $n_1=85$ ve $n_2=144$ alındığında çalışmanın gücü %100 olarak bulunmuştur. Yapılan herhangi bir çalışmanın gücünün 0.80 ve üzerinde olması beklenmektedir. Böylece çalışmanın gücü yeterli olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda etki büyüklüğü ise ortalamalar arasındaki farkın standardize edilmiş bir ölçümüdür. Bir çalışmada normal hipotez testleri iki grup arasındaki farkı saptayabilir, ancak sonuçlar araştırmacıya bu farkın boyutu ya da büyüklüğü hakkında bilgi vermez. Etki büyüklüğü standardize edilmiş farkın bir ölçütü olduğu için bu bilgiye ulaşma açısından önemlidir (Çapık, 2014). Ayrıca t testinde standardize edilmiş küçük etki büyüklüğü 0.2, orta etki büyüklüğü 0.5 ve büyük etki büyüklüğünün ise 0.8 olduğu belirtilmektedir (Cohen, 1992). Çalışmada hesaplanan etki büyüklüklerinin büyük etki büyüklüğü kategorisinde olduğu görülmüştür.

Araştırmanın analizi lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama (ort), standart sapma ve medyan (median), minimum (min), maksimum (maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde 2x2 tablolarda en az bir hücrenin beklenen değeri 5'den küçükse Fisher'in kesin ki-kare testi, değilse Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusallığı Linear by Linear Association (LbL) Testi ile incelemiştir. Çok

gözlü tablolarda beklenen değeri 5'den küçük hücre oranı %20'den az ise Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Bu oranın %20'den fazla olduğu durumda p değeri yorumlanamamıştır. Aynı zamanda çok gözlü düzenlerde ki-kare analizi sonucu $p < 0.05$ bulunduğu durumlarda, ek olarak Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi ve bunlarla beraber q-q plot grafikleri kullanılmıştır. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen grupların ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Independent Samples t Test) kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Ayrıca 0.05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmada analiz edilen parametreler ve uygulanan testler Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Annelerin EDSDÖ puanlarına göre karşılaştırılması ve gruplandırılması	Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi,
Annelerin yaş, öğrenim ve çalışma gibi özelliklerinin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Pearson Ki-Kare Testi
Annelerin gebelik ve doğumla ilişkili bazı obstetrik değişkenleri ile gebelikte sağlığı koruyucu davranışlarının (çocuk sayısı, gebelik sayısı, gebelikte risk durumu, gebelikte risk olması durumunda riske yönelik girişim, riske yönelik girişime uyum durumu, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, gebelik izlemlerine gelme şekli, gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyum) depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Mann-Whitney U Testi Pearson Ki-Kare Testi
Bebeklerin bazı antropometrik ölçümlerinin (Bebeklerin boy, kilo, baş çevresi ve göğüs çevresi) annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Pearson Ki-Kare Testi
Bebeği emzirme durumu ve süresinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Mann-Whitney U Testi Pearson Ki-Kare Testi
Annelerin bebeğin doğumuyla birlikte uygulanan rutin sağlık tarama ve aşılama programlarına katılım ve uyumlarının (tarama programlarına katılım, tarama sonucu, çıkan sonuca göre sorun varsa planlanan girişim, planlanan girişime uyum, aşılama durumu) depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Fisher'in kesin Ki-Kare testi Pearson Ki-Kare Testi
Annelerin bebek sağlığını koruyucu davranışlarının (bebeği aşıya ve izleme getirme şekli, bebekte herhangi bir sağlık problemi görüldüğü zaman gösterilen davranış şekli, bebeğe D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumu, sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyum) depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması	Pearson Ki-Kare Testi
Annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi,
Annelerin EDSDÖ puanları ile bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon Testi

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onam alınmıştır (EK-4). Aynı zamanda Antalya Kepez İlçesi sınırları içerisindeki 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmanın yürütülebilmesi için Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (EK-5). Araştırmaya katılmak için gönüllü olan bireylere araştırma hakkında gerekli bilgi verilip aydınlatılmış onamları alınarak (EK-6), istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgilendirilmişlerdir. Bu araştırmada, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin kullanımı için Engindeniz'den (EK-7) ve Sorun-Çözme Becerileri Değerlendirme Formu "Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum" Ölçeği için Kuğuoğlu'ndan (EK-8) izin alınmıştır. Ayrıca etik açıdan araştırmada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden 12 puan ve üzerinde alan kadınlar risk grubunda kabul edilmesinden dolayı psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin annenin sadece son bir haftadaki duygudurum değişikliklerini temel alması, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Aynı zamanda postpartum depresyon sorunu yaşayan ancak ASM'ye gelemeyen annelerin bulunma olasılığının olması ve bunlara ulaşılamaması araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

3.12. Çalışma Planı

Tez çalışmasının takvimsel akış çizelgesi Tablo 3.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Tez çalışmasının takvimsel akış çizelgesi

Zaman →	2015 Mart- Nisan	2015 Mayıs- Haziran	2015 Temmuz- Ağustos	2015 Ağustos- 2016 Mart	2016 Mart- Eylül	2016 Eylül- Şubat 2017	2017 Şubat- Haziran	2017 Haziran- Temmuz
İşlem Basamakları ↓								
Literatür taranması	**	**	**	**	**	**	**	**
Tez öneri sınavının yapılması		**						
Etik kurul izninin alınması			**					
Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne izin belgelerinin gönderilmesi			**					
Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden izin yazısının alınması				**				
Veri toplama aşaması					**			
Verilerin analizi ve yorumlanması						**		
Tez yazımı ve sunumu					**	**	**	**

4. BULGULAR

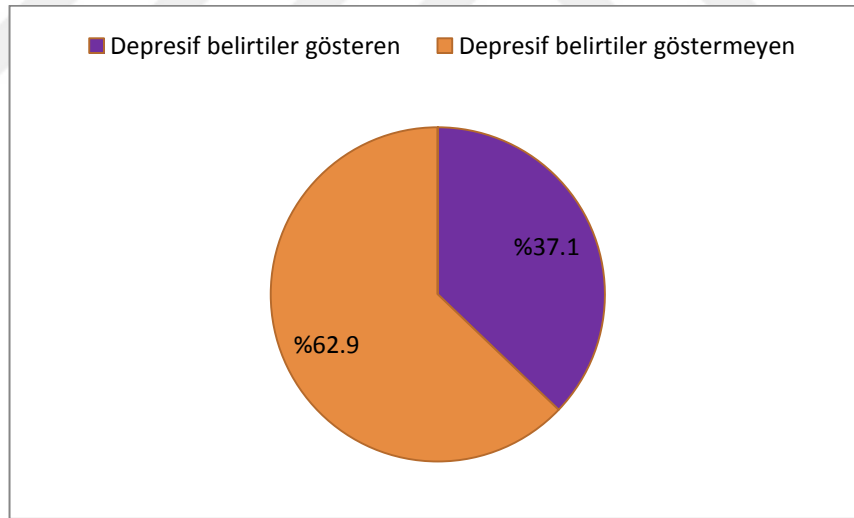
Bu bölümde postpartum depresyon prevalansı saptandıktan sonra katılımcılar depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Çalışmanın diğer bulguları bu iki grubun karşılaştırılması yapılarak elde edilmiştir.

4.1. Postpartum Depresyon Prevalansı

Tablo 4.1. Annelerin EDSÖ puanlarına göre karşılaştırılması ve gruplandırılması

EDSDÖ Puanı	n	%	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)
12 ve \uparrow puan (Depresif belirtiler gösteren)	85	37.1	15.64 \pm 3.54	15(12-27)
11 ve \downarrow puan (Depresif belirtiler göstermeyen)	144	62.9	6.29 \pm 3.36	6(0-11)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre; araştırmaya katılan toplam 229 annenin %37.1'inin (n=85) 12 ve üzerinde puan alarak depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.1, Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Annelerin EDSÖ puanlarına göre dağılımı

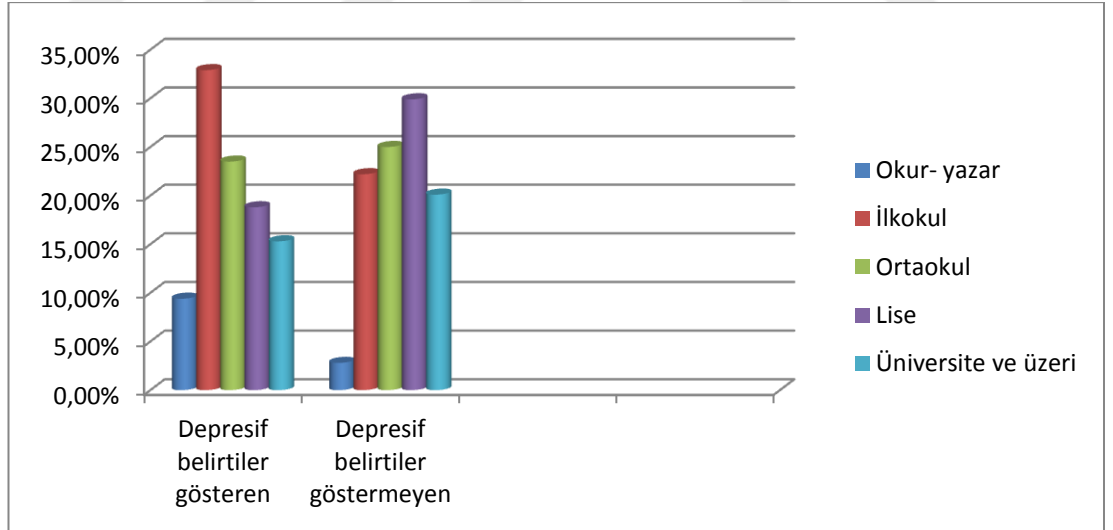
4.2. Annelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Gebelik ve Doğum Sürecindeki Sağlık Göstergelerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 229 annenin yaş, eğitim ve çalışma durumları Tablo 4.2 ve Şekil 4.2'deki gibi karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.2. Annelerin yaş, öğrenim ve çalışma gibi özelliklerinin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Özellikler	Depresif belirtiler gösteren (n=85)		Depresif belirtiler göstermeyen (n=144)		İstatistik
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Yaş	29.13±5.33		27.94±5.16		t=1.659 p=0.098
	n	%	n	%	
Öğrenim durumu					$\chi^2=10.092$ p=0.039
Okur- yazar*	8	9.4	4	2.8	
İlkokul	28	32.9	32	22.2	
Ortaokul	20	23.6	36	25	
Lise	16	18.8	43	29.9	
Üniversite ve üzeri	13	15.3	29	20.1	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Çalışma durumu					$\chi^2=3.6$ p=0.058
Çalışıyor	8	9.4	27	18.8	
Çalışmıyor	77	90.6	117	81.2	
Toplam	85	100.0	144	100.0	

* Gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmesi ile saptanmıştır.



Şekil 4.2. Annelerin öğrenim durumlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre dağılımı

Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen iki grup arasında öğrenim durumu (p=0.039) açısından fark bulunmuştur. Bonferroni düzeltmesi ile bu farklılığın “okur-yazar” değişkeninden kaynaklandığı saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerde okur-yazar oranının (%9.4) depresif belirtiler göstermeyen annelerden

daha yüksek olduğu (%2.8) bulunmuştur. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin ortalama yaşları ve çalışma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Depresif belirtiler gösteren annelerin yaş ortalaması ve standart sapması 29.13 ± 5.33 iken, depresif belirtiler göstermeyen annelerin yaş ortalaması ve standart sapması 27.94 ± 5.16 şeklindedir. Tablo 4.3’de annelerin gebelik ve doğumla ilişkili bazı obstetrik değişkenlerinin karşılaştırmalı analizi sunulmuştur.

Tablo 4.3. Gebelik ve doğumla ilişkili bazı obstetrik değişkenlerin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Depresif belirtiler gösteren (n=85)		Depresif belirtiler göstermeyen (n=144)		İstatistik
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Çocuk sayısı	2.04±0.88		1.81±0.96		MWU-test=5070 p=0.021
Gebelik sayısı	2.38±1.18		1.94±1.04		MWU-test=4772 p=0.004
	n	%	n	%	
Gebelikte risk durumu					
Var	56	65.9	65	45.1	$\chi^2=9.229$ p=0.002
Yok	29	34.1	79	54.9	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Riske yönelik girişim					
Sevk	8	14.3	7	10.8	$\chi^2=2.136$ p=0.344
Sık izlem	36	64.3	36	55.4	
Eğitim/danışmanlık	12	21.4	22	33.8	
Toplam	56	100.0	65	100.0	
Doğum şekli					
Normal	31	36.5	47	32.6	$\chi^2=0.349$ p=0.554
Sezaryen	54	63.5	97	67.4	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	39	45.9	67	46.5	$\chi^2=0.009$ p=0.925
Erkek	46	54.1	77	53.5	
Toplam	85	100.0	144	100.0	

Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında gebelik ($p=0.004$) ve çocuk sayısı ortalamaları ($p=0.021$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Depresif belirtiler gösteren annelerin gebelik ve çocuk sayısı ortalamaları, depresif belirtiler göstermeyen annelerden yüksek bulunmuştur. Gebelikte risk varlığı ($p=0.002$) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerde gebelikte risk taşıma oranı, depresif belirtiler göstermeyen annelerden daha yüksektir. Gebelikte risk taşıma durumunda, riske yönelik girişim açısından iki grup arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Aynı zamanda depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında, doğum şekli ve bebeğin cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Tablo 4.4'de annelerin gebelik sürecinde sağlığı koruyucu davranışlarının karşılaştırmalı analizi gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Annelerin gebelikte sağlığı koruyucu davranışlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Davranışlar	Depresif belirtiler gösteren		Depresif belirtiler göstermeyen		İstatistik
	n	%	n	%	
Riske yönelik girişime uyum					
Uyumlu	35	62.5	62	95.4	$\chi^2=20.820$ $p<0.001$
Uyumsuz	21	37.5	3	4.6	
Toplam	56	100.0	65	100.0	
Gebelik izlemlerine gelme şekli					
İzlem tarihlerine göre kendisi gelir	56	65.9	107	74.3	$\chi^2=5.278$ $p=0.071$
Telefonla çağrılınca vakit kaybetmeden gelir	22	25.9	34	23.6	
Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, izleme geç gelir veya izleme gelmez	7	8.2	3	2.1	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyma					
Evet	63	74.1	135	93.8	$\chi^2=17.601$ $p<0.001$
Bazen veya hayır	22	25.9	9	6.2	
Toplam	85	100.0	144	100.0	

Gebelik izlemlerine gelme şekli değişkeninin grupları (telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, izleme geç gelir ile izleme gelmez) ile gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyma değişkeninin gruplarında (bazen ile hayır) örneklem sayısı analiz için yetersiz olmasından dolayı gruplar arasında birleştirme yapılarak veri değerlendirmesi yapılmıştır. Gebelikte riskin var olması durumunda, riske yönelik girişime uyum ($p<0.001$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Depresif belirtiler gösteren annelerde riskin var olması durumunda, riske yönelik girişimlere uyumsuzluk oranı depresif belirtiler göstermeyen annelerden daha yüksektir. Gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyma ($p<0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresif belirtiler göstermeyen annelerin gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere daha fazla oranda uyum gösterdikleri belirlenmiştir. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında, gebelik

izlemlerine gelme şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Bebeklerin Büyüme ve Emzirilme Durumlarına İlişkin Bulgular

Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin büyüme göstergeleri olan antropometrik ölçümlerinin ortalamaları Tablo 4.5’de karşılaştırılmıştır.

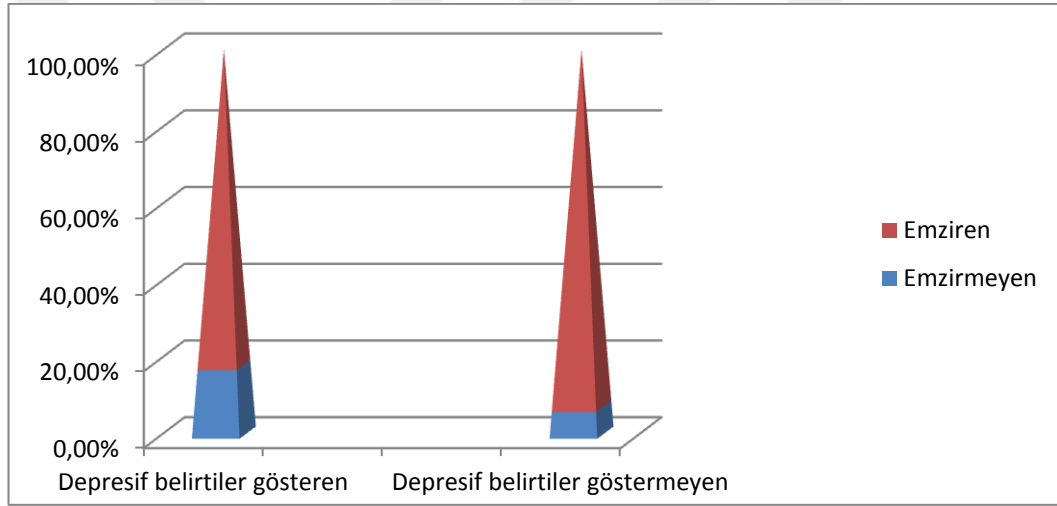
Tablo 4.5. Bebeklerin bazı antropometrik ölçümlerinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Bulgular	Depresif belirtiler gösteren			Depresif belirtiler göstermeyen			İstatistik
	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	
Bebek boy	85	66.68±2.72	67 (60-72)	144	67.47±2.53	68 (60-73)	t=2.209 p=0.028
Bebek kilo	85	7536±952.68	7500(5500-10500)	144	7813.4±910.81	7800(5500-10800)	t=2.189 p=0.030
Baş çevre	85	42.33±1.53	42(39-46)	144	42.5±1.35	42.5 (39-46)	t=0.854 p=0.394
Göğüs çevre	82	43.5±1.8	43 (40-50)	132	43.93±1.76	44 (40-50)	t=1.697 p=0.091

Bebek boy ve kilo ölçümlerinin ortalamaları açısından her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin boy ve kilo ortalamaları, depresif belirtiler göstermeyen annelerin bebeklerine göre daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0.028$, $p=0.030$). Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin baş çevresi ve göğüs çevresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin emzirme süreleri ve emzirme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.6 ve Şekil 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Bebeği emzirme durumu ve süresinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Bebeğin Emzirilmesi	Depresif belirtiler gösteren (n=85)		Depresif belirtiler göstermeyen (n=144)		İstatistik
	%		%		
Emzirme durumu Emzirmeyen Emziren	17.6 82.4		6.9 93.1		$\chi^2=6.295$ $p=0.012$
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	
Emzirme süresi (Hafta)	17.29±8.93	20 (0-24)	19.76±7.29	24 (0-24)	MWU-test=5098.5 p=0.019



Şekil 4.3. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin emzirme durumlarının dağılımı

Karşılaştırma sonucunda bebeği emzirme durumu ve emzirme süresi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Depresif belirtiler gösteren annelerde bebeği emzirmeme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.012$). Aynı zamanda depresif belirtiler gösteren annelerin bebeği emzirme süresinin, depresif belirtiler göstermeyen annelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.019$).

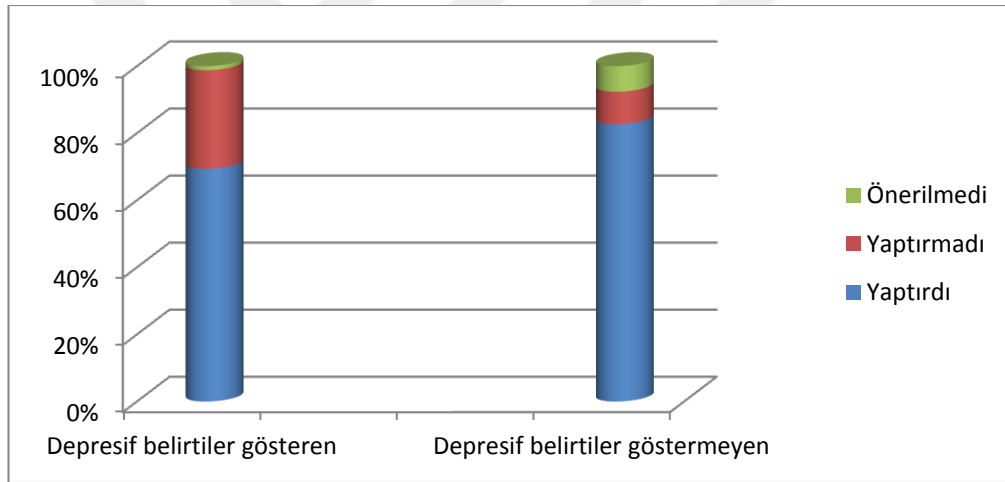
4.4. Annelerin Bebek Sağlığını Korumaya Yönelik Davranışları ve Bebek ile Olan Etkileşimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. ve Şekil 4.4’de depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerine GKD kontrolü için ultrason yaptırma durumlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Bebekte Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) kontrolü amaçlı ultrason yaptırma durumları açısından depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin karşılaştırılması

	Depresif belirtiler gösteren		Depresif belirtiler göstermeyen		İstatistik
	n	%	n	%	
GKD ultrason					
Yaptırdı*	59	69.4	119	82.7	$\chi^2 = 17.630$ $p < 0.001$
Yaptırmadı*	25	29.4	14	9.7	
Önerilmedi*	1	1.2	11	7.6	
Toplam	85	100.0	144	100.0	

* Gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmesi ile saptanmıştır.



Şekil 4.4. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebekte GKD kontrolü amaçlı ultrason yaptırma oranlarının dağılımı

İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bonferroni düzeltmesi ile bu farklılığın “Yaptırdı”, “Yaptırmadı” ve “Önerilmedi” şeklindeki değişkenlerden kaynaklandığı saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerine GKD kontrolü için ultrason yaptırma oranı daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). Aynı zamanda bebeğin doğumuyla birlikte uygulanan diğer rutin sağlık tarama ve aşılama programları ile ilgili diğer çalışma verilerinin, Fisher’in kesin kare testiyle değerlendirilmesi sonucunda iki grup arasında bebeklerine işitme testi yaptırma, GKD sorunu saptanmışsa planlanan girişim ve planlanan girişime uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gelişimsel kalça displazisi kontrolü için ultrason yaptıran annelerin bebeklerinin sadece ikisininin

sonucunda sorun olduğu saptanmıştır. Sorun saptanan bu iki bebek sağlık personeli tarafından hastaneye sevk edilmiştir. Sevk edilen bu iki bebeğin de anneleri depresif belirtiler göstermeyen grupta olup, sevk edildikleri gibi hastaneye giderek, sağlık personeli tarafından planlanan bu girişime uyum göstermişlerdir. İşitme testi yaptırnan annelerin oranının depresif belirtiler gösterenlerde %98.8, depresif belirtiler gstermeyenlerde ise %99.3 olduğu saptanarak, annelerin tamamına yakınının bebeklerine işitme testi yaptırndıkları görülmüştür. Ayrıca çalışmada bebeklerin tamamından topuk kanı alındığı ve %100'ünün de tam aşılı oldukları saptanmıştır. Tablo 4.8, Şekil 4.5 ve Şekil 4.6'da depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebek sağlığını koruyucu davranışlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.



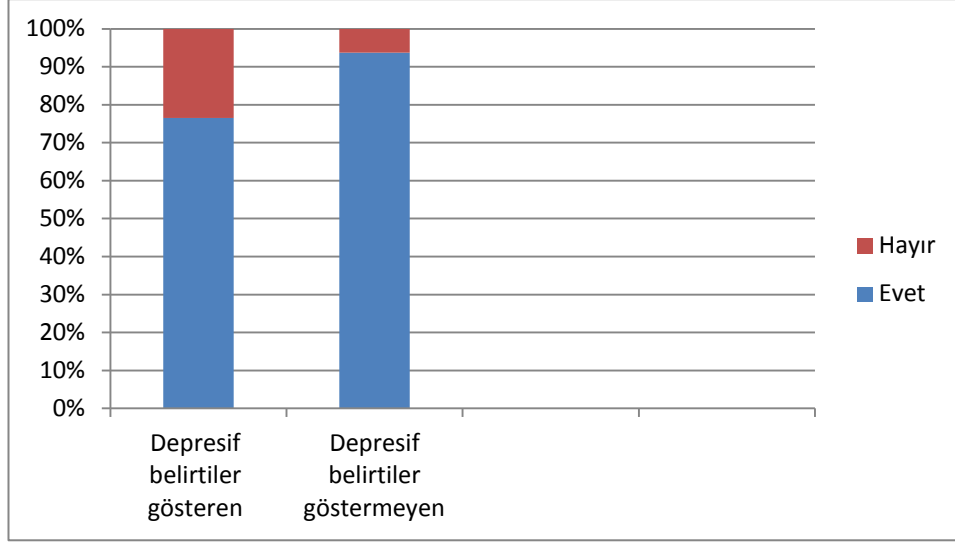
Tablo 4.8. Annelerin bebek sağlığını koruyucu davranışlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre karşılaştırılması

Tutum ve Davranışlar	Depresif belirtiler gösteren		Depresif belirtiler göstermeyen		İstatistik
	n	%	n	%	
Bebeği aşıya getirme					
Aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince getirir ^a	67	78.8	129	89.6	$\chi^2=5.017$ $p=0.025$
Telefonla çağrılınca vakit kaybetmeden getirir ^a veya telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, aşıya geç getirir ^b	18	21.2	15	10.4	
Aşıya getirmez** ^b	0	0.0	0	0.0	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Bebeği izleme getirme					
Bebek izlem tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince getirir ^a	67	78.8	127	88.2	$\chi^2=3.625$ $p=0.057$
Telefonla çağrılınca vakit kaybetmeden getirir ^a veya telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, izleme geç getirir ^b	18	21.2	17	11.8	
Bebeği izleme getirmez** ^b	0	0.0	0	0.0	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Bebekte görülen sağlık problemlerine yaklaşım					
Zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürür** ^a	49	57.7	106	73.6	$\chi^2=6.762$ $p=0.034$
Eşinin ve yakın çevresinin önerisiyle sağlık kurumuna götürür ^a	8	9.4	6	4.2	
Evde kendi bilgisi dahilinde müdahalede bulunur ^b	28	32.9	32	22.2	
Önemsemez** ^b	0	0.0	0	0.0	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
D vitamini damlasını düzenli ve uygun miktarda verme					
Evet ^a	65	76.5	135	93.7	$\chi^2=14.429$ $p<0,001$
Hayır ^b	20	23.5	9	6.3	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme					
Evet ^a	63	74.1	128	88.9	$\chi^2=8.426$ $p=0.004$
Hayır ^b	22	25.9	16	11.1	
Toplam	85	100.0	144	100.0	
Sağlık Personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyma					
Evet** ^a	48	56.5	122	84.7	$\chi^2=22.376$ $p<0.001$
Bazen* ^b	31	36.5	19	13.2	
Hayır ^b	6	7.0	3	2.1	
Toplam	85	100.0	144	100.0	

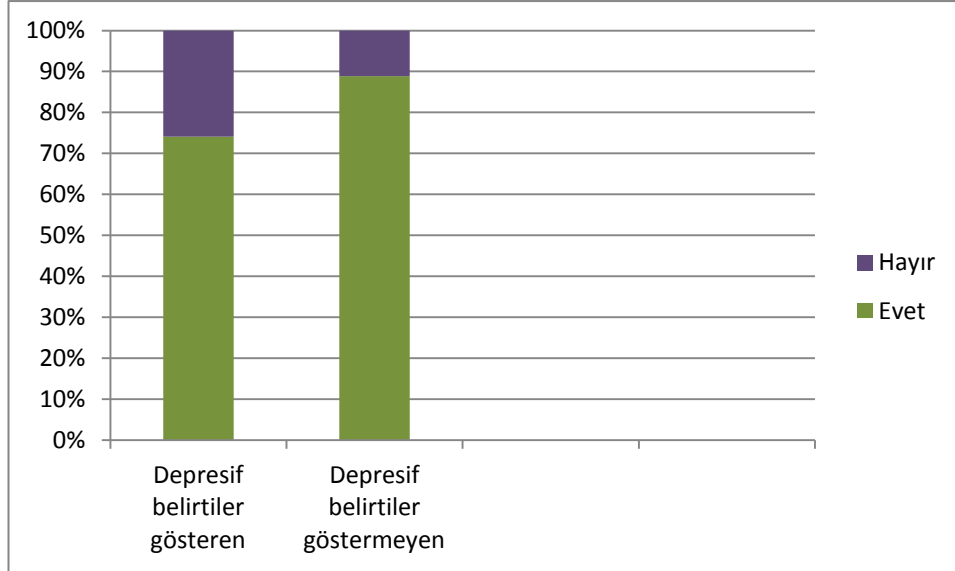
*Gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmesi ile saptanmıştır.

**Veri analizine katılmamıştır.

^aOlumlu davranışlar; ^bOlumsuz davranışlar



Şekil 4.5. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebeğe D vitamini damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumlarının dağılımı



Şekil 4.6. Depresif belirtiler gösterme durumlarına göre annelerin bebeğe demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme durumlarının dağılımı

İki grup karşılaştırıldığı zaman bebeği aşuya getirme şekli ($p=0.025$), bebekte herhangi bir sağlık problemi olduğunu düşündüğü zaman gösterilen davranış şekli ($p=0.034$), bebeğe D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme ($p<0.001$; $p=0.004$), sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyma ($p<0.001$) durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Belirli değişkenlerin gruplarında örneklem sayısı analiz için yetersiz olmasından dolayı (“Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, izleme geç getirir” ve “Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, aşuya geç getirir” yanıtları sadece depresif

belirtiler gösteren anneler arasındaki bir kişi tarafından verilmiştir) gruplarda birleştirme yapılmıştır.

Depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre daha yüksek oranda aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, bebeklerini ASM'ye vakti gelince getirdiği görülmektedir. Bonferroni düzeltmesi ile bebekte herhangi bir sağlık problemi olduğunu düşündüğü zaman gösterilen davranış şekli değişkeni açısından istatistiksel olarak saptanan anlamlı farklılığın "Bebeğini zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürür" diyen gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Böylece depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre bebekte herhangi bir sağlık problemi olduğunu düşündüğünde gösterilen davranış şekli olarak; bebeğini zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda depresif belirtiler göstermeyen annelerde, depresif belirtiler gösteren annelere göre bebeğe D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme oranı daha yüksektir. Bonferroni düzeltmesi ile sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere uyma değişkeni açısından istatistiksel olarak saptanan anlamlı farklılığın "Evet" ve "Bazen" değişken gruplarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre, sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere tam uyumlu olma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında bebeği izleme getirme şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9’da depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi, bakım-tarama toplam beceri puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Depresif belirtiler gösteren (n=85)		Depresif belirtiler göstermeyen (n=144)		İstatistik
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (Min-Maks)	
Bebek bakım becerisi	20.42±2.94	20(13-27)	24.15±2.36	24(17-27)	t=-9.957 p<0.001
Bebek tarama becerisi	22.13±2.95	22(15-27)	25.23±1.95	26(19-27)	t=-8.648 p<0.001
Bebek bakım-tarama toplam becerisi	42.55±5.07	43(29-54)	49.38±3.58	50(39-54)	t=-10.908 p<0.001

İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerin, depresif belirtiler göstermeyen annelere göre bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları daha düşük bulunmuştur (p<0.001). Araştırmaya katılan tüm annelerin EDSDÖ puanları ile bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları arasındaki korelasyon Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Annelerin EDSDÖ puanları ile bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları arasındaki ilişki (n=229)

		Bebek bakım becerisi puanı	Bebek tarama becerisi puanı	Bakım-tarama toplam becerisi
EDSDÖ puanı	r	-.555**	-.540**	-.611**

** p<0.001 anlamlılık düzeyindedir.

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tabloya göre, EDSDÖ puanı ile bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Böylece EDSDÖ puanı arttıkça, annelerin bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanının azaldığı belirlenmiştir (p<0.001).

5. TARTIŞMA

Çalışmada PPD belirtileri gösteren annelerin bebek bakımı konusunda nasıl etkilendiği saptanarak, bunun bebek üzerine olan yansımaları belirlenmiştir. Böylece bu sorun karşısında gereken önlemlerin alınmasıyla birlikte toplumun geleceğini oluşturan bebeklerin yeterli bakım alması sağlanarak, sağlıklı ve üretken bir nesil oluşturulmasına katkıda bulunulmak istenmiştir. Ülkemiz ve uluslararası literatüre bakıldığında kullanılan yöntem ve ölçme araçları açısından bu çalışmanın bazı farklı özellikler taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle bazı bulgular açısından birebir tartışma imkanı da kısıtlı kalmıştır. Araştırmayla elde edilen bulgular literatürdeki diğer çalışmaların incelenmesi sonucu karşılaştırma yapılarak aşağıdaki sırayla tartışılmıştır:

1. Postpartum depresyon prevalansının ve annelerin bazı tanıtıcı özelliklerinin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre incelenmesi
2. Annelerin gebelik ve doğumla ilişkili bazı obstetrik değişkenleri ile gebelikte sağlığı koruyucu tutum ve davranışlarının depresif belirtiler gösterme durumlarına göre incelenmesi
3. Bebeğin büyüme ve emzirilme göstergelerinin annelerin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre incelenmesi
4. Annelerin bebek sağlığını korumaya yönelik davranışları ve bebek ile olan etkileşimlerinin depresif belirtiler gösterme durumlarına göre incelenmesi

5.1. Postpartum Depresyon Prevalansının ve Annelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi

Bu çalışmada EDSÖ kesme puanı 12 ve üzeri alınarak PPD prevalansı %37.1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Uluslararası literatür incelenerek dünya üzerindeki çeşitli ülkelerde PPD prevalansının belirlendiği çalışmalara bakıldığında, PPD prevalansının %5.5 ile %37.2 arasında değiştiği görülmektedir (Cox ve ark., 1993; Lee ve ark., 1998; Josefsson ve ark., 2001; Chandran ve ark., 2002; Righetti-Veltima ve ark., 2002; Freeman ve ark., 2005; Wissart ve ark., 2005; Limlomwongse ve Liabsuetrakul, 2006; Miller ve ark., 2006; Murakami ve ark., 2008; Nagy ve ark., 2011; Warren ve ark., 2011; Goshtasebi ve ark., 2013; Mathisen ve ark., 2013; Alharbi ve ark., 2014). Halbreich ve Karkun (2006) dünya genelinde 40 ülkedeki 143

çalışmayı inceleyerek oluşturduğu bir literatür analizi sonucunda PPD prevalansının yaklaşık %0-60 arasında geniş bir yelpazede değişiklik gösterdiğini bildirmiştir. Türkiye’de EDSDÖ kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında ise PPD prevalansının %14-40 arasında değiştiği görülmektedir (Danacı ve ark., 2002; Buğdaycı ve ark., 2004; Ekuklu ve ark., 2004; Nur ve ark., 2004; Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Salgın ve ark., 2007; Ege ve ark., 2008; Efe ve ark., 2009; Kırpınar ve ark., 2010; Gümüş ve ark., 2012; Demir ve ark., 2016). Bu çalışmada elde edilen PPD prevalansı dünyada ve Türkiye’de görülen PPD prevalans oranlarıyla uyumluluk göstermektedir. Çalışmalardan çıkan farklı PPD prevalanslarının nedeni, üzerinde araştırma yapılan toplumun tipik özellikleri, örneklem grubunun seçimi, depresyonu tanılama yöntemleri ve tanı için kullanılan ölçütlerin çeşitliliğiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin yaş ortalaması (29.13 ± 5.33), depresif belirtiler göstermeyen annelerin yaş ortalaması (27.94 ± 5.16) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.2). Benzer bir şekilde Sivas’ta yapılan bir çalışmada depresyonu olan ve olmayan annelerin yaş ortalamaları (sırasıyla 26.0 ± 4.9 ve 26.2 ± 5.5) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Nur ve ark., 2004). Yine Aderibigbe ve ark. (1993)’nin postpartum altıncı haftada olan 277 Nijeryalı anne ile yaptıkları bir çalışmada annenin yaşı ile EDSDÖ skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Georgiopoulos ve ark. (1999) anne yaşının küçük olması durumunu PPD için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. İnandı ve ark.’nın (2002) yaptıkları çalışmada da küçük anne yaşının PPD için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar çıksa da anne yaşının küçük olması (adölesan annelik) PPD için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Tezel, 2006; Erdem ve Bez 2009). Ancak çalışmadaki örneklem grubunun yaş dağılımı yoğunluk olarak küçük yaşları (adölesan dönemi) kapsamadığından, bu yönde bir farklılık bulunamadığı söylenebilir.

Araştırmada depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin öğrenim durumları arasında okur-yazar olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Depresif belirtiler gösteren annelerin okur-yazar olma yüzdesinin, depresif belirtiler göstermeyen annelere göre daha yüksek oranda olduğu

bulunmuştur. Aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış olsada, depresif belirtiler gösteren annelerin %34.1'i lise ve üzeri mezunu iken, depresif belirtiler göstermeyen annelerin %50'si lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Böylece depresif belirtiler gösteren annelerdeki eğitim düzeyinin, depresif belirtiler göstermeyenlere göre daha düşük olduğu söylenebilir. İnandı ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde eğitim düzeyi düşükçe, PPD oranının arttığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, PPD'nin üniversite mezunlarında hiç görülmediği, ilkokul mezunlarında ise en yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (Ak, 2010). Yine benzer biçimde yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan annelerde PPD oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dennis ve ark., 2004). Buna karşın, Verkerk ve ark. (2004) ile Ekuklu ve ark. (2004)'nin yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak kadınların öğrenim düzeyi, PPD görülme durumunu etkileyen risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Beck, 2001; Erdem ve Bez, 2009). Bunun da öğrenim düzeyi arttıkça kişilerin yaşadığı sorunları algılama, ifade edebilme ve doğru çözüm yolları arayarak baş etme konusunda daha etkin olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında herhangi bir işte çalışma durumları açısından bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.2). Çalışmanın sonucuyla benzer biçimde, Demir ve ark. (2016)'nin yaptıkları çalışmada da annelerin çalışma durumlarıyla EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ülkemizde Nur ve ark.'nın (2004) yaptıkları çalışmada ev kadınlarının çalışan kadınlara göre PPD'ye yakalanma riskinin 1.98 kat daha fazla olduğu, Gümüş ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada da çalışmayan kadınların depresif belirti düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın, Atasoy ve ark.'nın (2004) yaptıkları çalışmada, çalışan kadınların depresif semptom düzeyi anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Atasoy ve ark., 2004) Ülkemizde bu durumun kültürel inanç ve geleneksel faktörlerden etkilenebileceği belirtilmektedir (Demir ve ark., 2016). Ev kadınlığı rolünü toplumumuzun büyük çoğunluğunun benimsediği ve olağan kabul ettiği bir ortamda, sosyal destek sistemlerinin ev kadınları için daha geçerli olduğu görülmektedir. Özellikle ev kadınlarının ailesiyle, yakınlarıyla, arkadaşları ve çocukları ile daha yakın ilişkiler kurabilmeleri ve destek alabilmeleri bir avantajdır. Oysa ki çalışan kadınların bir yandan geleneksel

görevlerine (ev işleri, annelik vb.) bir yandan da çalışma hayatının ağır koşullarıyla birlikte çalışmaya devam etmesi sonucu iki iş yükünü birden omuzlamak zorunda kalmaları, çalışan kadınlarda PPD görülme oranını artırdığı düşünülmektedir (Önen ve ark., 1995; Gümüş ve ark., 2012; Demir ve ark., 2016). Buna karşın çalışan kadınların ihtiyaçlarını kendi başına karşılayabilmesi, sosyoekonomik sorunları daha az yaşaması, yaşam içerisinde karşılaştığı sorunlarla daha kolay baş edebilmesi, yaşamdan doyum alması, iş çevresi nedeniyle iletişim ve sosyalleşme konusunda daha başarılı olabilmesine bağlı olarak, PPD görülme riskinin daha az olabileceği düşünülmektedir. Ancak İsviçre’de yapılan bir çalışmada özellikle maddi nedenlerden dolayı çalışma yaşamına erken dönen kadınlarda daha yüksek oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Righetti-Veltima ve ark., 2002). Çalışmamıza katılan kadınlarda çalışma oranı düşük olduğundan, çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında PPD açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmadığı düşünülmektedir (Tablo 4.2).

5.2. Annelerin Gebelik ve Doğumla İlişkili Bazı Obstetrik Değişkenleri ile Gebelikte Sağlık Koruyucu Tutum ve Davranışlarının Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi

Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin çocuk sayısı ortalamasının (2.04 ± 0.88), depresif belirtiler göstermeyen annelerin çocuk sayısı ortalamasından (1.81 ± 0.96) yüksek olduğunun bulunması (Tablo 4.3) sonucuyla paralel olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada da yaşayan çocuk sayısının fazla olması ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Danacı ve ark., 2002). Pakistan’da yapılan bir çalışmada, beş ve üzerinde çocuk sahibi olma durumu PPD için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Rahman ve Creed, 2007). Ekuklu ve ark.’nın (2004) yaptıkları çalışmada ise çocuk sayısı ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak çocuk sayısının fazla olmasıyla birlikte kadınların kendilerine daha az zaman ayırmaları, uyku problemleri, eş ile duygusal ilişkilerde kopukluk, korunma amacıyla cinsel aktiviteden kaçınılması gibi nedenlerle kolaylıkla negatif duygudurum geliştiği belirtilmektedir (Barber ve ark., 1999).

Araştırmada düşüklerinde dahil olduğu toplam gebelik sayısı ortalamasının depresif belirtiler gösteren annelerde (2.38 ± 1.18), göstermeyenlere (1.94 ± 1.04) oranla daha

yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Özkan ve ark. (2014) ile Yağmur ve Ulukoca'nın (2010) yaptıkları çalışmalarda da gebelik ve doğum sayısı arttıkça EDSDÖ puanının arttığı belirlenmiştir. Ancak Gümüş ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ortalaması ile EDSDÖ puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Norveç'te Eberhard-Gran ve ark.'nın (2003), Türkiye'de Atasoy ve ark.'nın (2004), Japonya'da Kitamura ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmalarda kadında düşük öyküsü ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İnandı ve ark.'nın (2002) yaptıkları bir çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde üç ya da daha fazla düşük yapmış olan kadınlarda PPD görülme oranı, düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2.4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, literatürde de doğum sayısındaki artışın PPD için bir risk faktörü olarak kabul edilmesi, çalışmadan çıkan sonucu desteklemektedir (Evins ve Theofrastous, 1997; Josefsson ve ark., 2002; Erdem ve Çelepkolu, 2014).

Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerde gebelikte herhangi bir risk taşıma oranı (%65.9), depresif belirtiler göstermeyen annelerden (%45.1) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3). Benzer biçimde Özdemir ve ark.'nın (2008) çalışmasında gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşamış olanlarda PPD tanısı alma sıklığı, herhangi bir tıbbi sorun yaşamamış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yine İnandı ve ark.'nın (2002) yaptıkları bir araştırmada da gebelik sürecinde herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde PPD tanısı alma olasılığı 1.67 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak Ocaktan ve ark.'nın (2006) yaptıkları bir çalışmada, gebelik döneminde görülen hastalık durumuyla EDSDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmada gebelikte risk taşınması durumunda, riske yönelik girişim açısından depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3). Bunun nedeni ise gebelik döneminde görülen fiziksel problemlere karşı, sağlık personelinin riske yönelik girişimlerinin, annenin ruhsal durumundan bağımsız bir şey olması ile açıklanabilir. Çalışmada riskli gebeliklerde, sağlık personelinin riske yönelik girişimlerine uyumsuzluk oranı depresif belirtiler gösteren annelerde (%37.5), göstermeyenlere (%4.5) oranla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). Nedensel olarak bakıldığında, gebelik sürecinde yaşanan tıbbi sorun için uygulanması gereken girişimlere

uyulmamasına bağlı olarak, bu riskli gebelik dönemi daha ağır koşullarda geçirilmiş olabilir. Bu da annenin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyerek, ruhsal olarak da olumsuz etkilenmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmada doğum şekli açısından depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3). Doğum şeklinin postpartum depresyona olan etkilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bir çalışmada postpartum depresif belirti düzeyinin normal doğum yapmış kadınlarda daha yüksek olduğu saptanırken (Gümüş ve ark., 2012), başka bir çalışmada ise sezaryenle doğum yapan kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Xie ve ark., 2011). Hatta, Mathisen ve ark.'nın (2013) alışmasında da sezaryenle doğum yapan kadınlarda PPD riski 4.19 kat daha fazla bulunmuştur. Ancak annelerin doğum şekilleri ile PPD belirtileri gösterme durumları arasında anlamlı bir farklılığın saptanmadığı çalışmalarda yer almaktadır (şensoz, 2011; Erken 2016).

Çalışmada bebeğin cinsiyeti açısından depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3). Türkiye'deki kültürel ve geleneksel normlara göre aileler erkek bebeğe sahip olma arzusu taşımaktadır. unku erkekler ailenin işgücü olarak, gelecekte maddi açıdan garanti olarak görülmektedir. Bununla birlikte son yıllarda, kadınlara işgücü katılm oranlarında yaşanan artışın, bu algıyı değiştirmesi beklenmektedir. Bu nedenle PPD ile bebeğin cinsiyeti arasında bir ilişki bulunması beklenmektedir (Poçan ve ark., 2014). Sistematik bir literatür incelemesinde, batı toplumlarında bebeğin cinsiyeti ile PPD arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilirken, in ve Hindistan gibi ulkelerde bebeğin kız olmasının, annelerde PPD gelişmesi yönünden bir risk oluşturduğu bildirilmektedir (Robertson ve ark., 2004). Yine Hindistan'da, yapılan bir çalışmada bebeğin kız olmasının PPD riskini 2.6 kat (Chandran ve ark., 2002), Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise 2.18 kat (Ekuklu ve ark., 2004) artırdığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmaya paralel olarak Wang ve ark. (2005), Durukan (2007) ve Poçan ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmada gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösterenlere oranla daha uyumlu oldukları saptanmıştır

(Tablo 4.4). Literatürde de benzer biçimde depresyonu olan gebe kadınların sağlıksız davranışlar gösterme eğiliminde oldukları ve doktor önerilerine uyma oranlarının da daha düşük olduğu belirtilmektedir (Marcus ve ark., 2003; Bonari ve ark., 2004).

Çalışmada gebelik izlemlerine gelme şekli açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.4). Ulusoy'un (2010) yaptığı çalışmada da kadınların gebelikte izlem yaptırma durumları ile PPD belirtileri gösterme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bunun nedeninin de toplumda gebelik dönemine anne ve çevresi tarafından özel hassasiyet gösterilmesiyle birlikte rutin gebelik izlem ve muayenelerine gidilmesi gerektiği konusunda yerleşmiş inanç ve düşünce yapısı ile uygulamaya konan gebelik dönemine ilişkin genelge (T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri Genelgesi. 2014/9. Sayı: 57536863/231.01) uyarınca ASM'lerde gebelik dönemi boyunca en az dört kez gebe izleminin zorunlu olarak yapılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.3. Bebeğin Büyüme ve Emzirilme Göstergelerinin Annelerin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi

Bu başlık altında antropometrik ölçümler olan boy, kilo, baş çevresi, göğüs çevresi değerleri ve bebeğin emzirilme durumu ile PPD arasındaki ilişki tartışılmıştır. Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin boy ve kilo ortalamaları, depresif belirtiler göstermeyen annelerin bebeklerine göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Benzer biçimde Bangladeş'te yapılan bir çalışmada da depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin kısa boylu olma riski 2.17 kat daha fazla bulunmuştur (Black ve ark., 2009). Wojcicki ve ark. (2011) doğum sonrası ilk 2 yıllık dönemde izlemsel olarak yaptıkları bir çalışmada kronik maternal depresyonu olan annelerin çocuklarında kilo alımında azalma ile düşük kilolu olma riskinin daha fazla olduğunu saptayarak, çocuklarda görülen düşük kilo ile kronik maternal depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Aylara göre izlemsel olarak yapılan başka bir çalışmada da depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinde daha az kilo alımı görüldüğü saptanmıştır (Nasreen ve ark., 2013). Nijerya'da yapılan longitudinal bir çalışmada ise bebeklerin boy ve kilo ölçümleri karşılaştırıldığında depresif annelerin bebeklerinde, depresif olmayan annelerin bebeklerine göre büyümede gerilikler görüldüğü saptanmıştır (Adewuya ve ark.,

2008). Surkan ve ark.'nın (2014) altı yaşa kadar izlem yaptıkları bir kohort araştırmasında, postpartum dokuzuncu aydan itibaren altıncı yaşa kadar olan dönemde hafif/şiddetli depresif belirtiler gösteren annelerin çocuklarının daha kısa boylu oldukları saptanmıştır. Afyonkarahisar'da Dönmez ve Bükülmez'in (2015) yaptıkları bir çalışmada ise PPD belirtileri gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin kiloları karşılaştırıldığında doğum sonrası birinci, ikinci ve dördüncü aylarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, üçüncü ayda depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin kilolarının, depresif belirtiler göstermeyen annelerin bebeklerine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada ikinci ve üçüncü ayda depresif belirtiler göstermeyen annelerin bebeklerinde görülen kilo artışının, depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bildirilirken, boy ve baş çevresi uzunlukları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Böylece yukarıda sözü edilen çalışmaların araştırma bulgularını desteklediği görülmektedir. Ancak Beyca ve ark.'nın (2014) doğum sonrası ilk iki aylık dönemde yaptıkları izlemsel çalışmada ise depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin boy ve kilo ölçümleri karşılaştırıldığında, boy ve kilo ölçümleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında bebeklerinin baş çevreleri ve göğüs çevreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5). Benzer biçimde Dönmez ve Bükülmez (2015) ile Ulusoy'un (2010) yaptıkları çalışmalarda da depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin baş çevreleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yine Ulusoy'un (2010) doğum sonrası altı aylık dönemde yaptığı longitudinal bir çalışmada depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında bebeklerinin göğüs çevreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmada baş çevresi ve göğüs çevresi ortalamaları açısından bir farklılık bulunmamasının nedeni, bu antropometrik ölçümlerdeki artışın kilo ve boy uzunluğuna göre daha az olması nedeniyle bu yönde bir geriliğin altıncı aydan sonraki dönemlerde ortaya çıkabileceği düşüncesine bağlanmaktadır.

Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerde emzirmeme oranının daha yüksek olduğu ve depresif belirtiler gösteren annelerin bebeği emzirme süresinin, depresif belirtiler göstermeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7, Şekil 4.3). Emzirme, postpartum depresyonla ilişkisi en çok incelenen değişkenlerden biridir (Gümüş ve ark., 2012). Kara ve ark., (2001) ile Durukan'ın (2007) çalışmaları gibi bazı çalışmalarda emzirme ile PPD arasında bir ilişki olmadığı saptanmış olsa da, genel olarak literatürde yapılan bu çalışmaya paralel olarak depresyondaki annelerin emzirmeyi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu ya da bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri belirtilmektedir (Dunn ve ark., 2006; Parsons ve ark., 2012; Rahman ve ark., 2016). Aynı zamanda emzirmenin PPD sağaltımı için önemli bir faktör olduğu belirtilerek, emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskının ve suçluluk hissinin annede ek bir stresör oluşturduğu ifade edilmiştir (Karamustafaloğlu ve Tomruk, 2000). Örneğin; postpartum psikolojik durumla, emzirme süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, dördüncü aydan önce emzirmeyi bırakan annelerin EDSDÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Akman ve ark., 2008). Gümüş ve ark.'nın (2012) PPD ile ilişkili değişkenleri inceledikleri çalışmalarında, bebeğini emzirmeyen annelerin depresif belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Erzurum'da yapılan bir çalışmada da depresif belirtiler gösteren annelerin, depresif belirtiler göstermeyen annelere göre emzirme oranları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Kırpınar ve ark., 2010). Mathisen ve ark.'nın (2013) postpartum depresif belirtilerle ilgili risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, EDSDÖ puanı yüksek olan annelerde emzirmenin yetersiz olduğu ve yetersiz emziren annelerin PPD gelişimi açısından beş kat daha riskli oldukları saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise depresif belirtiler gösteren annelerin emzirmeye devam etme oranlarında düşme olduğu görülmüştür (McLearn ve ark., 2006).

5.4. Annelerin Bebek Sağlığını Korumaya Yönelik Davranışları ve Bebek ile Olan Etkileşimlerinin Depresif Belirtiler Gösterme Durumlarına Göre İncelenmesi

Bu bölümün bir kısmında bebek tarama programlarıyla ilgili değişkenler ile PPD arasındaki ilişki incelenmiş ancak benzer çalışmalara rastlanmadığından başka çalışmalarla kıyaslanamamıştır. Türkiye'de doğan her bebek için bazı tarama testlerinin yapılması, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan bazı genelgelerle zorunlu

kılınmıştır. Çalışmada ele alınan bazı tarama testleri; topuk kanı alımı (T.C. Sağlık Bakanlığı. Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi. 2014/7. Sayı: 67414668), işitme testi (T.C. Sağlık Bakanlığı. Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi. 2014/27. Sayı: 67414668) ve GKD kontrolü (T.C. Sağlık Bakanlığı. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi. 2013/4. Sayı: B.10.1.HSK.0.23.00.00) şeklindedir. Dolayısıyla bu testlerin yaptırılmalarının zorunlu olmasına bağlı olarak çalışmada tüm annelerin bebeklerinin tamamına yakınına (Depresif belirtiler gösterenlerin %98.8'i, depresif belirtiler göstermeyenlerin ise %99.3'ü) işitme testi yapıldığı ve tamamından da topuk kanı alındığı belirlenmiştir. Ancak yapılan GKD muayenesi sonrası şüpheli durumlarda ileri tetkik amacıyla ultrason yaptırma oranlarına bakıldığı zaman depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerine GKD kontrolü için ultrason yaptırma oranı daha düşük bulunmuştur. Böylece çalışma sonucuna göre birinci basamakta zorunlu olarak GKD risk değerlendirmesi ve fizik muayene yapıldıktan sonra ultrason kontrolü için sevk edilen bebeklerin anneleri tarafından bu kontrollerinin yaptırılma durumlarının, PPD'den olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır (Tablo 4.8, Şekil 4.4). Gelişimsel kalça displazisi kontrolü için ultrason yaptıran annelerin ise bebeklerinin sadece ikisinin sonucunda sorun olduğu saptanmıştır. Bunların da hastanede tedavi sürecinin yürütülmesi sağlanmıştır. Bu nedenle örneklem sayısının yetersiz olmasına bağlı olarak GKD sorunu saptananlara önerilen girişim ve önerilen girişime uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada bebeklerin %100'ünün tam aşılı oldukları saptanmıştır. Surkan ve ark.'nın (2012) yaptıkları bir araştırmada da annelerin depresif belirtiler göstermeleri ile çocuklarının aşılama durumu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise üç yaş altı çocukları olan depresif annelerin çocuklarını aşılama oranlarının diğer annelere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Minkovitz ve ark., 2005). Çalışmaya dahil olan bebeklerin %100'ünün tam aşılı olmalarının nedeni olarak da Türkiye'de Genişletilmiş Bağışıklama Programı (T.C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. 13.03.2009. Sayı: 7941) kapsamındaki aşuların tümünün yapılmasının uygulamaya konmasıyla beraber, aşısız bebek veya çocuk bırakmamak amacıyla yürütülen temel sağlık hizmetlerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre bebekte herhangi bir sağlık problemi olduğunu düşündüğünde gösterilen davranış şekli açısından, bebeğini zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Nitekim PPD ile bebeklerin sağlık bakım hizmeti alma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir prospektif çalışmada, depresif belirtiler gösteren annelerin bebeklerinin yaşadıkları bir rahatsızlık nedeniyle acil servise getirilme oranları, depresif belirtiler göstermeyen annelerin bebeklerine göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak aynı çalışmada sağlam çocuk izlemleri yaptırma durumu ile PPD arasında bir ilişki bulunamamıştır (Mandl ve ark., 1999). Minkowitz ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin çocuklarının acil servise getirilme oranları daha yüksek bulunurken, sağlam çocuk izlemleriyle birlikte koruyucu hizmetler alma oranları daha düşük bulunmuştur. Böylece annelerin bebeklerinin sağlıkları için sağlık kurumlarını kullanma durumlarını inceleyen çalışmalara bakılarak, depresif belirtiler gösteren annelerin bebekleri için genellikle acil durumlarda sağlık hizmetlerini kullanmayı tercih ettikleri söylenebilir. Aynı zamanda depresyondaki annelerin bebeklerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu konusunda yukarıda sözü edilen çalışmalara bakıldığında, farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ise annelerin bebeği aşıya getirme şekli ile ilgili koruyucu tutum ve davranışlarına bakıldığında; depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre daha yüksek oranda aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince getirdiği bulunmuştur. Ancak çalışmada depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında bebeği izleme getirme şekli açısından bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.9).

Çalışmada bebek sağlığını korumaya yönelik olarak depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere tam uyumlu olma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Postpartum depresyon sorunu yaşayan annelerin bebeklerini korumaya yönelik ebeveynlik davranışlarını araştıran bir çalışmada, depresif belirtiler gösteren annelerin bebek koltuğu kullanımı ve elektrik prizleri için kapak kullanımı gibi koruyucu önlemleri daha düşük oranda aldıkları bildirilmiştir (McLennan ve ark., 2000). Buradan hareketle günlük yaşamda depresyonda olan

annelerin bebek sağlığını koruyucu tutum ve davranışlar açısından diğer annelere göre etkin olmadıkları şeklinde yorum yapılabilir.

Çalışmada depresif belirtiler göstermeyen annelerin, depresif belirtiler gösteren annelere göre bebeğine D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9, Şekil 4.5, Şekil 4.6). Böylece bu çalışmanın sonucunda, depresif belirtiler gösteren annelerin bebek sağlığını korumaya yönelik destekleyici ilaç uygulamalarında da yetersiz olduğu saptanmıştır. Ancak Ulusoy'un (2010) yaptığı doğum sonrası ilk altı aylık dönemdeki longitudinal bir çalışmada, depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen annelerin bebeklerinin D vitamini ve demir desteği alma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olması bu çalışmanın sonucuyla çelişmektedir.

Çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin, depresif belirtiler göstermeyen annelere göre bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım- tarama toplam beceri puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.10). Ayrıca çalışmada EDSÖ puanı arttıkça, annelerin bebek bakım becerisi, bebek tarama (sağlık izlem) becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanının da azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.12). Annenin bakım verici davranışlarını yeterince yerine getirebilmesinde ruhsal sağlığının önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Parson ve ark., 2012). Bu nedenle doğum sonrası depresyonun annenin bebeğine iyi bir bakım verebilme kapasitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Murray ve ark., 2003). Bebeklerde oluşabilecek rahatsızlıklar açısından hastalığı fark edebilmesi, gereken bakımı sağlaması, yardım araması ve tedaviyi sağlaması gibi bebeğin ihtiyaç duyduğu bakım ve sağlık arama-izlem davranışlarında anne önemli rol oynar (Parson ve ark., 2012). Ancak depresyondaki annelerde bebeğe karşı duyarlılık, şefkat ve güven vermede azalma ile bebek ihmali görülebildiği belirtilmektedir (Murray ve ark., 2003; Orhon 2007). Böylece literatüre paralel olarak bu çalışmada da annelerin bebeğe bakım verme yeterliliklerinin, PPD'den olumsuz etkilendiği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin depresyon belirtilerinin bebek bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre araştırmaya katılan annelerin %37.1'inin (n=85) depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Depresif belirtiler gösteren annelerin, göstermeyen annelere göre;

- Okur-yazar oranının daha yüksek olduğu,
- Gebelik ve çocuk sayısı ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Gebelikte risk taşıma oranının daha yüksek olduğu,
- Gebelikte risk taşıma durumunda, riske yönelik girişimlere uyumsuzluk oranının daha yüksek olduğu,
- Bebeği emzirme oranı ve süresinin daha düşük olduğu,
- Bebeklerine GKD kontrolü için ultrason yaptırma oranının daha düşük olduğu,
- Bebeklerinin boy ve kilo ortalamalarının daha düşük olduğu,
- Bebek bakım becerisi, bebek tarama becerisi ve bakım-tarama toplam beceri puanlarının daha düşük olduğu,
- Gebelik sürecinde, sağlık personeli tarafından verilen önerilere daha düşük oranda uyum gösterdikleri,
- Bebeklerinin aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince ASM'ye getirme oranlarının daha düşük olduğu,
- Bebeğe herhangi bir sağlık problemi olduğunu düşündüğünde gösterilen davranış şekli olarak; bebeğini zaman kaybetmeden sağlık kurumuna götürme oranının daha düşük olduğu,
- Bebeğe D vitamini ve demir damlasını düzenli ve uygun miktarda verme oranının daha düşük olduğu,
- Sağlık personeli tarafından bebeğe yönelik verilen önerilere tam uyumlu olma oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Depresif belirtiler gösteren ve göstermeyen anneler arasında;

- Yaş ortalamaları ve çalışma durumları,
- Gebelikte risk taşınması durumunda riske yönelik girişim,
- Doğum şekli ve bebeğin cinsiyeti,
- Gebelik izlemlerine gelme şekli,
- Bebeklerinin baş çevresi, göğüs çevresi ortalamaları,
- Bebeğe işitme testi yaptırma durumları,
- Bebeği izleme getirme şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aynı zamanda, bebeklerin tamamından topuk kanı alındığı ve %100'ünün de tam aşılı oldukları saptanmıştır.

Sonuç olarak; annelerin depresyon belirtilerinin bebek bakım sonuçlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına ilişkin öneriler;

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar tarafından;

- Postpartum depresyona yönelik EDSÖ ile taramalar yapılarak, erken tanı ile gereken girişimlerin uygulaması ve annelerin tedavi için yönlendirilmesi,
- Postpartum depresyon saptanan annelere yönelik olarak bu durumdan sadece annenin değil, bebeğinin de olumsuz olarak etkilendiğinin farkında olunmasıyla birlikte gereken planlamaların yapılması,
- Postpartum depresyon açısından risk taşıyan annelerin takibinin daha sık yapılarak depresyon bulgularının değerlendirilmesi,
- Postpartum depresyon saptanan ya da risk taşıyan annelerin bebeklerinin daha sık izlenmesi ve gereken önlemlerin alınması,
- Postpartum depresyon sorunu yaşayan annelere bebek bakımının nasıl yapılacağı ve nelere dikkat edileceği gibi konularda eğitimlerin düzenlenmesi,
- Depresif belirtiler gösteren annelere bebek sağlığını koruyucu davranışlar açısından destek verilmesi ve annelerin bu konuda kontrol altında tutulması önerilmektedir.

Araştırmacılar için öneriler;

- Postpartum depresyonun, bebeğin büyümesine olan etkisinin iki yaşa kadar olan süreçte izlemsel olarak değerlendirilmesi,
- Postpartum depresyonun bebeğin büyümesi üzerine olan etkisine yönelik olarak farklı bölgelerde, farklı örneklem seçimiyle benzer çalışmaların yapılması,
- Annelerin bebek bakımı verme düzeyini belirleyecek yeni bir ölçüm aracının geliştirilmesi,
- Postpartum depresyon sorunu yaşayan annelerin bebek sağlığını korumaya ilişkin evdeki uygulamalarını saptamaya yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aderibigbe YA, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal emotional disorders in Nigerian women: A study of antecedents and associations. *Br J Psychiatry*. 1993;163: 645-650.

Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JAO. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *Journal of Affective Disorders*. 2008;108: 191-193.

Adewuya AO. The maternity blues in western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;193: 1522-1525.

Ak M. Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;7: 39-42.

Akdeniz F, Aldemir E. Kadınlara özgü ruhsal hastalıklar. *Klinik Gelişim*. 2009;22: 80-83.

Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;Ek 2: 70-74.

Akın A. Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*. 2001;6: 4-8.

Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium*. 2005;43: 91-96.

Akman İ, Kuseu MK, Yurdakul Z, Özdemir N, Solakoğlu M, Orhon L, Karabekiroğlu A, Özek E. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2008;44: 369-373.

Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3: 129-135.

Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatry Dis Treat*. 2014;10: 311-316.

Altinel T. Edirne şehir merkezinde 15-49 yaş kadınlarda ruhsal durum ve etkileyen faktörler. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Edirne. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. EM Şahin).

Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Çeviren Köroğlu E. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı, DSM-5: Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2014.

Anderson C. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to Screen for Symptoms of Depression among Latina, African American and Caucasian Adolescents. SOJNR. 2010;10: 1.

Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4: 279-292.

Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. BMJ. 1997;314: 932-936.

Arslan F, Uzun Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28: 736-742.

Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;10: 13-22.

Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A ve ark. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstetri. 2004;14: 252-257.

Aydemir N. BEAH sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. N Karamustafalıoğlu ve Uz. Dr. NB Tomruk).

Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A ve ark. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17: 243-251.

Balcioğlu İ. Endokrinoloji ve Psikoloji İlişkisi, Birinci Baskı. İstanbul: Yüce Yayınları; 2006, s:21-23.

Balcioğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul: 2-3 Aralık 1999, s.19-28.

Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;6: 42-49.

Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships. JSTOR. 1999;40: 231-257.

Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;14: 54-58.

Bauchner H. Failure to Thrive. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF(eds). Nelson Textbook of Pediatrics; 18th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007, p:184-187.

Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2002;3: 394-402.

Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. Nursing Research. 2001;50: 242-250.

Beck CT. The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. Nursing Research. 1992;41: 166-170.

Beck CT. Perceptions of nurses caring by mothers experiencing postpartum depression. JOGNN. 1995;24: 819-825.

Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*. 1996;45: 297-303.

Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *JOGNN*. 1998a;27: 39-46.

Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998b;12: 12-20.

Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*. 2001;50: 275-285.

Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley J, Tronick EZ. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*. 2002;71: 169-180.

Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6: 479-484.

Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding?. *Midwifery*. 1998;14: 242-247.

Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *KASHED*. 2015;2: 13-35.

Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International*. 2008;29: 568-592.

Black MM, Baqui AH, Zaman K, El Arifeen S, Black RE. Maternal depressive symptoms and infant growth in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr*. 2009;89: 951S-9577S.

Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44: 234-246.

Bonari L, Pinto N, Eric A, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004;49: 726-735.

Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a metaanalytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30: 293-302.

Bowman KG. Postpartum learning needs. *JOGNN*. 2005;34: 438-443.

Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8: 141-153.

Brockington I. Non-reproductive triggers of postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20: 55-59.

Brummelte S, Galea LAM. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neurosychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34: 766-776.

Brummelte S, Galea LAM. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 2016;77: 153-166.

Buğdaycı R, Şaşmaz, CT, Tezcan, H, Kurt AÖ, Öner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in mersin province in Turkey. *Journal of Women's Health*. 2004;13: 63-68.

Büyükişik NS. Yeni tanı almış majör depresyonlu hastalarda Serum Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (BDNF) ile kortizol seviyelerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası değişimi. T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Laboratuvarı, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul.

Byrd ME. Questioning the quality of maternal caregiving during home visiting. *Journal of Nursing Scholarship*. 1999;31: 27-32.

Campbell, SB, Cohn JF. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In P. J. Cooper (Ed.), *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press; 1997, s:165-197.

Carpenito-Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çeviren: Erdemir F. 13.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2012.

Cassidy-Bushrow AE, Peters RM, Johnson DA, Li J, Rao DS. (2012). Vitamin D nutritional status and antenatal depressive symptoms in African American women. *J Womens Health*. 2012;21: 1189-1195.

Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:499-504.

Chaudron LH. When and How to Use Mood Stabilizers During Breastfeeding. *Prim Care Update Ob/Gyns*. 2000; 7:113-117.

Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*. 2004; 113(6): e523- e529.

Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*. 2001;5: 1-173.

Cohen J. Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*. 1992;1: 98-101.

Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SCM. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;65: 1243-1258.

Coppen A, Bolander-Gouaille C. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *Journal of Psychopharmacology*. 2005;19: 59-65.

Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit J Psychiat*. 1982;140: 111-117.

Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*. 1993;163: 27-31.

Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: a meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*. 2010;196: 173-178.

Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17: 268-274.

Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37: 125-129.

Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Med Bull Haseki*. 2016;54: 83-89.

Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8: 132-139.

Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *Cochrane Database System*. 2013;doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110: 338-346.

Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*. 2005;32: 187-193.

Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *Plos One*. 2014;9:e94674.

Downs DS, Dinallo JM, Kirner TL. Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;36: 54-63.

Dönmez H, Bükülmez A. Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*. 2015;31: 358-362.

Driscoll JW. Postpartum depression: the state of the science. J Perinat Neonat Nurs. 2006b;20: 40-42.

Driscoll JW. Postpartum depression: How nurses can identify and care for women grappling with this disorder. AWHONN Lifelines. 2006a;10: 402-409.

Duman NB. Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8: 73-82.

Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35: 87-97.

Durat G, Kutlu Y. Sakarya’da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. New/Yeni Symposium Journal. 2010;48: 63-68.

Durham R, Chapman L. Maternal- Newborn Nursing: The critical components of nursing care. Second Edition, Postpartal Period. Philadelphia: Davis Company; 2014, s: 309.

Durukan E. Ankara İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 2 Hafta- 18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesi. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. MA Bumin).

Eberhard- Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and nonpostpartum mothers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38: 551-556.

Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2009;10: 14-20.

Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Reeder BS. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in eastern Turkey. Japan Society of Obstetrics and Gynecology. 2008;34: 585-593.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12: 17-25.

Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalance of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. The J Reprod Med. 2004;49: 908-914.

Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları - 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997, s:51-52.

Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası hüznün ve doğum sonrası depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 2009;1: 32-37.

Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası psikoz. Konuralp Tıp Dergisi. 2014;6: 74-77.

Erdem Ö, Bucaktepe GE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39: 458-461.

Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri. TJFMPC. 2014;8: 101-107.

Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S ve ark. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. Bebek Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;5: 104-109.

Erken AA. Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2016, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. O Günay).

Eroğlu K, Koç G. (2012). Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15: 136-151.

Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum Dizisi. 2001;6: 277-282.

Evins GG, Theofrastous JP. Postpartum depression: a review of postpartum screening. *Prim Care Update for Ob/Gyns*. 1997;4: 241-246.

Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*. 1995;18: 1-13.

Fooladi MM. Therapeutic tears and postpartum blues. *Holistic Nursing Practice*. 2006;20: 204-211.

Francis DD, Young LJ, Meaney MJ, Insel TR. Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin receptors: gender differences. *Journal of Neuroendocrinology*. 2002;14: 349-353.

Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47: 1093-1099.

Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors. *Journal of Women's Health*. 2005;14: 929-935.

Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Chawla S, Taylor J. Postpartum feeding attitudes, maternal depression, and breastfeeding in Barbados. *Infant Behavior & Development*. 2006;29: 189-203.

Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 1999;93: 653-657.

Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: Prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry*. 1997;171: 65-68.

Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20: 280-288.

Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers Arch Gynecol Obstet. 2012;286: 309-316.

Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsau E, Kreatsaa G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. Journal of Affective Disorders. 2007;99: 107-115.

Gorstein J, Sullivan K, Yip R, de Onis M, Trowbridge F, Fajans P, Clugston G. Issues in the assessment of nutrition status using anthropometry. Bulletin of the World Health Organization. 1994;72: 273-283.

Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. J Health Popul Nutr. 2013;31: 398-402.

Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. J Abnorm Psychol. 1991;100: 122-132.

Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7: 15-22.

Gönç EN, Özön ZA, Alikışıfoğlu A, Kandemir N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısall yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2015;58: 80-85.

Green AD, Barr AM, Galea LAM. Role of estradiol withdrawal in 'anhedonic' sucrose consumption: A model of postpartum depression. Physiology & Behavior. 2009;97: 259-265.

Gress- Smith JL, Luecken LJ, Lemery- Chalfant K, Howe R. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. Matern Child Health J. 2012;16: 887-893.

Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Can Fam Physician. 2007;53: 1469-1475.

Groër MW. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological Research For Nursing*. 2005;7: 106-117.

Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*. 2009;60: 313-321.

Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10: 58-67.

Gülöksüz S, Akdeniz F, İnce B, Oral ET. Gebe ve lohusalarda iki uçlu bozukluğun sağaltımı. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010;21(2): 155-166.

Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New Symposium Journal*. 2012;50: 145-154.

Güney A, Karadağ G, Saygılıgil F, Ayla F. Sağlık hakkı insan hakkıdır projesi: Türkiye’de kadın sağlığı politikaları forumları. İstanbul: A4 Ofset Matbaacılık; 2014, s: 20.

Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*. 2004;53: 186-197.

Güra A, Çığ HÖ, Ongun H, Eryılmaz M, Oygür N. Postpartum maternal depresyonun nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*. 2004;4: 168-172.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91: 97-111.

Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47: 696-711.

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links Between early postpartum mood and postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*. 1992;160: 777-780.

Hart S, Field T, Nearing G. (1998). Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *J Pediatr Psychol.* 1998;23: 351-356.

Hau FWL, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an explanatory study. *Journal of Affective Disorders.* 2003;75: 197-203.

Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir alışma. *Psikoloji Dergisi.* 1988;6: 118-122.

Ho I, Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *Journal of Advanced Nursing.* 2002;38(1): 74-85.

Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ.* 1989;298: 223-226.

Horowitz JA, Goodman J. A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Res Theory Nurs Pract.* 2004;18: 149-163.

Hostetter A, Ritchie JC, Stowe ZN. Amniotic fluid and umbilical cord blood concentrations of antidepressants in three women. *Biol Psychiatry.* 2000;48: 1032-1034.

Hung, CH. Psychosocial features at different periods after childbirth. *Kaohsiung J Med Sci.* 2007;23: 71-79.

Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics.* 1998;16: 58-64.

İnandı T, Eli ÖÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology.* 2002;31: 1201-1207.

İnce OT, Kondolot M, Yalçın SS. Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. *Türkiye Çocuk Hast. Derg.* 2011;5: 181-192.

Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;99: 223-228.

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80: 251-255.

Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2001;10: 333-334.

Karaçam Z, Öner H. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği'nin türkçe'de kesme noktalarının hesaplanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11: 61-71.

Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*. 2000;2: 64-71.

Keane V. Assessment of growth. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*; 18th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007, s:71-74.

Kelly A, Deakin B. Postnatal depression and antenatal morbidity. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161: 577-578.

Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003;74: 5-13.

Kırpınar İ, Gözüm, S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;19: 422-431.

Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9: 121-130.

Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesh T, Ulm B, Zeller M. The Role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research*. 2007;41: 273-279.

Krugman SD, Dubowitz H. Failure to thrive. *Am Fam Physician*. 2003;68: 879-884.

Kuğuoğlu S. Annelerin sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerilerini değerlendirme formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelik Forumu*. 1998;1: 281-287.

Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25: 95-100.

Larsen CM, Grattan DR. Prolactin-induced mitogenesis in the subventricular zone of the maternal brain during early pregnancy is essential for normal postpartum behavioral responses in the mother. *Endocrinology*. 2010;151: 3805-3814.

Lee DTS, Yip SK, Chiu HFK, Leung TYS, Chan KPM, Chau IOL, Leung HCM, Chung TKH. Detecting postnatal depression in Chinese women: Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1998;172: 433-437.

Leung BMY, Kaplan BJ. Perinatal Depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *Journal of The American Dietetic Association*. 2009;109: 1566-1575.

Lewit EM, Kerrebrock N. Population-based growth stunting. *Future Child*. 1997;7: 149-156.

Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006;9: 131-138.

Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. *JOGNN*. 2006b;35: 652-658.

Logsdon MC, Wisner, K, Billings DM, Shanahan B. Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006a;27: 59-73.

Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2000;20: 561-592.

Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Sanmarti A. Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders? *Clinical Endocrinology*. 2001;55: 809-814.

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Brauholtz DA, Gee H. Effect of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2002;359: 378-385.

Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, Alpert HR, Homer CJ. Infant health care use and maternal depression. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153: 808-813.

Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009;29: 206-214.

Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008;28: 525-532.

Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*. 2003;12: 373-380.

Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2009;36: 151-165.

Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013;5: 787-793.

McCoy SJB, Beal JM, Shipman SBM, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *JAOA*. 2006;106: 193-198.

McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009;54: 50-56.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160: 279-284.

McLennan JD, Kotelchuck M. Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics*. 2000;105: 1090-1095.

McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*. 2005;84: 15-24.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010;1: 71-76.

Miller RL, Pallant JF, Negri LM. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression?. *BMC Psychiatry*. 2006;6: 12 doi:10.1186/1471-244X-6-12.

Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005;115: 306-314.

Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W, Saito K, Ohfuji S, Kiyohara C, Hirota Y. Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*. 2006;96: 133-138.

Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2004;59: 181-191.

Moshki M, Beydokhti TB, Cheravi K. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;23: 2256-2263.

Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2002;11: 21-30.

Munoz C, Agruss J, Haeger A, Sivertsen L. Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting. *The Journal For Nurse Practitioners*. 2006;doi:10.1016/j.nurpra.2006.02.008: 247-253.

Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W, Kiyohara C, Hirota Y. Dietary glycemic index and load and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka maternal and child health study. *Journal of Affective Disorders*. 2008;110: 174-179.

Murray L ve Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry*. 1990;157: 288-290.

Murray L, Cooper P, Hipwell A. Mental health of parents caring for infants. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6[Suppl.2]: s71-s77.

Nagy E, Molnar P, Pal A, Orvos H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. *Psychiatry Research*. 2011; 185: 113-120.

Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. (2013). Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. *J Affect Disord*. 2013;146: 254-261.

Nelson AM. Transition to motherhood. *JOGNN*. 2003;32: 465-477.

Newport JD, Hosteter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;3: 31-44.

NHMRC. Postnatal Depression: Not just the baby blues. National Health and Medical Research Council; 2000: Commonwealth of Australia, Canberra

Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2005;54: 49-52.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 26:55-59.

O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57: 1039-1045.

O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8: 37-54.

Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and Postpartum Depression in a Primary Health Care Center Area. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2006;59: 151-157.

Oei TPS, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*. 2008;107: 5-21.

Okano T, Nagata S, Hasegawa M, Nomuro J, Kumar R. Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: A comparison of two groups of Japanese mothers. *J Ment Health*. 1998;7: 191-198.

Olsen EM. Failure to thrive: still a problem of definition. *Clinical Pediatrics*. 2006;45: 1-6.

Oretti RG, Hunter C, Lazarus JH, Parkes AB, Harris B. Antenatal depression and thyroid antibodies. *Biological Psychiatry*. 1997;41: 1143-1146.

Orhon FŞ. The impacts of postpartum depression on children. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2007;60: 57-60.

Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyon yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. Kriz Dergisi. 1995;3: 88-103.

Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2008;7: 391-398.

Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni. 2014; 48: 124-131.

Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı: İstanbul;1993, s: 201-220.

Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. Breastfeed Rev. 2000;8: 25-33.

Parry BL, Haynes P. Mood disorders and the reproductive cycle. The journal of gender-specific medicine. 2000;3: 53-58.

Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. British Medical Bulletin. 2012;101: 57-79.

Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. Arch Dis Child. 2002;87: 0-3.

Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. J Psychiatry Neurosci. 2008;33: 302-318.

Poçan AG, Akı ÖE, Parlakgümüş AH, Gereklioğlu Ç, Dolgun AB. (2014). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. Int J Psychiatry Med. 2014;46: 177-192.

Posmontier B. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *JOGNN*. 2008;37: 722-737.

Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. *La Revue de Médecine Interne*. 2005;26: 226-229.

Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*. 2007; Jun,100(1-3): 115-121.

Rahman A, Hafeez A, Bilal R, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Maternal and Child Nutrition*. 2016;12: 452-462.

Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries?. *Child:Care, Health & Development*. 2002;28: 51-56.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 946-952.

Rathfisch G, Beji NK. Protection of continence in pregnancy, labor and postpartum periods. *International Journal of Urological Nursing*. 2012;6: 100-106.

Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108 (Suppl. 418): 51-56.

Righetti-Veltima M, Conne-Perre'ard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*. 2002;70: 291-306.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: a Synthesis of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26: 289-295.

Robinson M, Whitehouse AJO, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ, Serralha M, Tearne JE, Holt PG, Hart PH, Kusel MMH. Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17: 213-219.

Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N (1999) What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med.* 1999;49: 1651-1661.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17: 252-258.

Salgın A, Gökçay G, Yücel B, Polat A, Baysal SU, Sahip Y, Uçar A, Eraslan E. Effects of Postpartum Depression on Breastfeeding and Child Development. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007;70: 70-73.

Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: Risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorld J.* 2007;7: 1670-1682.

Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. Postpartum depresyonun gebelikte alınan kilo ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi.* 2012;19: 256-263.

Seven M, Akyüz A. (2013). Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: infertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2013;10: 7-11.

Seyfried L S, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15: 231-242.

Skalkidou A, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Poromaa IS. Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case—control study within the UPPSAT cohort. *Psychoneuroendocrinology.* 2009;34: 1329-1337.

Stuart S, O'Hara MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. *J Psychother Pract Res.* 1995;4: 18-29.

Stuart S. Brief interpersonal psychotherapy. In *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner's Guide.* Eds: MJ Dewan, BN Steenbarger,

Greenberg RP. 1st Edition: Arlington, American Psychiatric Publishing; 2004, s:119-155.

Studd J, Panay N. Are oestrogens useful for the treatment of depression in women? Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2009; 23: 63-71.

Surkan PJ, Ettinger AK, Hock RS, Ahmed S, Strobino DM, Minkovitz CS. Early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: A longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort. BMC Pediatrics. 2014;14: 185.

Surkan PJ, Kiihl SF, Kozuki N, Vieira MC. Social support of low-income Brazilian mothers related to time to completion of childhood vaccinations. Hum Vaccin Immunother. 2012;8: 596-603.

Surkan PJ, Patel SA, Rahman A. Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2016;36: 156-158.

Şehla İ. 9-72 aylık çocuklarda antropometrik ölçümler ve antropometrik ölçümlere etki eden parametrelerin araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul.

Şenol S, Ergin D, Bolsoy N. 0-3 Aylık Bebeği Olan Annelerin bebek bakım becerilerini etkileyen faktörler. Ege Pediatri Bülteni. 2006;13: 97-104.

Şensöz Ş. Sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri ve bunların karşılaştırılması. T.C. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2011, Afyonkarahisar (Danışman: Doç. Dr. DT Arıöz).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2008). Politika Dokümanı: Kadın ve Sağlık. Fersa Ofset; 2008, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi: hastalık yükü final rapor. Başkent Üniversitesi; 2004, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri; 2013. Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925: 2014, Ankara.

Tazeyurt Y, Savaşer S. Sağlıklı Bebeği Olan Annelerin Bebeklerinin Bakımı İle İlgili Sorunlarında Sorun Çözme Becerilerine Sosyo-Ekonomik Düzeyin Etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;6: 25-30.

Tazeyurt Y. Sağlıklı Bebeği Olan Annelerin Bebeklerinin Bakımı İle İlgili Sorunlarında Sorun Çözme Becerilerine Sosyo-Ekonomik Düzeyin Etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,1999, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. S Savaşer).

Tezel A, Gözüm S. Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi 07-11 Eylül, Bildiri Özet Kitabı. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri; 2003, s:48.

Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;12: 62-69.

Tezel A. Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları. New/Yeni Symposium Journal. 2006;44: 49-52.

Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. Arch Womens Ment Health. 2000;3: 7-14.

Tucker DM, Luu P, Derryberry D. Love hurts: The Evolution of Emphatic Concern Through The Encephalization of Nociceptive Capacity. Development and Psychopathology. 2005;17: 699-713.

Türkoğlu N, Baysal HY, Küçükoğlu S. Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2014;3: 1-8.

Türkyılmaz S. Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Doç. Dr. NA Balkaya).

Uğur M. Duygudurum bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. 2008;62: 59-84.

Ulusoy MN. Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2010, Konya (Danışman: Doç. Dr. K Marakoğlu).

Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum depressive disorders: Changing trends. Birth. 1990;17: 131-137.

Ünal G, Çam O. Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;21: 175-187.

Üstgörül S, Yanikkerem E. Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2014;4: 14-30.

Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. Psychotic Illness in First-Time Mothers with No Previous Psychiatric Hospitalizations: A Population-Based Study. PLoS Med. 2009;6: e1000013.

Verkerk GJM, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJM, Pop VJM. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high risk women . J Affect Disord. 2004;83: 43-48.

Wang SY, Chen CH, Chin CC, Lee SL. Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. Birth. 2005;32: 39-44.

Warren PL, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25: 174-184.

Weinberg MK, Tronick EZ. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*. 1998;102: 1298-1304.

Weobong B, Asbroek AHAt, Soremekun S, et al. Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open*. 2015;5: e006509.

Whiffen VE, Gotlib IH (1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61: 485-494.

WHO working group on infant growth. Evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. *Bulletin of the World Health Organization*. 1995;73: 165-174.

WHO. *Maternal Mental Health & Child Health and Development: Literature Review of Risk Factors and Interventions on Postpartum Depression*, 2008.

Wickberg B, Hwang CP. (1996). Counseling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord*; 39: 209- 216.

Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre- and postpartum depression in jamaican women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2005;5: 15. Doi:10.1186/1471-2393-5-15.

Wojcicki JM, Holbrook K, Lustig RH, et al. Chronic maternal depression is associated with reduced weight gain in latino infants from birth to 2 years of age. *Plos One*. 2011;6: e16737.

Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. *Am J Obste Gynecol*. 1993;168: 1388-1393.

Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20: 1881-1886.

Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low socioeconomic level postpartum women in eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010; 55: 543-549.

Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2003;25: 43-63.

Yanikkerem E, Karadeniz G. Postpartum dönemde annelik hüznü, depresyon ve hemşirelik girişimleri. *Kadın Doğum Dergisi*. 2006;4: 920-924.

Yetman RJ, Coody DK. Failure to thrive: a clinical guideline. *J Pediatr Health Care*. 1997;11: 134-137.

Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. *3P Dergisi*. 2004; 12: 12-20.

Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;13: 81-87.

Yılmaz M, Öncel S. (2009). Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2009;1: 32-38.

Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*. 2001;158: 1856-1863.

Yüksekol ÖD, Arguvanlı SÇ, Başer M. Annelik hüznü ve hemşirelik. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2: 56-61.

Zelkowitz P, Milet TH. The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189: 575-582.

EKLER

EK-1 ANNE VE BEBEĞİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE ANNENİN KORUYUCU SAĞLIK DAVRANIŞLARI SORU FORMU

Annenin;

1. Yaşı.....

2. Öğrenim durumu

1. Okur yazar 2. İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5. Üniversite ve üzeri

3. Herhangi bir işte çalışma durumu

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

4. Kaçınıcı gebelik

5. Kaçınıcı çocuk.....

6. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2014) gebelikte risk değerlendirme formuna göre risk durumu:

1. Var (aşağıdaki tabloya açıklayınız) 2. Yok

Risk durumu	Girişim(1.Sevk, 2.Sık izlem, 3.Eğitim/danışmanlık)	Girişime uyumu

7. Doğum nasıl yapıldı:

1. Normal 2. Sezaryen

8. Bebeğin cinsiyeti

1. Kız 2. Erkek

9. Bebeğin büyümesi:

	Boy	Kilo	Baş çevresi	Göğüs çevresi
6. Ay				

10. Sadece anne sütünü bebeğe verme süresi nedir?

1. Hiç 2.hafta

11. Tarama programına katılımı

Tarama	Yaptırdı	Yaptırmadı	Sonuç (1.Sorun var, 2. Sorun yok)	Girişim (1. Sevk, 2. Sık izlem, 3. Eğitim/danışmanlık)	Girişime uyumu
İşitme testi					
Topuk kanı					
GKD USG * Önerilmedi					

12. Bebeğin aşılama durumu

1. Tam aşı
2. Eksik (isimleri:.....)
3. Hiç yapılmamış

13. Gebelik izlemlerine ne şekilde gelir?

1. İzlem tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince kendisi gelir.
2. Telefonla çağrılınca vakit kaybetmeden gelir.
3. Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, izleme zamanından biraz daha geç gelir.
4. İzleme gelmez.

14. Gebelik sürecinde sağlık personeli tarafından verilen önerilere uyar mı?

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

15. Bebeği genellikle ne şekilde aşıya getirir?

1. Aşı tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince getirir.
2. Telefonla çağrılınca, vakit kaybetmeden getirir.
3. Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, bebeği aşıya zamanından biraz daha geç getirir.
4. Bebeği aşıya getirmez.

16. Bebeği genellikle ne şekilde izleme getirir?

1. İzlem tarihlerini sıkı sıkıya takip ederek, vakti gelince getirir.
2. Telefonla çağrılınca, vakit kaybetmeden getirir.
3. Telefonla çağrılmasına rağmen unutarak, bebeği izleme zamanından biraz daha geç getirir.
4. Bebeği izleme getirmez.

17. Bebekte herhangi bir sađlık problemi olduđunu dűşündűđunde ne řekilde hareket eder?

1. Zaman kaybetmeden sađlık kurumuna gűtűrűr.
2. Eřinin ya da yakın çevresinin űnerisiyle sađlık kurumuna gűtűrűr.
3. Evde kendi bilgisi dahilinde műdahalede bulunur.
4. űnemsemez.

18. Bebeđin D vitamini damlasını dűzenli ve uygun miktarda verir mi?

1. Evet
2. Hayır

19. Bebeđin demir damlasını dűzenli ve uygun miktarda verir mi?

1. Evet
2. Hayır

20. Sađlık personeli tarafından bebeđe yűnelik verilen űnerilere uyar mı?

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

EK-2 EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

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

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK-3 SORUN ÇÖZME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bebeğimin Bakım Sorunları ile İlgilenme Durumum

Acıklama: Sevgili anne, biz sizin bebeğiniz ile ilgili sorunlara nasıl değindiğinizle ilgileniyoruz. Aşağıdaki maddeleri cevaplarken lütfen, geçen hafta (son yedi gün ya da daha fazla) bebeğiniz ve onun bakımı ile sorunlar karşısında kendinizi nasıl hissettiğinizi düşününüz. Aşağıdaki maddelerin her biri için sizin durumunuzu en iyi gösteren numarayı doğru üzerinde daire içine almanızı rica ediyoruz. İlginiz için teşekkür ediyoruz.

Örnek:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

Not: Cevaplamada herhangi bir tereddütünüz olursa boş bırakmayıp bana sorunuz.

1.Bebeğimin bakımı ile ilgili işlerin nasıl gittiği;

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç iyi değil Orta Çok iyi

2.Bebeğimin bakımı ile ilgili sorunları çözme becerim;

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

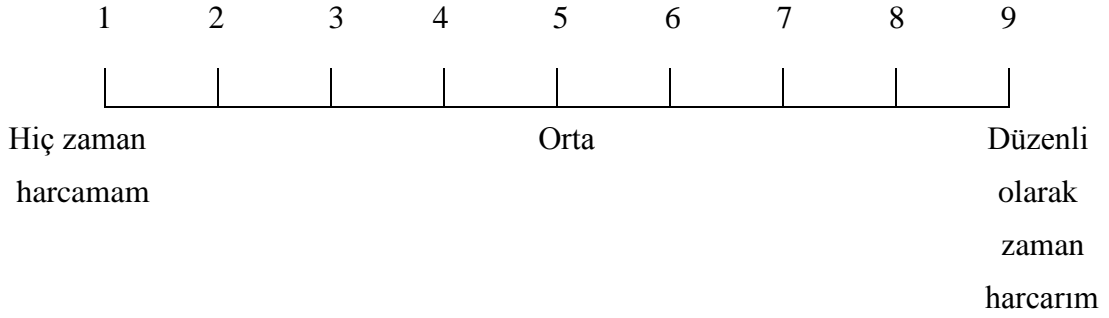
Beceriksizim Orta Oldukça becerikliyim

3.Bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyim;

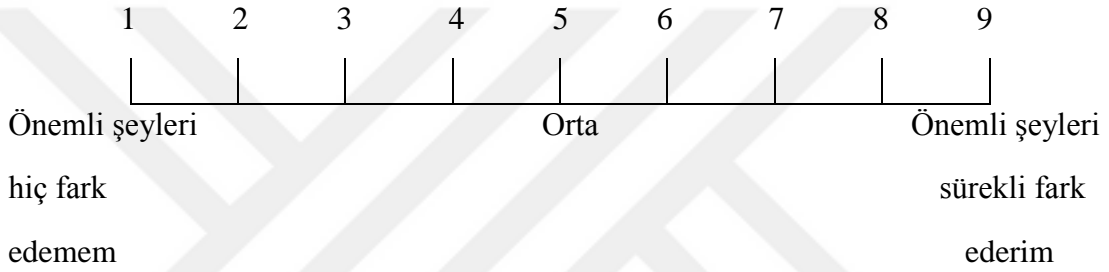
1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hiç bilgim yok Orta Bilgim çok Yeterli

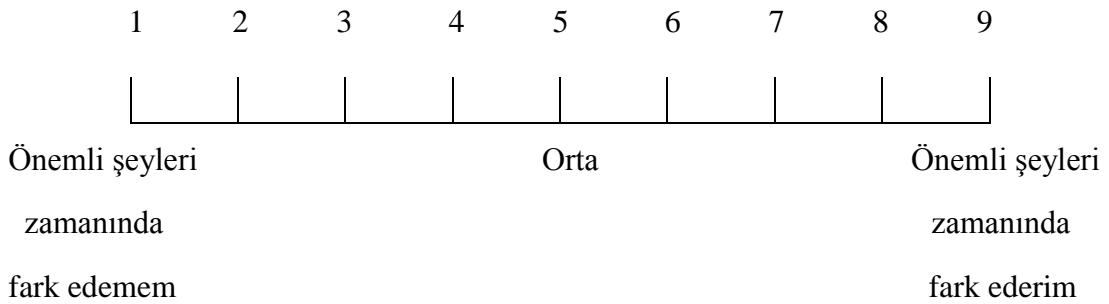
4.Bebeğin bakımı ile ilgili işleri düşünmeye ve yapmaya harcadığım zaman;



5.Bebeğim için önemli olabilecek değişiklikleri fark etme sıklığım;



6.Bebeğim için önemli (acil) olabilecek değişikliği en kısa zamanda fark edebilme durumum;



EK-4 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN KARARI


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: 70904504/
Konu:

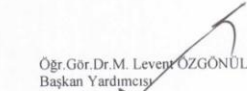
2015

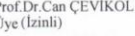
KARAR


ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Arzu AKCAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Annelerin Depresyon Belirtilerinin Bebek Bakım Sonuçlarına Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 214	Tarih: 09.09.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		


Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

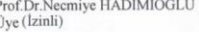

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan



Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

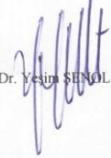

Prof. Dr. Can ÇEVİKOL
Üye (Izınli)

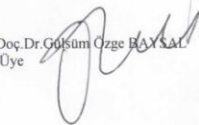

Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye

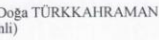

Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye


Prof. Dr. Necmiye HADİMİOĞLU
Üye (Izınli)

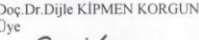

Prof. Dr. Gülay ÖZBİLİM
Üye



Doç. Dr. Yeşim SENOL
Üye

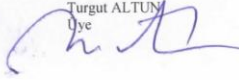

Doç. Dr. Gülşüm Özge BAYSAL
Üye


Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (Izınli)


Doç. Dr. Ali Berkant AVCI
Üye


Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye


Turgut ALTUN
Üye

EK-5 ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ KURUMU İZİN KARARI



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 47897930/641.99
Konu : Tez Çalışması(Salih GÜLER)

ANTALYA VALİLİĞİNE

İlgi. 19.01.2016 tarih ve E.1462 sayılı yazı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Salih GÜLER'in "Annelerin Depresyon Belirtilerinin Bebek Bakım Sonuçlarına Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Kepez 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yürütmesi uygun görülmüştür.

Olurlarımıza arz ederim.

Uzm. Dr. Murat ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
..../03/2016

Mustafa ÖZKAYNAK
Vali a.
Vali Yardımcısı

Soğuk Su Mah. Kazım Karabekir Cad. Defterdarlık yanı B Blok Ek Binası No:4 Muratpaşa / ANTALYA
E.N.ÇAYIR Tel: 0 242 237 96 97

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7dcf54fb-351c-4cf9-90e8-ee7224858646 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Salih GÜLER tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katılmam durumunda bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Salih GÜLER

EK-7 EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

Outlook Posta (Önizleme)

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Gereksiz | Süpür | Şuraya taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

- Gelen Kutusu
- Gereksiz E-posta
- Taslaklar
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler
- Arşiv

RE: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni

Nur Engindeniz

Kime: salih.guler <salihguler@windowslive.com>

23.6.2015 (Sa) 13:53

Yanıtla

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz

From: salihguler@windowslive.com
To: nengindeniz@hotmail.com
Subject: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanım İzni
Date: Mon, 22 Jun 2015 15:55:41 +0300

Merhaba Nur hanım, ben Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst. Halk Sağlığı Hemşireliği AD yüksek lisans öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum. İlginiz ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ediyorum, iyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla...

Salih GÜLER

**EK-8 SORUN ÇÖZME BECERİLERİ DEĞERLENDİRME FORMU
"BEBEĞİMİN BAKIM SORUNLARI İLE İLGİLENME DURUMUM"
ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ**

25 Haziran, 2015

Sayın Salih GÜLER,

" Annelerin Sağlıklı Bebeklerinin Bakım Sorunlarını Çözme Becerilerini Değerlendirme Formu" nu Yüksek Lisan Tez çalışmanızda kullanmanız tarafımdan uygundur.

Ana-cocuk sağlığına ilginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, başarılar dilerim.

Sevgilerimle,

Prof.DR.Sema KUGUOGLU
Staff Nurse, RN
Park Hamilton Nursing and Rehab. Center
Brooklyn, NY

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Salih	Uyruğu	T.C.
Soyadı	GÜLER	Tel no	0539 879 08 15
Doğum tarihi	05/10/1988	e-posta	salihguler@windowlive.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Pakize Kokulu Lisesi	2006
Lisans	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu	2011
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2011- (Halen devam ediyor)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	2014-YDS Sonbahar Dönemi	35,00

Yayınlar ve Bildiriler:

1.Güler S, Akcan A. (2015). Türkiye’de Sağlık ve Eğitim Alanındaki Profesyonellerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. *I. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi*, Kongre Özet Kitabı ss:227, 17- 20 Haziran 2015, İzmir (Poster Bildiri).