POSTPARTUM DEPRESYON, EŞ DESTEĞİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Beste Uçak Duman
141106107

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İpek Güzide Pur Karabulut

İstanbul
T.C Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Şubat, 2019

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Beste UÇAK' ın "**Postpartum Depresyon, Eş Desteği ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki**" başlıklı tezi 18/02/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans/Doktora tezi **oy birliğiyle / oy çokluğuyla, başarılı / başarısız** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Dr. Öğr. Üyesi İpek Güzide PUR	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay ARCAN	.....
Üye (Işık Üniversitesi)	: Dr. Öğr. Üyesi Berna AKÇINAR	.....

Doç. Dr. Ahu TUNÇEL ÖNKAL
Enstitü Müdürü

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

18/02/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Beste Uçak Duman

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecinde benimle çalışmayı kabul eden ve bana bu süreçte destek veren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İpek Güzide Pur Karabulut'a teşekkürlerimi sunarım.

Hem tez jürimde bulunan hem de klinik psikolog olma yolundaki mesleki adımlarımda beni her anlamda destekleyen, yardımlarını hiçbir zaman ve hiçbir konuda esirgemeyen, yoluma ışık tutan, bana ilham veren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez jürime katılan ve değerli yorumlarıyla tezimin gelişmesine katkıda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Berna Akçınar'a teşekkürlerimi sunarım.

Dostluğunu kimseye değişmeyeceğim, bana arkadaştan öte kardeş olan, tez sürecimde verdiği sınırsız bir yardım anlayışıyla, desteğiyle ve sabırla her an destek olan, elini bir an bile üzerimden çekmeyen, hayattaki tüm mücadelelerimde yanı başımda bulunan, canım ortağım meslektaşım, adaşım Beste Cebeci'ye ne kadar teşekkür etsem yetersiz kalır.

Yaşam kaynağının 'bilgi' olduğuna inandığım, hiçbir zaman öğrenmeye doymayan ve bu tutumuyla bana ilham kaynağı olan eşim Deniz Duman'a, tüm zorluklarda benimle 'bir' olduğu, beni her zaman ileriye taşıdığı, bıkmadan sıkılmadan elinden gelen desteği her şekilde sağladığı, motivasyonumu kaybettiğim zamanlarda elimden tuttuğu ve yaslanabilecek sevgi dolu bir kucak olduğu için sonsuz teşekkür ederim.

Hayallerimin peşinde koşarken, tüm desteklerini sınırsız bir şekilde sunan, büyük bir sabır, sevgi ve anlayışla yanımda olan, kendime inanmadığım kadar bana inanan ve güvenen, koşulsuz sevgiyi öğrendiğim aile fertlerimden; annem Mahmure Uçak'a, babam Necmettin Uçak'a, dünyanın en güzel iki annesi ablalarım Özlem Uçak Şahin'e ve Özge Uçak Karamuk'a, aile olmanın kan bağı gerektirmediğini gösteren eniştelerim İskender Şahin ve Emirhan Karamuk'a sonsuz teşekkür ederim. Son olarak hayattaki en kıymetlilerim, tüm olumsuzlukları bana unutturan yeğenlerim Ozan Şahin ve Metehan Karamuk'a yaşam sevincim ve yaşam enerjim oldukları için teşekkür ederim.

Beste Uçak Duman

Şubat 2019

ÖZ

POSTPARTUM DEPRESYON, EŞ DESTEĞİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Beste Uçak Duman
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İpek Güzide Pur Karabulut
Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019

Bu araştırmada postpartum dönemdeki kadınların postpartum depresyon düzeyleri, eşlerinden sağladıkları destek ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan 150 kadın katılımcının verileri analiz edilerek elde edilen bulgulara göre postpartum depresyon düzeyi, duygu düzenleme güçlüklerini yüksek düzeyde yaşayan katılımcılarda yüksek düzeyde, eş desteğinin yüksek derecede sağlandığı katılımcılarda ise düşük seviyede olduğu bulunmuştur. Öte yandan duygu düzenleme güçlüklerinin düşük seviyede görüldüğü katılımcılarda postpartum depresyon düzeyi düşük, eş desteğinin düşük olduğu katılımcılarda ise postpartum depresyon düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri bakımından araştırma değişkenleri incelendiğinde, çalışma durumu, daha önce düşük yapma durumu ve annelik rolüne uyumlarına göre postpartum depresyon seviyelerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Eş Destek Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Eş Desteği, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Postpartum Depresyon.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN POSTPARTUM DEPRESSION, SPOUSAL SUPPORT AND EMOTIONAL REGULATION DIFFICULTIES

Beste Uçak Duman
Master Thesis
Psychology Department
Clinical Psychology Programme
Advisor: Assist. Prof. İpek Güzide Pur Karabulut
Maltepe University Graduate School of Social Sciences, 2019

In this study, it was aimed to investigate the postpartum depression levels of women in postpartum period, the relationships between their spouses' support and emotion regulation difficulties. According to the findings of the research, 150 female participants were found to have a high level of postpartum depression, in the participants who have high level of emotion regulation, and low level of partner support. On the other hand, postpartum depression level was low in the participants who had low levels of emotion regulation difficulties and postpartum depression levels were found to be high in the participants with low spousal support. When the research variables were examined in terms of demographic characteristics of the participants, it was found that postpartum depression levels differed according to their working status, abortion status and maternal role. Personal Information Form, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Spousal Support Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale were used as data collection tools.

Keywords: Spousal Support, Emotion Regulation Difficulties, Postpartum Depression.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

TEŞEKKÜR iv

ÖZ v

ABSTRACT vi

TABLOLAR LİSTESİ x

SİMGELER LİSTESİ xii

KISALTMALAR LİSTESİ xiii

ÖZGEÇMİŞ xiv

BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1. Depresyon 2

1.2. Postpartum Depresyon (PPD) 4

1.3. Sosyal Destek 9

1.4. Eş Desteği 10

1.5. Eş Desteği ve Depresyon 12

1.6. Duygu Düzenleme 16

1.6.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü 18

1.6.2. Kişilerarası Duygu Düzenleme 20

1.7. Araştırmanın Amacı 22

1.8. Araştırmanın Önemi 24

BÖLÜM 2. YÖNTEM 25

2.1. Katılımcılar 25

2.2. Veri Toplama Araçları 28

2.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu 28
2.2.2. Kişisel Bilgi Formu 28
2.2.3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) 28
2.2.4. Eş Destek Ölçeği (EDÖ) 29
2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) 29
2.3. İşlem 30
2.4. Verilerin Çözümlenmesi 30
BÖLÜM 3. BULGULAR 32
3.1. Veri Analiz Planı 32
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri 33
3.3. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları 34
3.4. Postpartum Düzeylerine Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 36
3.4.1. Postpartum Depresyon Düzeylerinin Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 36
3.5. Katılımcıların Postpartum Depresyon Düzeylerinin Eş Desteği Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Düzeyleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 42
3.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Eş Desteği Gruplarının Postpartum Depresyon ile Etkileşiminin İncelenmesi 43
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 46
4.1. Postpartum Depresyonun Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi 46
4.2. Postpartum Depresyon ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 50
4.3. Postpartum Depresyon ve Eş Desteği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 52
4.4. Eş Desteği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Postpartum Depresyon ile İlişkisinin Değerlendirilmesi 54
4.5. Araştırmanın Sonuçları 55
4.6. Araştırmanın Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler 56
EK'LER 61

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onay Formu 61
Ek 2: Kişisel Bilgi Formu 63
Ek 3: Eş Destek Ölçeği (EDÖ) 67
Ek 4: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) 69
Ek 5: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) 73
KAYNAKÇA 78

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Katılımcılara Ait Frekans ve Yüzde Dağılımı …… 25

Tablo 3.1. Ölçek Puanlarının İncelenmesi ……... 33

Tablo 3.2. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları ……. 34

Tablo 3.3. Çalışma Durumu ve PPD Toplam Puan …….. 36

Tablo 3.4. Eğitim Seviyesi ve PPD Toplam Puan ……..... 36

Tablo 3.5. Yaş Dağılımı ve PPD Toplam Puanı ……..... 37

Tablo 3.6. Çocuk Sayısı ve PPD Toplam Puan ……. 37

Tablo 3.7. Bebeğin Yaşı (Ay) ve PPD Toplam Puan …… 37

Tablo 3.8. Daha Önce Düşük Yapma Durumu …….. 38

Tablo 3.9. Hamilelik Tedavisi Durumu Ve PPD Toplam Puan ……. 38

Tablo 3.10. Hamilelik Tedavisi Türü ve PPD Toplam Puan …….. 39

Tablo 3.11. Doğum Şekli ve PPD Toplam Puan ..…….. 39

Tablo 3.12. Bebek Bakımı Zorluğu VE PPD Toplam Puan ……... 39

Tablo 3.13. Annelik Rolüne Uyum ve PPD Toplam Puan ……. 40

Tablo 3.14. Lohusalık Döneminde Yardım ve PPD Toplam Puan ……..... 41

Tablo 3.15. Katılımcıların Eş Desteği Düzeyleri ve Postpartum Depresyon Puanları ….. 41

Tablo 3.16. Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Düzeyleri ve Postpartum Depresyon Puanları ……..... 42

Tablo 3.17. Postpartum Dönemindeki Annelerin, Duygu Düzenleme Güçlüğü (Düşük-Yüksek) ile Eşlerinden Aldıkları Desteğin (Düşük-Yüksek) Postpartum Depresyon

Düzeyleri ile İlişkisine ve Etkisine İlişkin Two Way ANOVA Analizi ……... 43

Tablo 3.18. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Eş Desteği Alt Grupları ve Postpartum Depresyon Seviyesi …….. 44

SİMGELER LİSTESİ

X	**:** Ortalama
ss	**:** Standart Sapma
n	**:** Toplam Sayı
p	**:** Anlamlılık Düzeyi
r	**:** Korelasyon Katsayısı

KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA **:** Tek Yönlü Varyans Analizi

DDG **:** Duygu Düzenleme Güçlüğü

DDGÖ **:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

DSM **:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDÖ **:** Eş Destek Ölçeği

EDSDÖ **:** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

PPD **:** Postpartum Depresyon

ÖZGEÇMİŞ

Beste Uçak Duman

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Y.Ls.	2019	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2012	Koç Üniversitesi, İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2007	Özel Bilfen Koleji

İş/İstihdam

2015-	Psikolog- Kurucu Ortak. NOA Psikolojik Danışmanlık Merkezi
2015-2017	Psikoloji Editörü. Health and Fitness Dergisi
2015	Yüksek Lisans Programı Kapsamında Stajyer Psikolog. Erenköy Ruh ve Sinir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2014-2015	Psikolog. İngiliz Kültür Anaokulu
2013	Stajyer Psikolog. Humanite Psikiyatri Merkezi
2011-2012	Stajyer Psikolog. Pusula Psikoloji ve Özel Eğitim Merkezi

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : İstanbul, 1989 Cinsiyet: K

Yabancı Dil : İngilizce (çok iyi)

Gsm/e-posta : 0534 894 58 76 / besteucak@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Çocuk yetiştirme sürecinde, özellikle de doğum sonrası ilk dönemde annelerin yaşadığı depresyon önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir (Mazure, Keita ve Blehar, 2002; Wisner, Scholle ve Stein, 2008). Hamilelik ve doğum süreci birçok psikolojik rahatsızlığı ortaya çıkarabilecek tetikleyici bir yaşam değişimi olarak ele alınmaktadır (Gold, 2002). Etkili ve yeterli annelik kavramı, toplum sağlığını bütünüyle etkileyebilecek önemli bir meseledir ve annelik işlevini tamamlayabilmek için doğum sonrası depresyon gibi, anneleri olumsuz anlamda etkileyebilen sağlık problemlerinin toplumca ve sağlık çalışanlarınca göz ardı edilmemesi gerekir (Logsdon, Wisner ve Pinto-Foltz, 2006). Bu bağlamda, hamilelik süreci ve doğum sonrası dönemle ilgili yapılan araştırmaların önemi büyüktür. Hamilelik sonrası depresyon olarak tanımlanan postpartum depresyonun görülme sıklığı dünya genelinde %10 ile %28 arasında değişmektedir (O'Hara ve Swain, 1996; Wilson ve ark., 1996; Wisner ve Wheeler, 1994).

Postpartum depresyon, doğum sonrası ilk 6 hafta içerisinde ortaya çıkabilen bir rahatsızlık olmakla beraber, bu semptomları gösteren bireylerin %60'ının hayatlarında ilk defa depresif semptomlar gösteren kişiler olduğu bilinmektedir (Misri, Kostaras, Fox ve Kostaras, 2000). Depresif semptomlar gösteren annelerle yapılan çalışmalar, annelerin bu dönemde en şikayetçi olduğu konuların başında düşük sosyal desteğe bağlı iletişim problemleri olduğunu göstermiştir (Marks, Checkley ve Kumar, 1996). Buna ek olarak, partnerlerinden destek gördüğünü belirten annelerin postpartum depresyon riskinin daha düşük olduğu gözlemlenmiş, eşlerinden aldıkları desteğin yaşadıkları stresle mücadele etme bakımından önemli olduğu belirtilmiştir (Logsdon, Birkimer ve Barbee, 1997). Duygu düzenleme becerilerinin kişinin yaşamının genelinde olduğu gibi doğum sonrası dönemde de önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda ebeveynlik becerilerinin yeterliliğinin ele alındığı araştırmalarda kişilerin yaşadığı duygu düzenleme güçlüklerine yer verilmeye başlanmıştır (Rutherford, Wallace, Laurent ve Mayes, 2015). Doğum sonrası

dönemin, ebeveynlik becerilerinin en etkin kullanıldığı dönemlerden biri olduğu göz önüne alınacak olursa, postpartum depresyon ve duygu düzenleme güçlüklerinin ilişkisi de göz ardı edilmemesi gereken bir ilişkidir.

Literatürdeki yer alan mevcut bilgilere göre, postpartum dönem gibi kadınların yaşamında önemli bir yer kaplayan bu dönemin, toplumun genelini ilgilendiren önemli bir süreç olduğu göz önüne alınarak, bu dönemde kadınların depresif belirtilerini etkileyebilecek eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri gibi faktörlerin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, araştırmada postpartum depresyon, postpartum depresyonu etkileyebilecek faktörler, postpartum depresyonun duygu düzenleme güçlükleri ve eş desteği ile ilişkisi incelenmiştir.

1.1. Depresyon

Depresyon, dünya üzerinde yaygın olarak görülen, tüm insanları bireysel olarak etkileyebilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır (World Health Organization (WHO), 2012). Depresyon tanısı almış kişiler, günlük yaşamlarında, sosyal yaşamlarında ve meslek hayatlarında işlevsel ve bilişsel kayıplarla beraber negatif duygu durumuna maruz kalır, aynı zamanda davranışsal ve fiziksel olarak belli bozulmalar yaşayabilirler (Özgen, 2012).

Depresyon tanısı alan kişilerle yapılan bazı çalışmalar, bu kişilerin tanı almadan önceki yıllarda belli yaşam değişikliklerine maruz kaldıklarını belirlemişler (Fergusson ve Horwood, 1984) ve araştırmacılar, bu kişilerin hayatında, tanı almayan kişilere kıyasla daha ciddi derecede ve sayıca daha fazla yaşam değişikliği olduğunu belirlemişlerdir (Billings ve Moos, 1985).

Gebelik, çocuk sahibi olmak veya evlenmek de kişinin hayatı içerisinde karşılaşabileceği stresli yaşam olayları sayılabileceği gibi (Sorias, 1982) doğum sonrası depresyonunun da kişilerin hayatındaki yeri ve toplum içerisindeki yaygınlığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Majör depresyon tanısı klinik ortamda kişinin duygu durumundaki bozulma, bilişsel ve davranışsal aktivitelerindeki işlevselliğin kaybolması olarak tanımlanırken, (Fava ve

Kendler, 2000) majör depresyon için uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku hali, cinselliğe karşı olan isteğin azalması, iştah kaybı, yaşam içerisindeki birçok etkinlikten keyif alamama, özellikle iş yaşamı ve kişisel durumlarla ilgili zevk alamama ve isteksizlik gibi semptomlardan bahsedilebilir (Belmaker ve Agam, 2008). Depresyon tanısı almış kişilerde gözlemlenen bir başka durum ise kişinin kendini değersiz hissetmesi, günlük aktiviteleri tamamlayacak enerjiyi kendinde bulamaması ve yineleyici ölüm düşüncelerine sahip olmasıdır (Marcus ve ark., 2012).

DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Göre Tanı Kriterleri:

İki hafta boyunca aşağıda belirtilen belirtilerin en az 5 tanesi görülmelidir ve işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması gerekmektedir. Bu belirtilerin en az bir tanesi çökkün duygudurum veya kişinin ilgi yitimi ya da zevk almama durumu ile ilgili olmalıdır.

1. Kişinin kendi bildirdiği ya da başkalarınca gözlemlenebilen, yaklaşık gün boyu süren ve hemen her gün devam eden depresif duygudurum
2. Kişinin kendi bildirdiği ya da başkalarınca gözlemlenebilen, hemen her gün ve yaklaşık gün boyunca süren etkinliklere olan ilginin gitgide azalması ya da bu etkinliklerden zevk almama
3. Kişinin istemsiz bir şekilde ve önemli sayılabilecek derecede (1 ay içerisinde ağırlığının %5'i kadar) kilo alması ya da vermesi durumu ya da yaklaşık olarak her gün devam eden yemek yeme durumunda yaşanan isteksizlik.
4. Yaklaşık olarak her gün devam eden uyku problemlerinin yaşanması (uykusuzluk ya da aşırı uyku hali)
5. Yaklaşık olarak her gün ajitasyon ya da retardasyon
6. Yaklaşık olarak her gün yaşanan bitkinlik hali ve kişinin kendisini enerjik hissedememe durumu
7. Uygunsuzluk, değersizlik ya da suçluluk duygularının (sanrısal olabilir) yaşanması ve bu durumun hemen her gün yaşanması.
8. Neredeyse her gün yaşanan odaklanma eksikliği ve karar vermede yaşanan güçlük.

9. Tekrarlayan ölüm düşüncesi veya tekrarlayan intihar düşünceleri ya da girişimi. (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013)

1.2. Postpartum Depresyon (PPD)

DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)'e göre kişinin duygu durumundaki değişim gebelik sırasında ya da gebelik sonrasında kendisini gösterebilir. Aynı zamanda, bireylerin %3-6'sının gebelik esnasında ya da gebelikten sonra haftalar ya da aylar içerisinde majör depresyon ile ilgili şikayetlerde bulunabileceği düşünülmektedir. Postpartum döneme ait depresyon ise DSM IV'te olduğu gibi DSM V'te de 4 haftalık bir dönem içerisinde tutulmuştur (APA, 2000; APA, 2013). Buna rağmen, araştırmacılar ve alanda çalışan klinisyenler, doğum sonrası depresyonun özelliklerinin, psikotik özellikler olmadığı koşullarda, doğum sonrası 1 sene zarfında kendini gösterebildiğine dair vurgu yapmışlardır (Cox, 2003).

Kadınlarda doğum sonrası depresyon, özellikle çocuk yetiştirme ve bakım verme süreçleri düşünüldüğünde, dünya genelinde ele alınan önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir (Mazure, Keita ve Blehar, 2002).

Çocuk yetiştirme süreci, biyolojik ve psikososyal değişikliklerle ilişkili önemli ve karmaşık bir hayat deneyimi olarak değerlendirildiği için, genetik ve psikososyal anlamda yatkınlığı veya hassasiyeti olan kadınlarda psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir (Gold, 2002).

Beck'in (1976) depresyona ait bilişsel modeli, PPD'nin gelişimine ait postpartum süreçteki deneyimlerin olumsuz bakış açısıyla ilişkilendirilmesi ve anlamlandırılması adına büyük bir katkı sağlar. Beck'in bilişsel modelinde, depresif kişi kendine, dünyaya ve geleceğe karşı olumsuz bir bakış açısına sahiptir ve bu üç faktör 'bilişsel üçlü kavramı' olarak adlandırılır. Kişi kendine dair kusurlu, yoksun, yetersiz olduğuna; dünyaya karşı engel dolu ve aşılamayacak problemlerin olduğu bir yer olduğuna dair ve geleceğe dair ise olumsuzlukların sürekli devam edeceği, güçlükler yaşayacağı bir olumsuz bakış açısı

oluşturur. Bu üçlü bilişsel model, kayıp teması ile birebir ilişkilidir. Postpartum dönem, fiziksel kontrolün, yaşamdaki önemli rollerin, özgürlüğün ve yetilerin kaybedildiği bir dönem olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte bu süreçte bebeğin anneden sürekli olarak var olan talepleri, dikkatin sadece bebekte yoğunlaşmasına neden olur. Bunları karşılamak için yeterli kaynağı olmayan anneler kendilerini başarısız, yetersiz veya fazlaca bir yükün altındaymış gibi hissedebilirler. Yetersizlik, çeşitli yaşam değişikliklerinden ve stres faktörlerinden ötürü yaşanan yenilgi hissi, yetersiz destek ve kaynaklar, bebeğin sağlığı hakkında endişeler, yeterli annelik hakkında şüphecilik ve sosyal bir baskı olarak anneliğin kolay ve keyifli bir süreç olduğuna dair beklentiler, kişinin annelik kimliğini başarıyla gerçekleştiremediği algısını oluşturabilir. Bu anlamda depresyonda var olan yetersizlik ve başarısızlık gibi hisleri bu dönemden ayrı tutmak ve değerlendirmek mümkün olmayabilir (Mercer, 2004).

Postpartum depresyonun kadınlar arasında %10-15 yaygınlıkla görülebilen ciddi bir sağlık problemi olduğu saptanmıştır (Haga ve ark., 2012). Buna ek olarak hem babalık depresyonu hem de annelik depresyonunun görülme sıklığının çeşitli araştırmalarda farklı sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu farkın ortaya çıkmasında, çeşitli popülasyonlardaki sosyo-ekonomik farklılıkların etkili olduğu düşünülmüştür (Paulson ve Bazemore, 2010). Örneğin; yüksek gelirli ülkelerde kadınlarda görülen doğum sonrası depresyon sıklığı %10 ile %20 arasında değişmekte iken, düşük veya orta düzeyde gelire sahip ülkelerde bu sıklığın %20'nin üzerinde olduğu saptanmıştır (Biaggi, Conroy, Pawlby ve Pariante, 2016). Türkiye'de gerçekleştirilen sistematik bir incelemede, postpartum depresyonun Türkiye genelinde görülme sıklığı %23.8, metropol veya büyükşehirlerde yaşayan kadınlarda bu sıklık %21.2 ve büyüme eğilimi gösteren şehirlerde ise oran %25 olarak belirtilmiştir (Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017).

Postpartum depresyona ait genel semptomlar arasında kişinin kendisini umutsuz, suçlu, yetersiz ve ağlamaklı hissetmesi; bebeğe karşı olan ilgisizlik, bebeğin bakımını sağlamaya yönelik isteksizlik, kaygıda artış, iştah kaybı, odaklanmada ve hafızada oluşan güçlükler, sosyal izolasyon ve intihar düşünceleri vardır (Robertson, Grace, Wallington ve Stewart, 2004)

Doğum sonrası ilk bir ayda bir psikiyatri kliniğine başvuran kadın sayısı normale kıyasla oldukça fazladır. Doğum zamanı başlayan duygu durum değişiklikleri doğum sonrasında da devam etmektedir. Bu dönemde kadınlar özellikle anksiyete, kaygı ve doğum sonrasına bağlı olan belirli duygusal dalgalanmalar yaşayabilirler. Ağlama, kaygı ve depresif duygudurumunda olan anneler genellikle doğum sonrasında ilk 15 gün bu şikayetlerden dolayı bir destek almak isteseler bile, birçoğunda bu değişiklikler 15 gün sonunda azalmaya başlar. Bu semptomların azalmadan devam eden ve aylarca süren hali ise postpartum depresyon olarak ele alınmalıdır. Bu semptomların yeni doğum yapmış annelerde devam etme oranı ise %10-20 arasında değişim göstermektedir (Beck, 2002). İlk defa annelik deneyimini yaşayan kadınlarda postpartum depresyon yatkınlığının daha yüksek olduğu bazı araştırmalarla desteklenmiştir (Munk Olsen, Munk Laursen, Bøcker Pedersen, Mors ve Bo Mortensen, 2006). McIntosh (1993b) ilk defa anne olan kadınlarda %63 sıklıkta PPD semptomlarına rastlandığını belirtirken, bazı araştırmacılar ise çocuk sayısı arttıkça PPD semptomlarının da arttığını, bu iki değişken arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Gürel ve Gürel, 2000; Hall, Kotch, Browne ve Rayens, 1996; Nielson, Videbech, Hedegaard, Dalby ve Secher, 2000).

PPD risk faktörlerinden bazıları düşük benlik saygısı, eşten ayrı olma, bir partnere sahip olmama veya görece genç çocuk sahibi olmak olarak da düşünülebilir (Beck, 2001). Buna ek olarak, evlilik durumunun ve gelir seviyesinin de PPD yordayıcıları arasında olduğu belirtilmiştir (Beck, 2001). Bu anlamda, yeterli finansal kaynaklara sahip olmayan annelerin PPD yatkınlığının daha fazla olduğu söylenebilir. Tüm bu faktörlerin yanı sıra, planlanmamış veya istenmeyen bir gebeliğin de postpartum depresyon ile ilişkisine dair birçok farklı araştırmada vurgu yapılmıştır (Beck, 2001; Beydoun, Al Sahab, Beydoun ve Tamim, 2010; Hayes, Ta, Hurwitz, Mitchell-Box, ve Fuddy, 2010; Lanes, Kuk ve Tamim 2011; Martini ve ark., 2015). Türkiye'de PPD'ye ait risk faktörlerinin araştırıldığı bir araştırmada da diğer araştırmaları doğrulayan ilişkiler görülmüştür. Bu araştırmada sosyodemografik verilere göre incelendiğinde, risk faktörlerinin en sık olduğu özellikler, düşük ekonomik düzey, eğitim seviyesi ve iş durumu olarak belirtilmiştir. Aynı araştırmada, planlanmamış gebelik, hamilelik sırasında gelişen stres, gebeliğe bağlı

hastalık, yeni-doğanda meydana gelen bir hastalık, yetersiz sosyal destek, aile içi geçmiş psikiyatrik rahatsızlıklar da PPD semptomlarıyla ilişkili görülen psikososyal faktörler arasında ilişkili bulunmuştur (Özcan ve ark., 2017).

Annelik depresyonunun en yüksek sıklıkta görüldüğü dönem ise bazı araştırmalarda, doğum sonrasını takip eden ilk 3 ay olduğu şeklinde belirtilmiştir (Gavin ve ark., 2005). Yapılan bir araştırmada, doğum sonrası depresyonu yaşayan annelerin kendi yaşadıkları zorlukların farkında olmakla beraber, 3 aylık bir bebeğe sahip bu annelerin gün içerisinde yaptığı etkinliği gerçekleştirmede daha fazla zorlandıklarını saptanmıştır. Aynı araştırmada, bu annelerin depresif duygu durumuna sahip olmayan annelere kıyasla kendi çocuklarının daha zorlayıcı ve talepkar olduğunu bildirdikleri belirtilmiştir (Righetti – Veltema, Conne-Perréard, Bousquet ve Manzano, 2002).

Doğum sonrası depresif ruh haline sadece annelerde değil babalarda da rastlanmaktadır. 2004 yılında yapılan bir araştırmada, doğum sonrasında postpartum depresyon yaşayan kadınların eşlerinin %24-50'sinde de benzer depresif semptomlar görülmüştür (Goodman, 2004). Farklı olarak, doğum yapan kişilerin eşlerinde görülen depresif semptomlara, doğumdan sonraki ilk 6 ayda daha fazla rastlandığı, kadınlarda ise bu semptomlara 12 ay içerisinde daha fazla rastlandığı görülmüştür (Leung ve ark., 2017).

Babalarda postpartum depresyonun yordayıcı faktörleri tam olarak bilinmemekle beraber, yapılan çalışmalarda annelerin PPD'sine bağlı olarak artış gösterdiği saptanmıştır (Lovestone ve Kumar, 1993). 2010 yılında yapılmış bir araştırmada annelerin ve babaların PPD semptomlarının pozitif olarak ilişkili olduğu (r= .31) görülmüştür (Paulson ve Bazemore, 2010). Buna bağlı olarak, annelik depresyonunun babalar için de önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmeli ve babalardaki depresif semptomların gelişmesinde önemli rol oynayan bir etkisi olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu durum aynı zamanda toplum sağlığını da ilgilendiren önemli meseledir. Depresif semptomlar gösteren bir eşe sahip erkeklerde, doğum öncesinde rastlanan babalığa ait depresyonun sıklığının %24 ile %50 arasında yüksek bir oranda görüldüğü belirlenmiştir (Goodman, 2004). PPD semptomlarına sahip annelerin eşlerindeki depresyon riskinin artmasıyla beraber, depresif babaların

çocuklarıyla yapılan bir araştırmada, çocukların da problemli davranışlara sahip olduğu saptanmıştır (Ramchandani, Stein, Evans ve O'Connor, 2005).

Bu durum kadınlar için daha farklıdır, kadınlarda görülen PPD yordayıcıları arasında gebelik esnasındaki depresyon ve anksiyete, düşük sosyoekonomik seviye, evlilik ilişkisi problemleri, yetersiz sosyal destek, gebelik esnasındaki stresli yaşam olayları, geçmiş psikopatolojik öykü ve obezite vardır (Leung ve ark., 2017). Bazı araştırmalarda ise postpartum depresyonun risk faktörleri arasında, gebeliğin ikinci yarısında gelişebilen pre-eklampsi gibi hamileliğe ait komplikasyonlar, doğum öncesi hastane yatışı, yetersiz eş desteği, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde sağlanan sosyal desteğin yetersizliği, bebek bakımı ve bebek sağlığında yaşanan problemler olduğu belirlenmiştir (Beck, 2001; Robertson ve ark., 2004). Dolayısıyla babalar doğum sonrasında annelerle olan etkileşimleriyle ilgili olarak depresif semptomlar gösterirken, kadınlar için söz konusu olan birçok faktör mevcuttur.

PPD ile ilişkili görülen bir başka faktör ise, kadınların annelik üzerine olan beklentileri ve bu beklentilerin bebeğin doğumuyla birlikte gerçek hayatla uyumlu olmamasıdır. Bu uyumsuzluk ise kadınlarda suçluluk, kaygı ve sosyal beklentileri karşılayamama korkusuyla birlikte yerini depresif duygu durumuna bırakmaktadır (Beck ve ark., 2006). Doğum sonrasında özellikle annelerin PPD'ye bağlı bazı semptomları, yetersiz bir anne olmak üzerine yanlış yorumlamaları stres seviyelerini arttırarak, PPD'yi bir kısır döngü haline getirebilmektedir (Albuja, Lara, Navarrete, Nieto, 2017).

PPD'nin bireyin sadece kendisinde değil, aynı zamanda eşinde ve çocuğunda olan etkileri de mutlaka göz önüne alınmalıdır. Postpartum depresyon semptomları gösteren annelerin 1 yaşını tamamlamış çocuklarında, güvensiz bağlanma (Murray, 1992), öfke nöbetleri, paylaşımda yetersizlik, yabancılarla sosyalleşememe, kontrolsüz davranışlar gibi antisosyal davranışlara rastlanmıştır (Uddenberg ve Englesson, 1978). Buna ek olarak, annedeki PPD'ye bağlı olarak, 4 yaşına girmiş çocuklarda hala devam eden düşük bilişsel performans ve düşünsel anlamda yetersizliğe rastlandığı belirtilmiştir (Coqill, Caplan, Alexandra, Robson, ve Kumar, 1986). Bununla birlikte, annelik depresyonunun, yetersiz

ebeveynlik becerileri ile ilişkili olduğu da literatürde mevcuttur (Goodman ve Gotlib, 1999). Başka birçok araştırma bu ilişkiyi doğrularken, depresif semptomlar gösteren annelerin 9 aylık çocuklarıyla kurduğu ilişkinin, depresif semptom göstermeyen annelere kıyasla daha negatif olduğu (Paulson, Dauber, ve Leiferman, 2006), genellikle çocuklarıyla daha az etkileşime dayalı ve çocuklarına karşı daha az duyarlı anneler olduğu belirtilmiştir (Cassidy, Zoccolillo, ve Hughes, 1996).

Postpartum depresyonun ilişkili olduğu birçok faktör bulunmakla beraber, doğum şeklinin nasıl gerçekleştiğinin de annelerin doğum sonrasında yaşamış oldukları depresif duygu durumlarıyla ilişkili olduğunu araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Carter, Frampton ve Mulder (2006) sistematik derlemelerinde, sezaryen doğum şekliyle doğum yapmış annelerin depresif semptomlara yatkınlıklarının ilişkili olduğuna dair bir sonuç elde edememişlerdir. Doğum şeklinin normal doğum, sezaryen, suda doğum gibi farklılıklarının PPD ile ilişkisinin araştırıldığı başka bir araştırmada da doğum şeklinin, PPD ile ilişkisinin bulunmadığı belirtilmiştir (Wiklund, Edman ve Andolf, 2007). Bununla birlikte, farklı kültürlerde yapılan araştırmalarda doğum şekliyle PPD'nin ilişkili bulunduğu araştırmalar da mevcuttur; fakat bu araştırmaların ölçülemeyen bazı değişkenlere bağlı olarak pozitif ilişki gösterdiği yorumlanmıştır (Lobel ve DeLuca, 2007).

1.3. Sosyal Destek

PPD'nin gebelik esnasında veya öncesinde ortaya çıkan bazı yaşam koşullarına bağlı olması sosyal destek konusunu daha da önemli bir hale getirmektedir. Dünya üzerindeki gebelik süreçlerine bakıldığında, gebelik esnasında sosyal desteği yetersiz olan kadınların PPD'ye sahip olma riskinin daha fazla olduğunu görülmüştür (Beck, 2002).

Bazı araştırmacılara göre gebelik esnasındaki sosyal destek 3 alanda incelenebilir; araçsal, duygusal veya bilgilendirme amaçlı destek. (Collins ve ark., 1993; Robertson ve ark., 2004). Araçsal destek, yemek hazırlamak veya annenin ev ihtiyaçlarını karşılamak gibi daha pratikte görülür bir destek modeliyken; duygusal destek pozitif sosyal iletişimde bulunmak, kişiyi manevi ve duygusal anlamda iyi tutmak anlamına gelir. (Chojenta ve ark., 2012; Negron ve ark., 2013; Robertson ve ark., 2004). Bilgilendirme amaçlı destek ise,

kişiye bilgi alması gereken konularda yardım sağlamak, beslenme ve bakım tavsiyeleriyle doğuma hazırlamak gibi bir destek modelini içerir. (Collins ve ark., 1993). Sosyal desteğin alt maddelerini oluşturan tüm bu destek modelleri kişinin eşi, annesi veya sosyal çevresi tarafından karşılanabilir durumdadır (Clark 2001; Özmen ve ark., 2014; Xie ve ark., 2010).

Yapılan belli araştırmalar ise, doğum sonrasına ait sosyal desteği tanımlarken, gebelik esnasındaki desteğe benzer bir şekilde duygusal, bilgi amaçlı ve araçsal desteğin önemine işaret etmiştir. 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre, duygusal, araçsal ve bilgilendirme amaçlı destek doğum sonrasındaki sosyal destek kapsamındaki önemli öğelerdir. Duygusal destek, kişinin kendilik değerlendirmesi için uygun olan bilginin iletişimini içerir. Öte yandan duygunun, bilişselliğin ve davranışların uygunluğunu çevreler ve tüm olumsuz temel kişilik özelliklerine rağmen, kabul edilme, ilgilenilme, takdir edilme, anlaşılma, saygı duyulma ve değer görülmeyi besler. Bunun yanı sıra, bilgi amaçlı destek başkaları tarafından sağlanan (tavsiyeler, öneriler, gerçekçi veriler, geribildirimler) problem çözmeye yönelik ve bununla ilişkili bilgi desteğidir. Araçsal destek ise, uygulanabilir ve somut bir yardıma yönelik bir fırsat olarak düşünülmektedir (Will ve Shinar, 2000). Bununla birlikte, sosyal desteğe ait tüm öğeler her zaman olumlu olmayabilir; çünkü ilişkiler genel olarak ikilem içermektedir, kişi desteği beklediği şekilde karşılayamayabilir ve bu da negatif duygulanım ve depresyonla ilişkili olabilir (Bolger ve ark., 1989).

Literatürde, sosyal desteğin kadınların PPD riskine karşı olan etkisine oldukça fazla yer verilmiştir. Beck (2008), hamilelik boyunca sosyal desteği az olan kadınların PPD semptomları gösterme riskinin fazla olduğunu belirtirken, hamilelik sırasında sosyal destek bakımından yeterli olduğunu belirten kadınların ise gebelik stresinin az olduğunu, dolayısıyla PPD riskinin bu koşullar dolayısıyla daha az olduğu saptanmıştır (akt. Collins ve ark 1993).

1.4. Eş Desteği

Evli bireyler, hayata karşı oluşan tüm pozitif ya da negatif duygularını birbirleriyle paylaşırken, bir sosyal destek kaynağı olarak da en sık eşlerini kullanmayı tercih ederler. Mutluluklar, sevinçler veya krizler sıklıkla ve en çok eşlerle paylaşılırken, onlardan gelen

desteğin de önemi göz önünde bulundurulmalıdır. Bir sosyal destek kaynağı olarak evlilik kurumu dünya üzerinde en sık kullanılan ve özellikle de kriz dönemlerinde kişilerin hayatında önemi olan bir kurumdur (Çağ, 2011).

Sosyal destek bireyler için önemli olmakla birlikte evlilik kurumu içerisinde de kişilerin sağlığı açısından önemli bir etkendir. Eşlerin cinsiyet farklılığına bağlı olarak eşlerinden talep ettikleri sosyal desteğin türü, zamanı ve miktarı değişiklik gösterebilir (Chambers, 2008).

Evlilik doyumunun, kişinin kendi yaşamıyla ilgili hassas olduğu noktalar ve ikili ilişkiler tarafından nasıl etkilendiği göz önünde bulundurulurken, ilişkinin genel ortamı da dikkate alınmalıdır (Karney, Story, ve Bradbury, 2005). İlişkinin genel ortamı düşünüldüğünde, çevre kaynaklı stres faktörleri ve bu streslerden dolayı kişinin bireysel olarak artan stres seviyesi evlilik sürecini etkilemektedir (Neff ve Karney, 2004). Yaşanan bu stresin evlilik kurumu üzerinde çeşitli etkileri bulunmaktadır. Çevre kaynaklı yaşanan stres, eşler arası desteği olumsuz anlamda etkilerken, eşler üzerinde de olumsuz etkileri görülmektedir (Karney ve ark., 2005). Yaşam içerisinde eşleri etkileyen stres faktörleri düşünüldüğünde araştırmacılar bunu iki yönlü olarak ele almaktadırlar; yaşam içerisindeki akut stres (beklenmeyen ölüm, doğum, iş değişikliği vb.) ve kronik stres (geçmişten beri devam eden problemler, kronik hastalıklar vb.) (Wheaton, 1997). Tüm bu araştırmalara dayanarak, evlilik içerisindeki gebelik dönemi ve gebelik sonrasındaki dönem de birebir evliliği etkileyen çeşitli stres faktörleri olarak ele alınabilir. Sosyal desteğin, stresi hafifleten ve strese tampon olan özelliği de ele alındığında, kişilerin eşlerinden aldığı desteği mental ve fiziksel sağlıklarına iyi gelen bir destek modeli olarak düşünmek mümkündür (Kiecolt–Glaser ve ark., 2002).

Eş desteği ile ilgili literatürde oldukça fazla araştırma mevcuttur. Eş desteğinin, evlilik doyumunu arttırdığı (Dehle, Larsen, ve Landers, 2001) ve aynı zamanda evlilikte strese bağlı olarak yaşanan problemleri engelleyip evlilik kurumunu koruduğu ve evlilikten alınan doyumu fazlalaştırdığı belirtilmektedir (Cutrona, 1996).

Evlilik içerisinde eşlerden alınan destek miktarı kadar, desteğin niteliği de önem kazanmaktadır. Araştırmacılar, eş destek yeterliliğini tanımlarken, desteği bekleyen tarafın beklentileriyle, desteği veren tarafın bu beklentiye uyumlu olarak sergilediği davranışları göz önünde bulundurmuşlardır. Bu modele göre 'yeterli eş desteğinin' daha uygun olarak sağlandığı ilişkilerde, diğer ilişkilere göre daha fazla evlilik doyumunun olduğu saptanmıştır. Eşten gelen destek, kişinin beklentisine uygun şekilde sağlanmıyorsa (örn; eş tarafından talep edilmeyen bir tavsiye), bu durum ilişkide çiftlerin birbirini düşüncesiz ya da bencil olarak tanımlamasına sebep olabileceği görülmüştür (Dehle ve ark., 2001). Bu verilerle birlikte eşe verilen desteğin niceliği kadar niteliğinin de önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Farklı araştırmacılar, eş desteği, sosyal destek, evlilik doyumu, evlilik uyumu ve depresyonun ilişkisine dair araştırmalar gerçekleştirmiştir. Bu araştırmalarda kullanılan ölçekler, farklı örneklemler veya bu anlamda belli kısıtlılıklara sahip olsalar da, bir kadının eşiyle olan ilişkisinin mutlaka postpartum depresyonla ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir (Fisher ve ark., 2012; Martini ve ark., 2015).

1.5. Eş Desteği ve Depresyon

Şu ana kadar alanda yapılan araştırmalar, ağırlıklı olarak sosyal destek ve anneliğe geçiş konusuyla ilgi çalışmalardır (Lau ve Wong, 2008); fakat eş desteği, özellikle de postpartum dönemde sağlanan destek, literatürde pek fazla incelenen bir ilişki modeli olmamıştır (Misri ve ark., 2000). Alanda yapılan araştırma sonuçları ise, bu ilişkinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Babanın, anne için doğum sonrasında ulaşılabilir en yakın ve en kolay kaynak olduğu düşünülecek olursa, annenin annelik rolüne uyum sağlaması ve bu bağlamda eşten destek alması 'eş desteği' kavramının önemini göstermektedir (Levitt, Co man, Guacci-Franco ve Loveless, 1994). Yapılan araştırmalar eş desteği ile depresyon arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Evlilik kurumunun daha kaliteli ve evlilik bağının daha kuvvetli olmasının, sağlanan yeterli eş desteğiyle ilişkili olduğu, aynı zamanda yetersiz sağlanan eş desteğinin de eşlerde depresyona neden olabileceği görülmüştür (Günsel, 2013).

2016 yılında, Tayvan'da 327 çiftle yapılan 5 senelik boylamsal bir araştırmada, eşleri tarafından yetersiz sosyal destek sağlanan kişilerin, ilişkide daha fazla fedakarlıkta bulunduğu, evlilik doyumlarının daha düşük olduğu ve aynı zamanda daha fazla depresif semptomlar gösterdikleri görülmüştür (Lin, Li ve Chen, 2017).

Buna ek olarak, ilişkideki sosyal destek yetersizliğinin strese, fiziksel ve psikolojik problemlere yol açtığı, desteğin yeterli olduğu ilişkilerde de depresyon seviyesinin çiftlerde daha düşük olduğu saptanmıştır (Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000).

Eş desteği, bir sosyal destek türü olarak ele alındığında, bu destek modelinin postpartum depresyon ile olan ilişkisine özgü araştırmalar da mevcuttur. 1986 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, hamilelik esnasında desteğe daha fazla ihtiyacı olduğunu belirten annelerin, PPD semptomlarını, desteğe ihtiyaç duymadığını belirten annelere kıyasla daha fazla gösterdiği bilinmektedir (Cutrona ve Troutman, 1986). Desteğe daha fazla ihtiyaç duymak, belirsizlik veya tereddütte olmayı yansıtan bir durum olarak ele alınabilir ve bu bağlamda değerlendirildiğinde PPD'ye yatkınlığın daha fazla olması olası bir durumdur. PPD puanları daha düşük olan anneler, hamilelik ve doğum sonrasında eşlerinden yeterli bir destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bu anlamda destek almak, annelik bağlamında düşünüldüğünde yalnız olmamak anlamına gelebilir. Bununla beraber, sosyal desteğin anne tarafından erişilebilir olması önemlidir. Güçlü bir sosyal çevreye sahip olmak, önceki araştırmalarla beraber düşünüldüğünde, yalnız olmamakla beraber güçlü bir sosyal destek algısına ve dolayısıyla PPD anlamında koruyucu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Cutrona ve Troutman, 1986).

2016-2017 yılları arasında İsveç'te yeni doğum yapmış 653 katılımcıyla yapılan bir araştırma, doğumun gerçekleşeceği zamana yakın bir zamanda eşten görülen desteğin, bebek doğduktan sonra yaşanan problemlerin negatif etkisini hafiflettiğini saptamıştır. Aynı çalışmada araştırmacılar, sosyo-ekonomik nedenlerle zaman içerisinde eşten görülen desteğin azalmasının ise annenin bebekle yaşadığı stresi daha kalıcı ve zorlu bir hale getirdiği sonucuna varmışlardır (Sylven, Thomopoulos, Kollia, Jonnson ve Skalkidou,

2017)

Doğum süreciyle ilgili olarak, annenin eşten beklediği desteğin ne yönde ve nasıl olacağı da bazı araştırmacılar tarafından ele alınmıştır. Algılanan eş desteği bağlamında, anne hem niceliksel hem de niteliksel birtakım destekler bekliyor olabilir. Beklenen bu önemli destek türleri anne açısından ele alındığında, doğum öncesi dönemdeki beklentiler ve doğum sonrası dönemdeki beklentilerin sağlanması olarak ikiye ayrılabilir. Annenin destek beklentileri arasında önemli sayılabilecekler; bebek bakımıyla ilgili aktiviteler, ev işlerinde eşin anneye yardımcı olması, annenin birebir aldığı yardım desteği ve genel destek olarak sıralanmaktadır (Levitt ve ark., 1994).

Bunun yanı sıra, özellikle çocuk bakımıyla ilgili destek konusunda, eşinden yüksek beklentiye sahip annelerin, beklentisi bu anlamda daha düşük olan annelere kıyasla postpartum dönemdeki uyumlarının daha zor olduğu bilinmektedir (Kach ve Mcghee, 1982). Öte yandan, doğum öncesinde annenin sosyal destek anlamındaki beklentisinin, doğum sonrasında algılanan sosyal destekle olan uyuşmazlığı da postpartum depresyonla ilişkili bulunmuştur (Logsdon, McBride ve Birkimer, 1994).

Evlilik içerisindeki iletişimin kuvvetli olması ve eş tarafından sağlanan iletişim kanallarının açık olması da evlilik uyumu, PPD ve eş desteğiyle ilintilidir. Bu bağlamda, 71 hamile kadın katılımcıyla yapılan bir araştırmada, kadınların ilişkilerindeki evlilik uyumu ve annelik depresyonuna ait semptomları ilişkili bulunmuştur (Merchant, Affonso ve Mayberry, 1995). Araştırmada katılımcılar doğum sonrası 6, 9 ve 12 aylık dönemlerinde takip edilmiştir. Katılımcıların doğum sonrası dönemdeki evlilik uyumuna bağlı stres seviyelerinin, eşten alınan desteğin yetersiz olduğu ve partnerin çocuk yetiştirme konusunda dahil olmadığı durumlarda arttığı belirlenmiştir. Bu kişiler, eşlerinin kendileriyle yeterli iletişim kurmadığı yönünde bildirimde bulunmuş ve katılımcıların PPD semptomlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, eşleri tarafından takdir gören ve açık iletişimde olan kadınların PPD riskinin az olduğu da bilinmektedir.

Dolayısıyla, yeterli eş desteği sağlayan partnerler, kadınların doğum sonrası dönemde stres seviyelerinin azalmasında yardımcı olup ve pozitif duygulanım oluşumu

bağlamında önemli bir rol oynamaktadırlar (Logsdon ve ark., 2006).

Türkiye'de bu ilişki araştırmacıların dikkatini çekmiş ve alanda yapılan araştırmaların sayısı son yıllarda artmaya başlamıştır. Postpartum depresyon sıklığı ve risk faktörlerini inceleyen bir meta-analizde, annede veya ailede var olan geçmiş psikiyatrik rahatsızlıkların, annenin eşiyle ve ailesiyle olan ilişkisinin ve sağlanan sosyal desteğin, en önemli psikososyal faktörler arasında olduğu görülmüştür (Özcan ve ark., 2017)

Eş desteğinin postpartum depresyon riskini azalttığını gösteren araştırmalara (Berggren-Clive, 1998; Seguin, Potvin, StDenis ve Loiselle, 1999; Beck, 2001) ek olarak farklı açıklamalar getiren araştırmalar da mevcuttur. Literatürdeki bulgular özellikle eş tarafından sağlanan duygusal destek modelinin PPD riskini azalttığı yönündedir; fakat 2005'te gerçekleştirilen bir araştırma desteğin nasıl gerçekleştiğinin de önemi olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmaya göre, eşten sağlanan maddi desteğin PPD ile ilişkili olmadığı, bunun yanı sıra duygusal desteğin PPD anlamında düşünüldüğünde koruyucu bir etkisi olduğu vurgulanmıştır (Horowitz, Damato, Duffy ve Solon, 2005). Bu anlamda destek modellerinin hepsinin PPD ile ilişkili olmadığı vurgulanmıştır. Bazı araştırmalar ise, hem duygusal hem de araçsal desteğin genellikle PPD'ye karşı koruyucu etkisi olduğuna vurgu yapmış, eşten sağlanan bu desteğin sosyal destekten daha özgün bir destek olduğunu belirtmişlerdir (Small ve ark., 1994; Cooper ve ark., 1999; Ramchandani ve ark., 2009; Séjourné ve ark., 2012; Kara ve ark., 2013).

Duygusal desteğin önemini vurgulayan başka araştırmalar da vardır. Güney Afrika'da gerçekleştirilen bir araştırmada eşten sağlanan desteğin duygusal anlamda yetersiz olmasının, postpartum depresyonla birebir ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ramchandani ve ark., 2009). Benzer şekilde, İngiltere'de 1998 yılında, Avustralya'da 1994'te ve Türkiye'de 2013 yılında yapılan araştırmalarda, duygusal desteğin önemi PPD

bağlamında incelemiş ve ilişkili bulunmuştur (Kara ve ark., 2013; Stuchbery ve ark., 1998; Small ve ark., 1994).

Belli araştırmalar ise eş desteğinin PPD ile ilişkisine dair daha farklı açıklamalar getirmiştir. Bazı çiftler için bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkisinin güçlendiği ve bu anlamda bebek için, anne ve baba tarafından daha kapsayıcı bir çevre sunulduğu düşünülmektedir. Annenin depresif semptomlar göstermesi halinde, partnerinin ilişkideki rolü daha da önemli bir hale gelmektedir. Evliliğin, bebeğin ve aile olmanın zorluklarıyla mücadele etmek anlamında ve bu mücadeleyi verirken yeni ebeveyn olmuş bireylerin bu role uyum sağlamaları yönünde, dengeli ve istikrarlı bir evlilik ilişkisinin yardımcı olduğu belirtilmektedir. Buna karşın, araştırmalar evlilik ilişkisinin zayıf ya da yetersiz olduğu durumların, PPD'yi yordayan en önemli faktörlerden olduğunu öne sürmektedir (Alfonso ve ark., 1991; O'Hara, Neunaber, Zekoski, 1984).

1.6. Duygu Düzenleme

Duygu düzenlemeden bahsedebilmek için, öncelikli olarak duygu kavramının ne olduğunu ve insan yaşamında nasıl bir yeri olduğunu anlamak gerekir. Bir kişinin kendi yaşamıyla veya kendi yaşam gayeleriyle ilgili bir durumda, duruma yönelik dikkat kesilmesi, o duruma yönelik bir duygu hissetmesine sebep olabilmektedir. Ortaya çıkan bu duygu, kalıcı veya geçici, bilinçli ve kompleks veya bilinçdışında ve basit olabilir. Aynı zamanda bu duygu başkalarıyla paylaşılabilen ya da kişiye özel bir duygu da olabilir. Durumdaki bu gaye ne olursa olsun, kişinin burada duruma yüklediği anlam önemlidir ve bu anlam da duyguyu kişiye yaşatan şeydir. Duruma yüklenen bu anlam değiştikçe, kişinin bu duruma karşı hissettiği duygular da zamanla değişebilir (Gross ve Thompson, 2007).

Duygular pozitif veya negatif olmak üzere iki eksende düşünülebilir. Pozitif duygular arasında mutluluk, keyif gibi duygular yer alırken; negatif duygular arasında üzüntü, kaygı gibi duygular vardır. Duyguların yoğunluğu ve kuvveti de değişkendir,

uyarıcı bir durum karşısında iki farklı kişi bambaşka duygu yoğunlukları ve duygular hissedebilirler. Duygunun çeşitliliği ve yoğunluğundan bahsederken, çeşitli senaryolar gündeme gelebilir. Köpek korkusu olan birine bir köpek fotoğrafı gösterildiğinde kişi korku hissederken, köpeklerle arası iyi olan bir kişi bu görüntü karşısında mutluluk duyabilir. Aynı şekilde köpeği ölmüş birinin ise aynı fotoğraf karşısında üzüntü ve özlem duygularını hissetmesi beklenir (Hilt, Hanson ve Pollak, 2011).

Duygu düzenleme ise kişinin kendi hissettiği duyguları bilmesi, anlamlandırabilmesi, farkına varması, ve bu duyguları sağlıklı bir biçimde kendi yaşamına dahil edebilmesidir. Duygu düzenleme otomatik veya kontrollü, bilinçli veya bilinçdışında ortaya çıkabilir (Gross ve Thompson, 2007). Duygu düzenleme kavramı birçok farklı tanıma sahip olsa da, geçerli ve en yaygın kullanımlarından ilkinde, duygu düzenlemenin yalnızca bir işlevi olmaması, aksine bir grup süreç ve sistemden (örn; dikkatsel, bilişsel, davranışsal, sosyal, biyolojik) oluştuğu belirtilmektedir. Duygu düzenlemeden bahsederken değinilecek ikinci ve önemli bir nokta ise; bahsedilen bu süreçlerin, kişilerin çevresel talebini karşılamasını kolaylaştırmak adına duyguları yönettiği, düzenlediği ve değiştirdiğidir (Hilt ve ark., 2011).

Kişiler kendi pozitif veya negatif duygularını düzenleyebilir ve bunu gerçekleştirirken bu duyguları azaltarak veya arttırarak yapabilirler. Genellikle kişiler pozitif duygulara kıyasla negatif duygularını düzenleme eğilimindedirler. Duygu düzenlemenin bilinçli ya da bilinçdışında gerçekleştiği göz önüne alındığında, bu sürecin nasıl başladığı ve devam ettiği de dikkat çeken konulardan biridir. Geçmişte yapılan araştırmalarda (Masters, 1991) bilinçli ya da bilinçdışı olarak süreci iki ayrı kategori olarak ayrılsa da, daha yeni araştırmalar bu sürecin bilinçli olarak başlayan ve bilinçdışına doğru ilerleyen, otomatik ve çaba gerektirmeyen bir süreç olduğunu savunmaktadır. Buna ek

olarak, duygu düzenleme sürecini iyi veya kötü olarak sınıflandırmak yerine, yapılan düzenlemeyi, bulunduğu durum içerisinde değerlendirmenin daha anlamlı olacağı belirtilmiştir. Uygulanan düzenleyici stratejiler, bir kişinin gayesine uygun olarak görünse de, başka biri tarafından uyumsuz olarak algılanabilir. (Gross ve Thompson, 2007)

Gross'un süreç modeline göre 5 farklı duygu düzenleme sürecinden bahsetmek mümkündür (Gross, 1998). Bu süreçler; durum seçme, durum modifikasyonu, dikkatin konuşlanması, bilişsel değişim ve tepki değişimi. Bu süreçlerin ilk 4'ü öncül odaklı stratejiler, tepki değişimi ise tepki odaklı stratejiler olarak iki farklı gruba ayrılmaktadır (Gross, 1998) Öncül odaklı stratejiler, tepkilerimizin değişmesine neden olan, ve tepki vermeye başlamadan önce davranışsal olarak uyguladığımız stratejiler olarak sınıflandırılırken; tepki odaklı stratejiler ise duygu ortaya çıktıktan sonra bu duyguları kontrol altında tutmak adına uygulanan stratejiler olarak sınıflandırılır (Gross, 2001; Gross ve Thompson, 2007).

1.6.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Kişiler, çevresel taleplere uyum sağlayabilmek ve kendi gayelerini gerçekleştirmek amacıyla, farklı durumlar içerisinde, çeşitli duygu düzenleme stratejileri kullanır ve bu stratejileri değişken bir biçimde uygularlar. Bununla birlikte, eğer bu kişiler ne zaman ve nasıl etkin stratejiler uygulamaları gerektiği konusunda yetersiz kalır, bu stratejileri değişken bir biçimde uygulayamaz, uyguladıkları stratejiler başarısız olur veya aynı stratejileri tekrarlı olarak ve gerektiğinden fazla kullanılırlarsa, duygu düzenleme stratejileri bu kişilerin amaçladıkları hedeflere ulaşmalarını engelleyen birer faktör haline dönüşebilir. Bahsedilen bu durum alan yazında duygu düzenleme güçlüğü olarak geçmektedir (Hilt ve ark., 2011).

Leahy, Tirch ve Napolitano'ya (2011) göre, duygu düzenleme güçlüğü, duyguları

deneyimleme veya işleme sürecinde kişinin yaşadığı zorlantı veya yetersizlik olarak da tanımlanmıştır.

Leahy ve arkadaşlarının 2011 yılındaki araştırmasında, duygu düzenleme güçlüğü iki farklı türde ele alınmıştır; duygunun aşırı şiddetlenmesi (excessive intensification) ve duygunun aşırı deaktivasyonu (excessive deactivation). Duygunun aşırı şiddetli bir şekilde hissedilmesi kişide panik, korku, travma, dehşete sebep olurken; duygunun aşırı deaktivasyonu ise kişilerde dissosiyatif durumlara sebep olup, kişinin kendinden uzaklaşması, gerçeklikten uzaklaşması veya kişilik bölünmesi gibi durumları ortaya çıkarır (aktaran Pur, 2015).

Duygu düzenlemede yaşanan güçlükte dahi, düzenlemeye dair bir girişimden bahsetmek mümkündür, ancak süreç bir düzenlemeden çok uyumsuzluğa neden olur. Örneğin; duygu düzenleme güçlüğü kişiler arası ilişkilerdeki sorunlara, odaklanma problemlerine ve hissedilen olumsuz duygular nedeniyle yaşanan bunaltıya sebep olabilir. Duygu düzenleme güçlüğünden bahsederken, mutsuzluk, kişilerarası ilişkilerde problemler ve daha ciddi vakalarda psikopatolojinin gelişiminden de bahsetmek mümkündür (örn; depresyon, anksiyete, madde kullanımı (Hilt ve ark., 2011).

Duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik birçok bozukluğun altında yatan nedenlerden biri olarak gösterilmektedir. Özellikle duygu durum bozuklukları hakkında yapılan araştırmalar gösteriyor ki, kadınlarda çocuğun doğumuyla başlayan ve çocuk büyütürken devam eden dönemde, psikolojik rahatsızlıklarda bir artış gözlemleniyor (Weismann ve ark., 1993). Bu bilgiyi doğrulayan bir araştırmada, hamilelik esnasında ve postpartum dönemde psikolojik rahatsızlıklar sebebiyle kliniklere başvuran kadın sayısının da oldukça fazla olduğu belirtilmiştir (Yonkers, Vigod, & Ross, 2011).

Duygu düzenleme becerilerinin ebeveynlikle ilgili önemini vurgulayan belli araştırmalar literatürde mevcuttur. Maliken ve Katz (2013), ebeveynlik psikopatolojisi ve

ebeveynlik girişimlerinin önemine vurgu yaparken, yaklaşımını ebeveyn gruplarında duygu düzenlemenin gelişimi olarak belirliyor. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi'nin geliştirilmiş bir modelinde duygu durum yönetimi ve stresle başa çıkma becerisi dahil edilmiştir, bu gelişmiş modelde standart eğitim modülüne kıyasla çocuklarda büyük ölçüde olumlu değişime rastlanmıştır. Standart model, geliştirilmiş modelden farklı olarak duygu düzenlemeyle ilişkili becerileri kapsamamakta, ebeveynlik becerisine faydalı olabilecek farklı içeriklere sahiptir (Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000). Bu da gösteriyor ki, duygu düzenleme becerileri ebeveynlik becerilerini arttıran önemli bir faktördür.

Duygu düzenlemeye dair geliştirilen ve uygulanan bu stratejiler, pozitif duyguyu arttırıp negatif duyguların azalmasına yardımcı olduğundan, bu stratejilerin önemi psikolojik bozukluklar açısından da önem kazanmaktadır. Özellikle doğum sonrası dönem dikkate alındığında, ebeveynlik konusunda yardımcı olabilecek duygu düzenlemeye ait bu stratejiler, kişilerarası iletişimde işlevselliğe, riskli davranışlarda azalmaya, ve duygu durumunda düzenlemeye yardımcı olabilir (Rutherford, Wallace, Laurent ve Mayes, 2015).

Bu bilgiler ışığında, postpartum dönemde en az sağlanan eş desteği kadar, kişinin duygu düzenleme becerilerinin de önemli olduğu bilinmektedir.

1.6.2. Kişilerarası Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme kavramı literatürde genellikle içsel süreçlerle bağlantılı olarak açıklansa da özellikle son dönemde kişilerarası süreçlerin da duygu düzenlemeyle ilgili olabileceği vurgulanmaya başlanmıştır. Duygunun ortaya çıkışından düzenlemesine kadar olan sürecin sosyal bir ortamda gerçekleştiği belirtilmektedir (Butler ve Randall, 2012). Literatürde her ne kadar kişilerarası duygu düzenleme kavramına az yer verilse de, bu kavramı araştıran araştırmacılar, özellikle psikolojik rahatsızlıklarla olan ilişkisine dikkat çekmiştir. Depresyon ve kaygı bozuklukları gibi rahatsızlıkları anlamak için kişilerarası

duygu düzenleme kavramına değinmenin önemli olduğunu vurgulamışlardır (Marroquin, 2011). Kişilerarası duygu düzenleme, özetle sosyal iletişim esnasında gerçekleşen duygu düzenleme süreci olarak tanımlanırsa, yetişkinlerde bu sürecin en sık gözlemlenebileceği alanın romantik ilişkiler olduğunu söylemek mümkündür (Butler ve Randall, 2012). Dolayısıyla evlilik ilişkisi ve eşler arasındaki iletişimde duygu düzenlemenin önemli bir yeri vardır.

Duygu düzenleme stratejilerinden 'ruminasyonun' uyumsuz bir başa çıkma stratejisi olduğu bilinmekle beraber, depresyon için risk faktörü oluşturduğu da bilinmektedir (Nolen- Hoeksama ve Morrow, 1989). Kişinin olumsuz bir konu üzerine odaklanması ve bu konu hakkında yakınlarıyla da tekrarlayıcı bir şekilde diyalog halinde olması (co-rumination), ruminasyonun kişilerarası duygu düzenlemede yer bulmuş halidir (Rose, 2002). Böylece depresif semptomların artmasına sebep olan ruminasyon, partnerler arasında da benzer şekilde gerçekleşirken, depresyonu arttıran faktörlerden biri olarak düşünülebilir.

Bununla birlikte, başka bir duygu düzenleme stratejisi olan 'yeniden değerlendirmenin' de depresyonla ilişkisi mevcuttur; pozitif yeniden değerlendirme depresyon ile negatif ilişki gösterir (Nowlan, Wuthrich & Rapee, 2015). Kişinin bir konu üzerinde tekrar değerlendirme yaparak olumsuz duygunun etkisini ortadan kaldırması ya da azaltması, kişinin kendi süreçlerinde gerçekleşebilen bir durum olmakla birlikte, etkileşimde olduğu partnerle gerçekleşen diyaloğu sayesinde de gerçekleşebilir (Aldao, Nolen-Hoeksama ve Schweizer, 2010). Bu bilgiler ışığında, birebir depresyonla ilişkili olan 2 farklı duygu düzenleme stratejisinin, kişilerarası duygu düzenlemede de kullanılabildiğini ve bu sayede evlilik ilişkisinde öneml bir yer tuttuğunu söylemek mümkündür.

Tüm bunlarla beraber yapılan araştırmalar eşler arasında gerçekleşen duygu

düzenlemenin evlilik doyumunu arttırdığını ve bu doyumun da eşlerin sağladığı destekle gerçekleşebileceğini öne sürmüşlerdir (Bloch, Haase ve Levenson, 2014). Öte yandan evlilik doyumu arttıkça postpartum depresyon düzeyinin azaldığı bilinmektedir (Meçe, 2013).

Bu bağlamda eşten sağlanan desteğin duygu düzenleme süreçleriyle ilişkili olduğu ve duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin eşlerinden sağladığı desteğin yetersiz olabileceği düşünülebilir.

1.7. Araştırmanın Amacı

Literatüre bakıldığında postpartum depresyon, eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili birbirinden bağımsız gerçekleştirilen pek çok çalışma vardır. Araştırmacının bilgisi dahilinde bu 3 değişkenin birbirleriyle ilişkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan araştırmalar genellikle postpartum depresyon ve sosyal desteğin önemi, postpartum depresyon ve duygu düzenleme süreçlerine değinilmiştir. Özellikle son yıllarda dikkati çeken doğum sonrası döneme ait duygudurum bozuklukları hem ülkemizde hem de dünya genelinde çokça araştırmaya konu olmuştur. Bununla birlikte dünya genelinde postpartum dönemle ilgili pek çok araştırmaya rastlamak mümkünken, ülkemizde bu dönemin daha çok fizyolojik komplikasyonları ele alınmış ya da psikolojik süreçlerle ilgili yapılan araştırmalar derlemeler şeklinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu bağlamda literatüre katkı sağlayacağı ve gelecek araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı postpartum dönemde annelerin yaşayabileceği depresif semptomların eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili olup olmadığının incelenmesidir. Öte yandan, araştırmada bağımsız olan bu iki değişkenin birlikte görülmesi halinde postpartum depresyon düzeyinin ne olacağı ile ilgili bilgi edinmek ve annelerin zaten zorlu ve kompleks bir süreç olarak adlandırılan postpartum dönemdeki depresif ruh hallerini anlamlandıracak bir açıklama getirmektir. Bir diğer amaçlanan konu ise, postpartum depresyon düzeyindeki değişikliklerin demografik özelliklerle ilişkilendirilmesi

ve bu sayede literatüre katkı sağlamasıdır. Amaçlanan doğrultuda oluşturulan araştırma deseni özellikle Türkiye özelinde, doğum sonrası annelerin deneyimlediği depresif duygu durumunu yordayan eş desteği ve duygu düzenleme güçlüklerini beraber inceleyen bir araştırma olarak, ilk olma özelliğini taşıyacağını düşündürmektedir. Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

1) Duygu düzenleme güçlüğü düzeyi ile postpartum depresyon düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olması beklenmektedir.
2) Eş desteği düzeyi ile postpartum depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olması beklenmektedir.
3) Duygu düzenleme güçlüğünün düşük olduğu, eş desteği düzeyinin ise yüksek olduğu kadınlarda, postpartum depresyon düzeyinin diğer gruplara kıyasla düşük olması beklenmektedir.
4) Duygu düzenleme güçlüğünün yüksek olduğu, eş desteği düzeyinin ise düşük olduğu kadınlarda, depresyon düzeyinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olması beklenmektedir.
5) Eğitim seviyesi yükseldikçe postpartum depresyon düzeyinin azlaması beklenmektedir.
6) Çocuk sayısı arttıkça postpartum depresyon seviyesinin artması beklenmektedir.
7) Postpartum dönemdeki annelerin ilk 3 aylık dönemde postpartum seviyesinin diğer dönemdeki annelere kıyasla daya yüksek olması beklenmektedir.
8) Daha önce düşük yapan annelerin düşük yapmayan annelere kıyasla postpartum seviyesinin daha yüksek olması beklenmektedir.
9) Hamilelik tedavisi gören annelerin, hamilelik tedavisi görmeyen annelere kıyasla postpartum depresyon seviyesin daha yüksek olması beklenmektedir.
10) Bebek bakımında zorluk yaşadığını belirten annelerin, zorluk yaşamadığını belirten annelere kıyasla postpartum depresyon seviyesinin daha yüksek olması beklenmektedir

11) Annelik rolüne uyum sağlayabildiğini belirten annelerin postpartum despresyon seviyesinin, role uyum sağlayamadığını belirten annelere kıyasla daha düşük olması beklenmektedir.
12) Lohusalık döneminde yardım gördüğünü belirten annelerin, yardım görmediğini belirten annelere kıyasla postpartum seviyesinin daha düşük olması beklenmektedir.

1.8. Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde, postpartum depresyonla ilgili yapılan araştırmalar sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır. Bu anlamda, eş desteğinin bir sosyal destek unsuru olarak ele alınması, diğer sosyal destek unsurlarından bağımsız olarak, postpartum depresyonla nasıl bir ilişkisi olduğu hakkında yeni bir bakış açısı sağlayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak yine literatürde duygu düzenleme güçlüğü ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmış; fakat bu ilişkide eş desteğinin rolü birebir incelenmemiştir. Bu açıdan da, araştırmanın bu 3 faktör hakkında bilgi vermesi ve klinik psikoloji alanında aydınlatıcı bilgilere sahip olmayı mümkün kılması beklenmektedir. Doğum sonrası dönemde sosyal destek unsurunun arttırılması yönündeki önerilere ek olarak, araştırmanın sonucuna uygun olarak eşlerin de destek alanları hakkında bilgilendirilmesi ile ilgili çalışmalara yardımcı olabilecek bir araştırma olması mümkündür. Duygu düzenleme ile ilgili verilen klinik desteklerin, postpartum dönemde de eşlere yardımcı olması ve bu şekilde postpartum depresyonun tedavi sürecinde bir etken olarak ele alınması açısından araştırma verilerinin önem kazanması beklenmektedir.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcılar, araştırma dahilinde kullanılan veri toplama araçları ve verilerin analiz işlemlerinin nasıl gerçekleştirildiğine dair bilgilendirmeler sunulmaktadır.

2.1. Katılımcılar

Araştırma örneklemi Türkiye'de yaşayan, son 12 aylık dönemde doğum gerçekleştirmiş annelerden oluşmaktadır. Araştırma 2018-2019 yılları arasında gerçekleştirilmiş olup toplamda 175 kişiye uygulanmış, gerekli analizler doğrultusunda 150 kişiye düşürülmüştür. Örnekleme ait katılımcı bilgileri ve dağılımları tablo 2.1.'de verilmiştir.

150 annenin incelendiği çalışmada, kadınların %12.7'si 24 ile 28 yaşları arasında, %39.3'ü 29 ile 33 yaşları arasında, %34'ünün 34-38 arasında ve %14'ünün 39-43 yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 2.1. *Katılımcılara Ait Frekans ve Yüzde Dağılımı*

		N	%
Çalışma Durumu	Evet	96	64
	Hayır	54	36
Yaş	24-28	19	12.7
	29-33	59	39.3
	34-38	51	34.0
	39-43	21	14.0
Eğitim Seviyesi	İlköğretim	1	17
	Lise	11	7.3
	Lisans	74	49.3
	Yüksek Lisans	53	35.3
	Doktora	11	7.3
Çocuk Sayısı	1	109	72.7
	2 ve üzeri	41	27.3
Bebeğin Yaşı(ay)	0-3	33	22.0
	3-6	47	31.3
	6-9	24	16.0
	9-12	46	30.7
Daha Önce Düşük Yapıp Yapmadığı	Evet	36	24
	Hayır	114	76
Hamilelik Tedavisi Görüp Görmediği	Evet	26	17.3
	Hayır	124	82.7
Hamilelik Tedavisi Türü	Aşılama	3	2
	Tüp Bebek	21	14
	Diğer	2	1.3
Doğum Şekli	Normal Doğum	48	32.0
	Sezaryen Doğum	100	66.7
	Diğer	2	1.30
Annelik Rolüne Uyum Sağlayıp Sağlayamadığı	Hiç Uyum Sağlayamadım	2	1.3
	Biraz Uyum Sağladım	23	15.3
	Genel Olarak Uyum Sağladım	86	57.3
	Çok İyi Uyum Sağladım	39	26
Bebek Bakımı Konusunda Zorluk Yaşayıp Yaşamadığı	Evet	26	17.3
	Bazen	89	59.3
	Hayır	35	23.3

Lohusalık Döneminde Yardımcı Birinin Olup Olmadığı	Evet	126	84
	Hayır	24	16
Toplam		150	

Annelerin eğitim seviyesine göre dağılımında, 150 anneden 1'inin ilköğretim, 11 annenin lise,74 annenin lisans, 53 annenin yüksek lisans ve 11 annenin ise doktora seviyesinde eğitim aldığı görülmüştür. İlköğretim seviyesinde dağılımı olan anne sayısı 1 olduğu için, eğitimle ilgili veriler incelenirken, aykırı değer olarak nitelendirilmiş ve analizden çıkarılmıştır.

Annelerin çocuk sayısına ilişkin dağılımında, katılımcıların %72.7'sinin 1 çocuğunun olduğu, %27.3'ünün ise 2 ve üzerinde çocuğunun olduğu saptanmıştır. Annelerin bebeklerinin aylık olarak yaş dağılımında, 0-3 ay arasındaki dağılım %22, 3-6 ay arasında %31.3, 6-9 ay arasında %16 ve 9-12 ay arasındaki dağılım ise %30.7 olarak belirlenmiştir.

Annelerin çalışma durumuna göre dağılımında, 96 anne (%64) şu anda çalışmadığını belirtirken, 54 anne ise aktif olarak çalıştığını belirterek %36'lık bir dağılım göstermiştir.

Annelerin klinik özelliklerine ilişkin dağılım bilgileri de Tablo 2.1'de verilmiştir. Daha önce düşük yapma değişkenlerine göre annelerin %24'ü evet ve %76'sı hayır olarak saptanmıştır. Hamilelik tedavisi gördüğünü belirten anneler 26 kişi (%17.3), hamilelik tedavisi görmediği belirten anneler ise 124 kişi (%82.7) şeklinde belirlenmiştir. Hamilelik tedavisi gördüğü belirten annelerden 3'ü aşılama, 21'i tüp bebek ve 2'si diğer yöntemlerle tedavilerini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir.

Annelerin %32'si normal doğum ile, %66.7'si ile sezaryen doğum ile doğumlarını gerçekleştirdiklerini belirtmiş, çalışmadaki doğum şeklinin dağılımında %1.3 oranında ise 'diğer' cevabını veren annelerin oluşturduğu saptanmıştır.

Çalışmada annelerin annelik rolleri, bebek bakımı ve lohusalık döneminde aldıkları yardım ile ilgili de bilgiler edinilmiştir. Buna göre annelerin 2'si (%1.3) annelik rolüne hiç uyum sağlayamadıklarını, 23'ü (%15.3) annelik rolüne biraz uyum sağladıklarını, 86'sı (%57.3) genel olarak uyum sağladıklarını ve 39'u (%26) ise çok iyi uyum sağladıklarını belirtmişlerdir.

Bebek bakımı konusunda zorluk yaşayıp yaşamadığı değişkenine cevap veren annelerin %17.3'ü evet, %59.3'ü bazen ve %23.3'ü ise hayır şeklinde dağılım göstermiştir. Lohusalık döneminde kendisine yardımcı olan birinin olup olmadığı değişkeninde ise anneler %84 evet ve %16 hayır şeklinde dağılım göstermişlerdir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak olan veri toplama araçları Aydınlatılmış Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Eş Destek Ölçeği (EDÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) şeklindedir.

2.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın gönüllülük esasına dayandığını belirlemek amacıyla, 'Aydınlatılmış Onam Formu' katılımcılara verilmiştir. Bu formda araştırma hakkında genel bilgilendirme yapılacak, katılımcılara istediği zaman çalışmayı yarıda bırakabileceklerine dair bilgilendirme ve katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağına dair bilgilendirme yapılmıştır.

2.2.2. Kişisel Bilgi Formu

Bilgi formunda katılımcılardan sosyodemografik ve kişisel bilgiler toplanarak araştırmaya katılan örneklemin betimlemesi amaçlanmıştır. Bu formla beraber katılımcılardan yaş, cinsiyet, öğrenim durumu gibi genel bilgiler alınacaktır. Buna ek olarak, araştırmayla ilgili önemli olabileceği düşünülen, katılımcıların evlilikleriyle, gebelik öncesi ve sonrası dönem ile ilgili genel bilgilendirici sorular da dahil edilmiştir.

2.2.3 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Doğum sonrası dönemde, kadınlarda depresyonun varlığını ve şiddetini tespit etmek

amacıyla tasarlanan bu ölçek, 1987 yılında ilk olarak Cox ve Holden tarafından geliştirilmiştir. Dörtlü Likert biçiminde ve 10 maddeden oluşan bu ölçek, katılımcıların kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Maddelere verilen puanların toplamı ile genel puana ulaşılan bu ölçekte, 12 puan ve altı puan postpartum depresyon açısından risksiz, 13 ve üzerindeki puan postpartum açısından riskli grubu temsil ederken; ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Türkiye'de 1996 yılında Engindeniz tarafından ölçeğin uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 13 olarak bulunmuştur. Ölçeğin puanlamasında, 1., 2., ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3, 4 şekilde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9.,10. maddeler ters olarak 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanmaktadır (Ayvaz ve ark., 2006). Bu çalışmada EDSDÖ Ölçeği'nin güvenirlik değerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizinde, .89 iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

2.2.4. Eş Destek Ölçeği (EDÖ)

Yıldırım tarafından 2004 yılında geliştirilen Eş Destek Ölçeği (EDÖ), eşlerden algılanan eş destek düzeyinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Likert tipi 27 sorudan oluşan ve 1-3 arası puanlama şeklinde cevaplama sistemi olan bir ölçektir. Eş Destek Ölçeği'ne göre katılımcıların alabileceği en yüksek puan 81 iken, en düşük puan ise 27'dir. 81 puan alan bir katılımcı, eşinden aldığı desteği en yüksek şekilde algılarken, bu puan düştükçe eşinden aldığı desteğin algılanmasında da aynı şekilde düşüş olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına göre test-tekrar test güvenirlik katsayısı .89 iken, Cronbach Alfa katsayısı .95 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin Beck Depresyon Ölçeği – Türkçe Formu ile arasında anamlı bir ilişki (r = -.27) bulunmuştur. EDÖ dört faktörlü bir ölçek olmakla beraber bu faktörler; duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteğidir (Yıldırım, 2004). Bu çalışmada EDÖ Ölçeği'nin güvenirlik değerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizinde, .96 iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiş olan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion regulation Scale), Likert tipi 36 maddeden oluşan

bir ölçektir. Ölçekteki derecelendirme 1-5 arasıdır ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; duygusal tepkilerle ilgili farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), duygusal tepkilerin açık olmaması (açıklık), olumsuz duygulara karşı yaşanan dürtüsel davranışlarda güçlük (dürtüsellik), olumsuz duygular karşısında amaçlara yönelik davranışları devam ettirmede yaşanan zorluk (hedefler), duygusal stratejilerin kısıtlı kullanımı veya ulaşmaya yönelik kısıtlılık (stratejiler). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Rugancı ve Gençöz tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin 338 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmalarında, iç tutarlık sayısı toplam puan için .94, alt ölçeklerde .75-.90 iken; toplam puan için test tekrar güvenirliği .83, alt ölçeklerde ise .60-.85 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada DDGÖ Ölçeği'nin güvenirlik değerini belirlemek amacıyla yapılan Cronbach Alfa analizinde, .93 iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır.

2.3. İşlem

Araştırmada kullanılmak istenen ölçekler internet üzerinde tek bir ölçek haline getirilmiş ve kişiler önce ölçeklerle ilgili ve araştırmanın amacı ile ilgili bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür ve online olarak araştırmacının eline geçmiştir. Katılımcılar araştırmacı tarafından verilen ölçeklere, www. surveey.com ve https://surveys.google.com adresinden ulaşmışlardır.

2.4. Verilerin Çözümlenmesi

Araştırmadaki sorular ve hipotezler "IBM SPSS Statistics 23" programında analiz edilmiştir. Bu çalışmada amaca yönelik örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bundan dolayı örneklemde Türkiye'de yaşayan, son 12 ay içerisinde doğum yapmış anneler dahil edilmiştir. Bu sürenin dışında olan katılımcılar IBM SPSS Statistics 23 programında analize alınmamış ve katılımcı sayısı düşürülmüştür.

Araştırmanın amacına yönelik olarak, postpartum depresyon, eş desteği ve duygu düzenleme güçlüklerinin arasındaki ilişki incelenmiş bu ilişkilerin incelenmesi adına t testi, varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizine yer verilmiştir. Demografik bilgiler ve postpartum depresyon düzeyinin ilişkisine dair bilgi edinmek amacıyla ise t testi ve korelasyon analizine yer verilmiştir.

Araştırmada önce postpartum depresyon düzeyi ve eş desteği düzeyi daha sonra ise postpartum depresyon düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü düzeyi farklı analizlerle incelenmiştir. Bu analizler bu iki bağımsız değişkenin araştırmanın bağımlı değişken üzerindeki etkisini t testi analizi ile ortaya koymuştur.

Araştırmanın temel sorusu olan ve postpartum depresyon düzeyinin eş desteği ve duygu düzenleme düzeylerine göre nasıl farklılaştığını inceleyen analizlerde grup karşılaştırmaları yapmak adına iki yönlü ANOVA (two-way ANOVA) analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin (eş desteği ve duygu düzenleme güçlüğü) düşük veya yüksek olmasına bağlı olarak oluşturulan 4 farklı grup için farklı ortalama sonuçları elde edilmiş ve bu 2 değişkenin etkileşimde olup olmadığı incelenmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1. Veri Analiz Planı

Çalışmadan elde edilen veriler analize uygun hale getirilmiştir. Bu amaçla, aykırı değerler tespit edilmiş, veri setinden çıkarılmış, homojenlik ve normallik testleri uygulanmıştır. Çalışmada betimleyici istatistiklerin incelenme amacıyla değişkenlere ve ölçek puanlamalarına ait ortalama puanlar, standart sapmalar, frekans, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Araştırmanın değişkenler arası korelasyon puanları incelenmiş ve analizler için uygun görülmüştür. Bu işlem sonrasında bağımlı değişkene ait gruplandırmalara göre demografik veriler ve bağımsız değişkenler ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Sonrasında, ana değişkenlerin demografik değişkenler üzerinde anlamlı bir ilişkisinin olup olmadığını ve grup farklılıklarını incelemek amacıyla bir dizi bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Son olarak ise çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla ana değişkenler arası grup karşılaştırmaları iki yönlü varyans analizi (Two-Way ANOVA) gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. *Ölçek Puanlarının İncelenmesi*

Ölçekler	N	Ort.	ss	Min – Maks

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Çalışma hipotez testleri için kullanılan Eş Desteği Ölçeği'nin (EDÖ) duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteği alt boyutları; Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin (DDGÖ) farkındalık, açıklık, kabul etmeme, strateji, dürtü ve amaç alt boyutları; Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'ne (EPDÖ) ait ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Edinburg PPD Ölçeği	150	10.08	6.02	0.0-30
Eş Destek Ölçeği	150	66.68	13.16	27-81
Eş Destek Ölçeği Alt Ölçekleri				
Duygusal	150	22.46	4.73	9.0-27
Maddi Yardım ve Bilgi	150	17.64	3.55	7.0-21
Takdir Etme	150	19.47	4.14	8.0-24
Sosyal İlgi	150	7.00	1.81	3.0-9.0
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	150	84.76	23.43	40-154
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Ölçekleri				
Farkındalık	150	12.56	3.88	5.0-25
Açıklık	150	10.29	3.69	5.0-22
Kabul Etmeme	150	16.51	6.16	7.0-35
Strateji	150	18.17	7.15	8.0-38
Dürtü	150	13.12	5.29	6.0-30
Amaç	150	14.09	4.53	5.0-25

3.3. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırma kapsamında kullanılan ana değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile test edilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına Tablo 3.2.'de yer verilmiştir.

Postpartum depresyon toplam puanının, eş desteği ölçeği alt boyutlarından duygusal destek ile (r =-.40, p < .001) anlamlı ve negatif, maddi yardım ve bilgi desteği ile (r =-.40, p < .001) anlamlı ve negatif, takdir etme ile (r = -.41, p < .01) anlamlı ve negatif, sosyal ilgi ile (r = -.40, p < .001) anlamlı ve negatif ilişkilerinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.2. *Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları*

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
1	1	.79**	.84**	.81**	-.07	-.02	-.23**	-.16*	-.10	-.07	-.40**
2	.79**	1	.76**	.76**	-.06	.08	-.17*	-.19*	-.09	-.03	-.40**
3	.84**	.76**	1	.80**	-.17*	-.03	-.25**	-.21**	-.13	-.09	-.41**
4	.81**	.76**	.80**	1	-.12	-.08	-.28**	-.24	-.15	-.14	-.40**
5	-.07	-.06	-.17*	-.12	1	.39**	.61**	.62**	.12	.32**	.49**
6	-.02	.08	-.03	-.08	.39**	1	.66**	.58**	.24**	.54**	.44**
7	-.23**	-.17**	-.25**	-.28**	.61**	.66**	1	.75**	.22	.50**	.62**
8	-.16*	-.19	-.21**	-.24**	.62**	.58**	.75**	1	.27	.45**	.52**
9	-.10	-.09	-.13	-.15	.12	.24**	.22**	.27**	1	.57**	.25**
10	-.07	-.03	-.09	-.14	.32**	.54**	.50**	.45**	.57**	1	.37**
11	-.40**	-.40**	-.41**	-.40**	.49**	.44**	.62**	.52**	.25**	.37**	1

Not 1: *$p< .005$,**$p< 001$; Not 2: 1. Duygusal Destek, 2. Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Desteği , 3. Takdir Etme, 4. Sosyal İlgi Desteği, 5. Amaç, 6. Kabul Etmeme, 7. Strateji, 8. Dürtü, 9. Farkindalık, 10. Açıklık, 11. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon puanının duygu düzenleme güçlükleri alt boyutlarından amaç ile *(r* = .49, *p* < .001*)* anlamlı ve pozitif, kabul etmeme ile *(r* = .44*, p* < .001*)* anlamlı ve pozitif, strateji ile *(r* = .62*, p* < .001*)* anlamlı ve pozitif, dürtü ile *(r* = .52*, p* < .001*)* anlamlı ve pozitif, farkındalık ile *(r* = .25*, p* < .001*)* anlamlı ve pozitif ve açıklık ile *(r* = .37*, p* < .001*)* anlamlı ve pozitif ilişkilerinin olduğu bulunmuştur.

3.4. Postpartum Düzeylerine Göre Araştırma Değişkenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

3.4.1. Postpartum Depresyon Düzeylerinin Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, katılımcılardan alınan demografik verilerin, çalışmanın bağımlı değişkeni olan postpartum depresyon düzeyi üzerindeki etkisi test edilmiştir. Buna göre, bir dizi Bağımsız Örneklem t-testi (Independent Samples t-test) ve varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumu, eğitim seviyesi, yaşları, sahip oldukları çocuk sayısı ve son doğumunu gerçekleştirdikleri çocuklarının kaç aylık olduğuyla ilgili veriler Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'nden aldıkları PPD puanı ile analiz edilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar depresyon açısından riskli durumu temsil etmektedir.

Katılımcıların çalışma durumu ile gerçekleştirilen grup karşılaştırmasının sonucuna göre, postpartum depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir (t = 2.46, *p* < 0.05) Buna göre annelerden çalıştığını belirten kadınlar (ort. = 9.10, SS = 5.10), çalışmadığını belirten kadınlara (ort = 11.81, SS = 7.11) kıyasla postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 3.3. *Çalışma Durumu ve PPD Toplam Puan*

	Çalışma Durumu					
	Çalışmıyor (n=54)		Çalışıyor (n=96)			
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**	**p**
Postpartum Depresyon	11.81	7.11	9.10	5.10	2.464*	.030*

(*$p < .05$)

Katılımcıların eğitim seviyeleri analize dahil edilebilmesi amacıyla, örnekleme uygun olarak lise, lisans ve yüksek lisans/doktora olarak 3 grup haline getirilmiş ve bu şekilde grup karşılaştırmaları gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların grup karşılaştırmalarına göre, postpartum depresyon seviyesi, eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p = .210$, F = 1.577).

Tablo 3.4. *Eğitim Seviyesi ve PPD Toplam Puan*

	Eğitim Seviyesi						
	Lise		Lisans		Y.Lisans/Doktora		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**F**
Postpartum Depresyon	13.18	6.67	10.01	5.67	9.73	6.24	1.577*

(*$p > .05$)

Katılımcıların yaş değişkenine göre grup karşılaştırmalarının gerçekleştirilebilmesi için yaş grupları 24-28, 29-33, 34-38 ve 39-43 şeklinde eşit yaş aralıklarınca 4 grup haline getirilmiş ve gerekli analizler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen grup karşılaştırmalarında, yaş dağılımına göre postpartum depresyon düzeyinin anlamlı derecede farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$, F = 1.245).

Tablo 3.5. *Yaş Dağılımı ve PPD Toplam Puanı*

	Annelerin Yaş Dağılımı								
	24-28		29-33		34-38		39-43		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**F**
Postpartum Depresyon	11.52	5.63	9.49	5.60	9.52	6.13	11.76	7.07	1.245*

(*$p > .05$)

Çocuk sayısına ilişkin grup karşılaştırmalarında, çocuk sayısı değişkenine göre postpartum depresyon düzeyi anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p = .601$, $t = .524$).

Tablo 3.6. *Çocuk Sayısı ve PPD Toplam Puan*

	Çocuk Sayısı				
	1 (n=109)		2 ve üzeri (n=41)		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	10.23	5.99	9.65	6.16	.524*

(*$p > .05$)

Annelerin çocuklarının yaşlarına göre, postpartum depresyon düzeyi (bkz: Tablo 3.7.) anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p = 312$, F = 1.201).

Tablo 3.7. *Bebeğin Yaşı (Ay) ve PPD Toplam Puan*

	Bebeğin Yaşı								
	0-3		3-6		6-9		9-12		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**F**
Postpartum Depresyon	8.60	5.70	9.91	6.35	11.45	4.9	10.58	6.34	1.201*

(*$p > .05$)

Grupların karşılaştırılmasında katılımcıların daha önce düşük yapıp yapmadığı değişkenine göre postpartum depresyon seviyelerinin anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur ($p < 0.05$, $t = 2.188$). Buna göre, daha önce düşük yapmış annelerin

postpartum düzeyleri (Ort = 11.97, SS = 6.77), daha önce düşük yapmayan annelere (Ort = 9.48, SS = 5.67) kıyasla daha yüksektir.

Tablo 3.8*. Daha Önce Düşük Yapma Durumu*

	Daha Önce Düşük Yapma Durumu				
	Evet		Hayır		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	11.97	6.77	9.48	5.67	2.188*

(*$p < .05$)

Katılımcıların hamilelik tedavi görüp görmediği ($p = .211$, $t = -1.258$) hamilelik tedavisi görenlerin tedavi türü ($p = .327$, F = 1.173) ve doğum şeklinin ($p = .183$, F = 1.789) postpartum düzeyine göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır. Bu değişkenlerin ortalama puanları ve standart sapma değerleri Tablo 3.9., Tablo 3.10., ve Tablo 3.11.'de sunulmuştur.

Tablo 3.9. *Hamilelik Tedavisi Durumu ve PPD Toplam Puan*

	Hamilelik Tedavisi Görüp Görmediği				
	Evet		Hayır		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	8.73	5.040	10.36	6.19	-1.258*

(*$p > .05$)

Tablo 3.10. *Hamilelik Tedavisi Türü ve PPD Toplam Puan*

	Hamilelik Tedavisi Türü						
	Aşılama		Tüp bebek		Diğer		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**F**
Postpartum Depresyon	6.66	7.37	9.42	4.83	4.50	0.70	1.173*

(*$p > .05$)

Tablo 3.11. *Doğum Şekli ve PPD Toplam Puan*

	Doğum Şekli				
	Normal Doğum		Sezaryen		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	11.04	5.97	9.62	6.08	1.338*

Tablo 3.12. *Bebek Bakımı Zorluğu VE PPD Toplam Puan*

	Bebek Bakımında Zorluk Yaşayıp Yaşamadığı		
	Evet	Bazen	Hayır

	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	F
Postpartum Depresyon	13.43	6.38	10.39	5.70	6.80	5.00	10.482*

(*$p > .05$)

(*$p > .05$)

Katılımcıların bebek bakımı konusunda yaşadığı zorluk değişkeni ve postpartum depresyon düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0.001$, F = 10.482). Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla uygulanan tukey testi sonuçlarına göre, doğum sonrasında bebek bakımı konusunda zorluk yaşayıp yaşamadığı konusunda evet diyen annelerin (Ort = 13.43, SS = 6.38), bazen cevabını veren anneler (Ort = 10.39, SS = 5.70) ve hayır cevabını veren annelere (Ort = 6.80, SS = 5.00) kıyasla postpartum depresyon semptomlarını daha yüksek düzeyde yaşamaktadır.

Katılımcılardan annelik rolüne uyum sağlayıp sağlayamaması değişkeninin postpartum depresyon seviyesine göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p < 0.001$, F = 10.600). Uygulanan Tukey Testi sonuçlarına göre, annelik rolüne hiç uyum sağlayamadığını belirten anneler (Ort = 18.50, SS = 4.94), biraz uyum sağladığını (Ort = 14.91, SS = 5.00), genel uyum sağladığını (Ort = 9.81, SS = 5.23), ve çok iyi uyum sağladığını (Ort = 7.38, SS = 6.36) belirten annelerden postpartum seviyesi olarak yüksek bir ortalama göstermişlerdir.

Tablo 3.13. *Annelik Rolüne Uyum ve PPD Toplam Puan*

Annelik Rolüne Uyum Sağlayıp Sağlayamadığı									
	Hiç		Biraz		Genel		Çok İyi		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**Ort**	**SS**	**F**

Postpartum Depresyon	18.50	4.94	14.91	5.00	9.81	5.23	7.38	6.36	10.600*

(*p < .001)

Son olarak ise, lohusalık döneminde katılımcılara yardım edecek birinin olup olmadığı değişkeninin postpartum depresyon düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur (p = .771, t = .292).

Tablo 3.14. *Lohusalık Döneminde Yardım ve PPD Toplam Puan*

	Lohusalık Döneminde Yardımcı Birinin Olup Olmadığı				
	Evet		Hayır		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	10.14	5.85	9.75	6.99	.292*

(*p > .05)

3.5. Katılımcıların Postpartum Depresyon Düzeylerinin Eş Desteği Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Düzeyleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların eşlerinden aldıkları destek puanları, toplam ortalama puan hesaplamalarına göre yüksek ve düşük eş desteği grupları olarak ikiye ayrılmıştır. Annelerin eşlerinden aldıkları destek düzeylerinin, postpartum depresyon seviyesine göre anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur (p < 0.001, t = 25.53). Buna göre eşlerinden yüksek düzeyde destek gördüğünü belirten annelerin (Ort = 8.32, SS = 5.05), düşük düzeyde destek gördüklerini annelere (Ort = 13.10, SS = 6.42) kıyasla düşük seviyede postpartum depresyona sahip oldukları saptanmıştır. Buna göre eş desteği yüksek olan annelerin postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.15. *Katılımcıların Eş Desteği Düzeyleri ve Postpartum Depresyon Puanları*

	Eş Desteği Düzeyi				
	Yüksek		Düşük		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	8.32	5.05	13.10	6.42	5.053*

(*$p < .001$)

Katılımcıların sahip oldukları duygu düzenleme güçlükleri örneklemin ortalama puan hesaplamalarına göre düşük ve yüksek olarak iki kategoride değerlendirilmiştir. Buna göre duygu düzenleme güçlüğü düzeyinin postpartum depresyon düzeyi gruplarına göre farklılaştığı saptanmıştır ($p < 0.001$, t =-6.486). Katılımcılardan yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlükleri yaşadığı belirlenen grubun (Ort = 12.90, SS = 5.93), düşük düzeyde duygu düzenleme yaşadığı belirlenen (Ort = 7.25, SS = 4.65) gruba kıyasla postpartum depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.16. *Katılımcıların Duygu Düzenleme Güçlüğü Düzeyleri ve Postpartum Depresyon Puanları*

	Duygu Düzenleme Güçlüğü Düzeyi				
	Yüksek		Düşük		
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**	**t**
Postpartum Depresyon	12.90	5.93	7.25	4.65	-6.486*

(*$p < .001$)

3.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Eş Desteği Gruplarının Postpartum Depresyon ile Etkileşiminin İncelenmesi

Yapılan iki yönlü ANOVA analizine göre, eşten sağlanan desteğin seviyesi postpartum depresyon düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p < 0.001$). Duygu düzenleme güçlüğü seviyesinin postpartum depresyon düzeyine etkisi anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Eş desteği seviyesi ve duygu düzenleme güçlüğü seviyesi etkileşiminin postpartum depresyon düzeyine etkisi ise istatiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($p > 0.05$). Buna göre, duygu düzenleme güçlüğünün düşük veya yüksek olmasının postpartum depresyon düzeyi üzerindeki etkisi eş desteğinin farklılaşmasına bağlı olmamaktadır.

Tablo 3.17. *Postpartum Dönemindeki Annelerin, Duygu Düzenleme Güçlüğü (Düşük-Yüksek) ile Eşlerinden Aldıkları Desteğin (Düşük-Yüksek) Postpartum Depresyon Düzeyleri ile İlişkisine ve Etkisine İlişkin Two Way ANOVA Analizi*

Kaynak	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Düzeltilmiş Model	1749.50[a]	3	583.16	23.22	.000
Sabit Model	14623.03	1	14623.03	582.44	.000
Eş Desteği	462.90	1	462.90	18.43	.000
Duygu Düzenleme Güçlüğü	949.75	1	949.75	37.82	.000
Eş Desteği*Duygu Düzenleme Güçlüğü	50.74	1	50.74	2.02	.157
Artık	3665.53	146	25.10		
Toplam	20656.00	150			
Düzeltilmiş Toplam	5415.04	149			

Katılımcıların eş desteği seviyeleri ve duygu düzenleme güçlükleri seviyelerinin karşılaştırıldığı gruplar incelendiğinde, postpartum depresyon seviyelerine göre farklılaştığı görülmektedir. Buna göre, eş desteği düşük ve duygu düzenleme güçlüğü yüksek olan katılımcıların (Ort = 15.61, SS = 5.00) postpartum depresyon seviyelerinin diğer gruplara kıyasla yüksek; eş desteği yüksek, duygu düzenleme güçlüğü düşük olan katılımcıların (Ort = 6.55, SS = 4.36) ise postpartum seviyelerinin diğer gruplara kıyasla düşük olduğu

saptanmıştır. 150 katılımcı içerisinden 34 katılımcının eş desteği en düşük ve duygu düzenleme güçlüğü en yüksek grup içerisinde yer aldığı, 54 katılımcının ise eş desteği en yüksek ve duygu düzenleme güçlüğü en düşük grup içerisinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Eşinden yüksek destek sağlayan ve duygu düzenleme güçlüğü yüksek olan grubun, düşük eş desteği ve düşük duygu düzenleme güçlüğü seviyelerine sahip olan gruba kıyasla postpartum depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.18. *Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Eş Desteği Alt Grupları ve Postpartum Depresyon Seviyesi*

Eş Desteği	Duygu Düzenleme Güçlüğü	Ort.	N	SS
Düşük Eş Desteği	Düşük DDG	9.04	21	5.00
	Yüksek DDG	15.61	34	5.92
Yüksek Eş Desteği	Düşük DDG	6.55	54	4.36
	Yüksek DDG	10.65	41	4.98

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu araştırmanın ilk amacı postpartum depresyon düzeyinin, annelerin eşlerinden aldıkları destek düzeyleri ve türleri, duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri ve türlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir. Çalışmada ayrıca postpartum depresyon düzeyinin risk grupları ele alınarak demografik özelliklerin, duygu düzenleme güçlükleri düzeyleri ve türlerinin ve eş desteği düzeyleri ve türlerinin postpartum depresyon düzeyini yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Gerçekleştirilen araştırmadaki bulgular mevcut literatürdeki bilgiler dahilinde tartışılmıştır.

4.1. Postpartum Depresyonun Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında, postpartum depresyon ile farklı demografik değişkenler arasındaki ilişkiler ve farklılıklar ele alınmıştır. Bu bağlamda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri ve annelik rolü, bebek bakımı ve destek alma özellikleri olarak 3 farklı grupta değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik özellikler arasında annelerin eğitim seviyesi, sahip oldukları çocuk sayısı, bebeklerinin kaç aylık olduğu ve annelerin yaş dağılımı ile postpartum depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Öte yandan, annelerin aktif olarak çalışıp çalışmadığı ile postpartum depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Literatürde annenin yaşı ve postpartum depresyon seviyesinin ilişkili bulunduğu araştırmalar mevcut iken, tam tersine yaş ile postpartum depresyon düzeyinin ilişkili bulunmadığı araştırmalar da mevcuttur. Türkiye örnekleminde gerçekleştirilmiş bazı çalışmalar da (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006) ebeveyn yaşının postpartum depresyon seviyesi ile ilişkili olmadığını desteklerken, annelerin yaşı arttıkça postpartum seviyesinin

azaldığına yönelik ilişkinin olduğunu saptayan yurtdışı araştırmaları da mevcuttur (Baker ve Oswalt, 2008). Çeşitli araştırmalar arasında bulguların farklı olduğu görülmektedir, bu anlamda postpartum depresyon düzeyi ve annelerin doğum yaptığı yaş ile ilgili ilişkinin daha kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Eğitim seviyesi yükseldikçe, annenin postpartum seviyesinin azaldığını saptayan araştırmalar mevcuttur (Ayvaz ve ark., 2006). Tam tersine, bu araştırmanın eğitim seviyesi ile postpartum depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olmaması ise, mevcut örneklem grubu ile açıklanabilir. Örneklemin %6'sının lise, %54'ünün lisans ve %48'inin yüksek lisans/doktora eğitim seviyesinde olması ve bu anlamda örneklemin büyük çoğunluğunun yüksek eğitim seviyesi düzeyini karşılayan bir gruptan oluşması, bu ilişkiyi açıklamakta yetersiz kalmış olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında, bebeğin yaşının aylık olarak baz alındığı düşünülecek olursa, annenin doğum yaptıktan sonra kaçıncı ayda olduğunu da gözlemlemek mümkündür. Böylece annenin doğum sonrasındaki aylık periyodları düşünülerek, postpartum depresyon seviyesi incelenmiş; fakat anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürde, bu ilişkiye dair yapılan çalışma sayısı az olsa dahi, annelik depresyonunun en sık görüldüğü dönem olarak ilk 3 ay işaret edilmektedir (Gavin ve ark., 2005), bu anlamda araştırma sonuçları önceki araştırmaları doğrular nitelikte değildir.

Çalışma durumuna göre annelerin postpartum depresyon puanlarındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan araştırmalarda annelerin çalışıyor olmasının postpartum depresyon riskini arttırabileceği (Atasoy, Bayar, Sade ve ark., 2004) saptanmıştır; fakat bu araştırmada farklı bulgular elde edilmiş ve annelerin çalışıyor olmalarının postpartum depresyon riskini azalttığı saptanmıştır. Bu sonuçların farklılığı iki farklı bağlamda değerlendirilebilir. Bu çalışmadaki ya da önceki araştırmalardaki araştırma verileri, annelerin çalıştıkları iş kolları ve çalışma koşulları ile ilgili bilgi sağlamamaktadır, dolayısıyla bu araştırmanın eğitim seviyesinin yüksek olduğu bir örneklem grubu ile gerçekleştirildiği göz önüne alınacak olunursa, aktif olarak çalışan grubun çalışma koşullarının ve maddi olarak çalışma karşılığı sağladıkları doyumun, eğitim seviyesi görece düşük olan bir gruba kıyasla daha iyi olabileceği varsayılmaktadır. Bu anlamda depresif

semptomların çalışan annelerde azalmasının çalışma ortamının iyileştirici faktör olarak değerlendirilmesine sebep olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, finansal belirsizliğin depresyonla olan ilişkisi ve düşük gelir seviyesinin stres arttırıcı etkisi de göz önüne alındığında bu 2 faktörün PPD'yi yordayan faktörler olduğu bilinmektedir (Goyal ve ark., 2010). Bu anlamda annenin doğum sonrası dönemde çalışıyor olması ve aile bütçesine katkıda bulunması, finansal belirsizliği ve düşük gelir seviyesini olumlu anlamda etkileyen faktörler olarak değerlendirilebilir. Buna göre araştırmanın çalışma durumu ve PPD ile olan ilişkisi maddi yeterlilik etmeni ile açıklanabilir.

Buna ek olarak, PPD'yi yordayan faktörlerden birinin de sosyal destek olduğu ve yetersiz sosyal desteğin PPD düzeyini arttırdığı bilinmektedir (Leung ve ark., 2016). Annelerin doğum sonrası kullanabileceği sosyal destek kanallarından birinin de işyerindeki mevcut arkadaşları olduğu düşünülecek olursa, çalışan annelerin bu destek artışıyla beraber PPD seviyelerinin bu çalışma dahilinde daha düşük çıkması anlamlı bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada annelerin sahip oldukları çocuk sayısı ve PPD düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde ise çocuk sayısı artışı ile PPD riski arasındaki ilişkinin anlamlı olduğuna dair bulgular mevcuttur. Annelerin sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça PPD riskinin de arttığı yönünde araştırmalar mevcutken (Gürel ve Gürel, 2000; Hall, Kotch, Browne ve Rayens, 1996; Nielson, Videbech, Hedegaard, Dalby ve Secher, 2000), annelik deneyimini ilk defa yaşayan kişilerde PPD riskinin daha fazla olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (McIntosh(1993b)). Bu anlamda, örneklemin sadece %27.3'ünün 2 ve üzerinde çocuk sayısına sahip annelerden oluşmasının yeterli ve doğru bir temsil olmadığı, daha ayrıntılı ve Türkiye örneklemini yansıtan bir örneklemin literatüre bu değişken bağlamında katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Postpartum depresyon seviyesi ve annelerin klinik özellikleri bağlamında annenin daha önce düşük yapıp yapmadığı, hamilelik tedavisi durumu, hamilelik tedavisi türü ve doğum şekli ele alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, bu değişkenler arasında sadece annenin daha önce düşük yapıp yapmadığı ile PPD seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Daha önce düşük yapan annelerin PPD seviyeleri, daha önce düşük yapmayan

annelere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, annenin mevcut düşük geçmişinin, PPD riskini arttıran bir faktör olduğu saptanmıştır. Literatürde da bazı araştırmalar, geçmiş yaşantısında düşük öyküsüne sahip annelerin postpartum depresyon eğiliminin yüksek olabileceğini saptamışlardır (Stowe ve ark., 2005; Blackmore ve ark., 2011; Giannandrea ve ark., 2013). Buna göre araştırmanın verileri literatürü destekler durumdadır. Öte yandan, düşük geçmişi ile PPD riskinin arasında bir ilişki olmadığını savunan araştırmalar da mevcuttur (Bicking Kinsey ve ark., 2015). Farklı araştırmalardaki bulguların değişken olmasının, araştırmaların yapıldığı ülkelerdeki kültürel farklılıklardan ve psikososyal etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hamilelik süreci boyunca tedavi gören kişiler örneklemin %17, 3'ünü oluşturmaktadır. Dolayısıyla hamilelik tedavisi durumu ve hamilelik tedavisi türü değişkenlerinin postpartum depresyon düzeyi ile olan ilişkisi arasındaki ilişkinin anlamlı çıkmaması bu bağlamda değerlendirilebilir.

Doğum şekli ile postpartum depresyon düzeyi arasında da araştırma kapsamında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Öte yandan, doğum şeklinin nasıl gerçekleştiği ve postpartum depresyon risk durumu arasında da gerçekleştirilen çalışmalarda anlamlı bir ilişki bulunmadığı çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu bağlamda, doğumun sezaryen veya normal doğum şeklinde gerçekleşmesinin PPD düzeyiyle bir ilişkisi olmaması önceden yapılan araştırmaları destekler niteliktedir (Carter, Frampton ve Mulder, 2006).

Son olarak bebek bakımı ve destek alma rolleri özelliklerinden, annelerin postpartum depresyon düzeylerinin bebek bakımında zorluk yaşayıp yaşamadıkları ile olan ilişkisi ve annelik rolüne uyum sağlayıp sağlayamadıkları anlamlı bulunurken; lohusalık döneminde yardım edecek birinin olup olmaması ile postpartum depresyon düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Bebek bakımında zorluk yaşayan annelerin postpartum depresyon düzeylerinde artışı değerlendirirken süreç genel haliyle ele alınmalıdır. Bu süreç araştırmacılar tarafından karmaşık ve zorlu bir dönem olarak betimlenmektedir. Bu dönemde bakımla ilgili annelerin zorluk yaşaması çok olasıdır, dolayısıyla genetik ve psikososyal anlamda hassasiyeti olan annelerin depresif semptomlar göstermesi de beklenen bir durumdur (Gold, 2002). Bunun

yanısıra, postpartum dönemin zorlu olma nedenleri arasında çocuk yetiştirme ve bebeğin bakımını verme konularını özellikle belirten araştırmacılar da mevcuttur (Mazure, Keita ve Blehar, 2002; Wisner, Scholle ve Stein, 2008). Araştırmanın bulguları da bu döneme ait zorlukların depresif semptomlarla olan ilişkisini destekler sonuçlar vermiştir.

Annelik rolüne uyum sağlayan annelerin postpartum depresyon düzeyi, role uyum sağlayamadığını belirten annelere kıyasla daha yüksektir. Araştırmanın bulguları daha önce yapılan araştırmalarla uyum göstermektedir. Postpartum depresyon söz konusu olduğunda sosyal destek kanallarının ve eş desteğinin önemini anlatan birçok araştırmaya rastlamak mümkündür (Günsel, 2013; Lin, Li ve Chen, 2017; Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000; Cutrona ve Troutman 1986; Sylven, Thomopoulos, Kollia, Jonnson ve Skalkidou, 2017). Bu araştırmalarda, postpartum depresyon düzeyinin düşük olmasının, eşten gelen desteğin yeterli olması ile gerçekleşebildiğine yer verilmiştir. Annenin annelik rolüne uyum sağlamasına yardımcı olan kişilerden en ulaşılabilir olanı eş olarak düşünülmektedir (Levitt ve Co-man, 1994). Dolayısıyla, eş desteğinin yetersiz olması annenin bu role uyum sağlamasını zorlaştıran faktörler arasındadır. Eş desteğinin yetersiz olması da öte yandan postpartum depresyon riskini arttıran faktörlerden olduğu göz önüne alındığında, araştırmanın bulguları bu ilişkiyi açıklayabilmektedir.

4.2. Postpartum Depresyon ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Postpartum depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü, araştırma kapsamında ilişkili bulunmuştur. Annelerden duygu düzenleme güçlüğü yüksek olarak değerlendirilen grubun, postpartum depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmanın bu bulguları literatüre bakıldığında da beklenen bir sonucu vermiştir.

Yapılan araştırmalar genellikle duygu düzenleme süreçleri ve depresyonu ele alırken, duygu düzenleme güçlüğü ve depresyon arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmalar sınırlıdır. Bununla birlikte duygu düzenleme süreci ve duygu düzenleme güçlüğü birbiriyle oldukça ilişkili iki kavramdır. Duygu düzenleme süreci kişinin yaşadığı duyguları bilmesi, farkına varması, anlamlandırması ve işlevsel bir şekilde hayatına dahil edilebilmesi olarak açıklanırken (Gross ve Thompson, 2007); duygu düzenleme güçlüğü duygu düzenleme

sürecinde yaşanan zorluklar olarak ele alınmaktadır (Hilt ve ark., 2011). Ek olarak duygu düzenleme güçlüğü kişinin kendi gayelerini ve çevresel talepleri karşılayabilmek için kullandığı stratejilerin yetersiz kalması, tekrara düşmesi, değişken bir biçimde uygulanamaması ve başarısız olması olarak açıklanmaktadır (Hilt ve ark., 2011).

Literatüre bakıldığında, duygu düzenleme süreçleri ve depresyon arasındaki ilişkinin birçok araştırmada yer aldığı görülmektedir. Duygu düzenleme sürecinde yaşanan problemler, depresif duygu durumunun ortaya çıkması ve devamlılık göstermesine neden olabildiği gibi (Ellis, Beevers ve Wells, 2009), depresif tanı almış kişilerin olumsuz duygularını düzenleme süreçlerinde yaşadıkları zorlantıların depresif tanı almamış kişilere kıyasla daha fazla olduğu da saptanmıştır (Nolen-Hoeksama, Wisco ve Lyubormin sky, 2008).

Öte yandan, duygu düzenleme yöntemlerinden işlevsel olmayanları daha fazla kullanan kişilerin depresif semptomlar gösteren kişiler olduğu bilinmektedir (Moore ve Zoellner, 2008).

Duygu düzenleme güçlükleri ile yapılan araştırmaların dikkat çeken yanı ise, duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin tekrarlayıcı depresyon atakları geçirme riskinin daha yüksek olmasıdır (Aldao, Nolen-Hoeksama ve Schweizer, 2010). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin depresif semptomlara ait kişinin kendini mutsuz hissetmesi, iletişim problemleri gibi sıkıntılar yaşadığı da bilinmektedir (Hilt ve ark., 2011). Özet olarak literatür bilgisi ve araştırma bulguları birbiriyle tutarlılık göstermiş ve postpartum dönemde ortaya çıkan depresyon ile duygu düzenleme güçlüğünün negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutlarında dürtü kontrolü de depresyona işaret eden bir diğer faktördür. Bireyin yaşadığı dürtü kontrolünün zorluğu arttıkça kişinin depresif semptomlarının da arttığına bazı araştırmalarda yer verilmiştir (Bradley ve ark., 2000). Dürtü kontrolündeki düşüş kişinin kendine zarar verme eğiliminin artabilmesine neden olurken (Tull ve Roemer, 2007), verilen dürtüsel kararlar kişinin gerçeklikten uzak bir hal almasına sebep olabilir. Ortaya çıkan bu iki özellik depresif semptomlarla da birebir ilişkili olmakla beraber, postpartum depresyonun da yordayıcısı olarak değerlendirilebilir.

Alanda yetişkin psikopatolojisi semptomları ve duygu düzenleme süreçleri ve güçlükleri arasında birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon, & Gomez, 2003; Gross & Munoz, 1995), annelik süreçlerine ait duygu düzenleme araştırmaları oldukça kısıtlıdır. Bu anlamda, doğum sonrası dönemdeki anneler ve onların duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili yapılan bu araştırmanın literatüre önemli bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

4.3. Postpartum Depresyon ve Eş Desteği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmada postpartum depresyon düzeyi ile eşten alınan destek arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eş desteği yüksek olan annelerin postpartum depresyon seviyesi, eş desteği düşük olan annelerin postpartum depresyon seviyesine kıyasla daha düşüktür. Araştırmanın bulguları, literatürde bulunan diğer araştırmalar gibi, postpartum depresyon düzeyinin sosyal destek ve eş desteği ile birebir ilişkili olduğunu desteklemiştir. Özellikle eşten sağlanan desteğinin, annenin annelik rolüne uyumunu kolaylaştıran (Levitt ve ark., 1994), evlilik kurumunu sağlamlaştırarak doğum sonrası dönemde bireylerin evlilik doyumunu arttırarak depresif duygulanımdan uzak tutan (Günsel, 2013; Lin, Li ve Chen, 2017), yalnızlık veya belirsizlik gibi duyguların azalmasına yardımcı olan (Cutrona ve Troutman, 1986) , sosyoekonomik nedenlerden dolayı yaşanabilecek stresin düşmesine katkıda bulunan (Sylven, Thomopoulos, Kollia, Jonnson ve Skalkidou, 2017) etkileri de bazı araştırmalarda önemli faktörler olarak vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra, annenin eşten sağladığı destekle beraber anne, bebek bakımıyla ilgili aktivitelerde ve ev işlerinde de partnerinden destek görmektedir. Niceliksel ve niteliksel birtakım destekleri eşinden sağlayabilen annelerin, bu koşulları sağlayamayan annelere kıyasla, postpartum depresyon seviyesinin daha düşük olduğu bilinmektedir (Levitt ve ark., 1994).

Tüm bunlarla beraber, araştırmanın verileri destek kapsamında farklı boyutlardaki eş desteğini değerlendirmiştir. Bu alt boyutların ilişkisi de literatürü destekler biçimdedir. Bu alt boyutlar arasında duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme ve sosyal ilgi desteği bulunmaktadır. Tüm bu alt boyutlar ile postpartum depresyon arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatürde de eş desteğinin bahsedilen farklı boyutlarının postpartum depresyon düzeyi ile olan ilişkisini destekleyen araştırmalar mevcuttur. Bu anlamda, eşten sağlanan duygusal desteğin yetersiz olması durumunda postpartum depresyon riskinin artacağı belirtilmiştir (Horowitz ve ark., 2005). Eşten sağlanan duygusal destek yeterliliği ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu destekleyen farklı çalışmalar da mevcuttur (Ramchandani ve ark., 2009; (Stuchbery ve ark., 1998; Small ve ark., 1994; Kara ve ark., 2013). Duygusal desteğin, kişinin kendilik değerlendirmesi için önemli bir destek modeli olduğu düşünülecek olursa (Will ve Shinar,2000), depresyon ve kendilik değerlendirmesinin negatif duygulanım kapsamında ele alınmasıyla birlikte postpartum depresyon ile olan ilişkisi açıklanabilir (Bolger ve ark. 1989). İngiltere'de 6 haftalık postpartum dönemdeki farklı etnik kökenlerden oluşan kadınlarla gerçekleştirilen bir araştırmada, Anglo-Kelt ve Arap kökenli kadınların postpartum düzeyleri ile eşlerinden sağladıkları duygusal destek anlamlı ve ilişkili bulunmuştur. Öte yandan aynı araştırmada, Vietnamlı kadınların postpartum depresyon düzeyi eşlerinden sağladıkları maddi ve bilgi yardımı desteği ile ilişkili bulunmuştur (Stucberry ve ark., 1998).

Takdir etme desteğinin de destek türleri ve postpartum ile ilişkisini ele alan araştırmalar mevcuttur. Buna göre postpartum dönemdeki kadınların en şikayetçi olduğu konulardan biri de eşleriyle yaşadıkları iletişim eksiklikleridir. Diğer taraftan, postpartum dönemdeki kadınlardan psikolojik anlamda hassas olanlar, ilişkilerinde eşleri tarafından takdir edildikleri durumlarda bu takdir düzeyinin onları postpartum depresyon riskine karşına koruyucu bir faktör oluşturduğu belirtilmiştir (Marks ve ark.,1996).

Sosyal ilgi alt ölçeği ve postpartum depresyon düzeyi ile ilgili literatürde çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Tokyo'da 12-16 haftalık postpartum dönemdeki 300 kadınla gerçekleştirilen bir araştırmada, eşleri tarafından dinlenildiği düşünen, endişeleri ve kaygılarına önem verilen ve eşleri tarafından ilgi gören ve düşünülen partnerlerin postpartum depresyon düzeylerinin sosyal ilgi desteğiyle anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Takeda ve ark, 1998). Bu anlamda eş tarafından anlaşılmak, dinlenilmek ve ilgilenilmek sosyal ilgi kapsamında düşünüldüğünde, postpartum depresyon için koruyucu

bir faktör olarak düşünülebilir. Bu araştırmada da literatürü destekleyen bir şekilde, sosyal ilginin postpartum depresyon düzeyi ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur.

Maddi yardım ve bilgi desteği anlamında bu çalışmanın bulgularını destekleyen araştırmalar da mevcuttur. Maddi yardım ve bilgi desteği uygulaması kolay ve somut bir destek olarak göz önünde bulundurulabilir (Bolger ve ark., 1989). Maddi ve bilgi desteği yardımı anlamında yapılan araştırmalarda eşinden bu desteği sağlayamadığını belirten annelerin postpartum depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Small ve ark., 1994). Buna benzer olarak Fransa'da postpartum dönemde 119 çiftle gerçekleştirilen bir araştırmada da maddi ve bilgi yardımı desteğinin postpartum depresyon düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Sejourne ve ark, 1994). Buna ek olarak postpartum dönemdeki yoğun stres ve depresyonun ilişkisine bağlı değişkenler arasında bir problemin nasıl çözüleceğine dair tavsiye veya problemin nasıl çözüleceğini işaret eden yöntemlerin sağlandığı destek modeli olarak bilgi desteği gösterilmiştir (Brock ve ark, 2014).

4.4. Eş Desteği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Postpartum Depresyon ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Postpartum depresyon düzeyinin artışına neden olan faktörler arasında yetersiz eş desteğinin bir sosyal destek kaynağı kapsamında yer verildiği birçok araştırma yapılmıştır (Ramchandani ve ark., 2009; Stuchbery ve ark., 1998; Small ve ark., 1994; Kara ve ark., 2013). Literatür bu anlamda yapılan araştırmayı desteklemektedir. Aynı şekilde, postpartum depresyon düzeyinin artışına neden olan faktörler arasında yaşanan duygu düzenleme güçlüklerinin olduğu da hem yapılan araştırma hem de literatürdeki bilgiler dahilinde uygunluk göstermektedir (Bradley, 2000; Tull ve Roemer, 2007; Weismann ve ark, 1993; Moore ve ark., 2008; Aldao ve ark., 2010). Bu bilgiler ışığında, araştırmanın temel sorularından biri ele alınmış, eş desteği düzeyi ve duygu düzenleme güçlükleri düzeyinin bir arada postpartum depresyon düzeyini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Araştırmanın hipotezine göre, postpartum depresyon seviyesinin en yüksek çıkması beklenen grup, eş desteğinin en düşük ve duygu düzenleme güçlüğünün en yüksek olduğu grupken; postpartum depresyon seviyesinin en düşük çıkması beklenen grup ise, eş desteğinin en yüksek ve duygu düzenleme güçlüğünün en düşük olduğu gruptur. Araştırma

kapsamında bu gruplar incelenmiş ve araştırma hipotezi doğrulanmıştır. Öte yandan araştırma bulgularına göre, eş desteğinin düşük veya yüksek olmasının postpartum depresyon düzeyi üzerindeki etkisi, duygu düzenleme güçlüğünün farklılaşmasına bağlı olmamaktadır. Özetle duygu düzenleme güçlüğünün ve eş desteğinin birbirinden bağımsız olarak postpartum depresyon düzeyini etkilediği söylenebilir.

Literatüre bakıldığında, düşük sosyal desteğe sahip kişilerin duygu düzenlemeyle ilgili güçlükler yaşadığı da bilinmektedir (Muehlenkamp ve ark., 2013; Tatnell ve ark., 2014). Buna karşın yapılan analizler, araştırma bulguları ilişkili olarak belirlenen bu iki kavramın postpartum depresyon düzeyi üzerindekini ilişkilerini incelerken anlamlı sonuçlar ortaya çıkarmamıştır. Bu konuya ilişkin daha detaylı ve geniş kapsamda bilgi edinmek için, farklı ve geniş örneklemlerle yapılan araştırmaların literatüre katkı sağlamak adına ışık tutacağını düşündürmektedir. Eş desteği ve duygu düzenleme süreçlerinin bir arada ele alınması, kişilerarası duygu düzenleme becerileri kapsamında değerlendirilebilir.

Kişilerarası duygu düzenleme, insanın sosyal bir canlı olması ve etrafındaki kişilerle ilişki kuran bir yapısı olması nedeniyle, duygu düzenleme süreçlerinin de doğal olarak bu şartlarda ele alınması gerekçesi ile ortaya çıkmıştır (Hofman, 2016). Bu bağlamda kişi sosyal destek kapsamında, yaşadığı stresle başa çıkarken ve pozitif duygulanımını arttırırken etrafındaki kişilerden destek görebilir ve bu destek duygu düzenleme süreçlerinin de devreye girmesiyle gerçekleşebilir (Zaki ve Williams, 2013). Bununla beraber, araştırmada ele alınan sosyal destek ve eş desteği, kişiler arası duygu düzenleme kavramına kıyasla daha geniş kapsamlı kavramlar olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla sosyal çevreyle ilişkili olarak gerçekleşen duygu düzenleme sürecini açıklamak için, yalnızca sosyal desteğin değerlendirilmesi, olası sonuçları sınırlandırmaktadır (Hofmann, 2014). Araştırma bulgularında da eş desteği ve duygu düzenleme güçlüklerinin birbiri ile olan etkileşiminin anlamsız olması bu yönüyle açıklanabilir.

4.5. Araştırmanın Sonuçları

Bu araştırmanın sonucu, literatürde şu ana kadar yer verilmiş bilgileri doğrularken, bir yandan da farklı boyutlar kazandırmıştır. Literatürde bu araştırma dahilinde incelenen 3

değişkenin bir arada incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmacının bilgisi dahilinde bu çalışma, bu yönüyle postpartum depresyon, duygu düzenleme güçlüğü ve eş desteğinin Türkiye örnekleminde incelendiği ilk araştırma olmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, duygu düzenleme güçlüğü ve postpartum depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu, eş desteği ve postpartum depresyon arasında ise negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler dahilinde, postpartum depresyonun diğer gruplara kıyasla en yüksek düzeyde görüldüğü grup, duygu düzenleme güçlüğünü en yüksek düzeyde yaşarken eş desteğini en düşük düzeyde sağlayan grup olmuştur. Öte yandan, postpartum depresyonun en düşük düzeyde görüldüğü grup, duygu düzenleme güçlüğünün en düşük düzeyde tespit edilirken ve eş desteğinin en yüksek düzeyde sağlandığı grup olmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda, postpartum depresyon düzeyini etkileyen bu iki değişkenin birbirinden bağımsız olarak ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan, sosyal destek kapsamında değerlendirilen eş desteğinin postpartum dönemdeki önemi vurgulanmış, duygu düzenleme güçlüklerinin son yıllarda artan ilgisini, özellikle postpartum dönemde de ilişkili olduğunu vurgulayarak, kavrama olan ilgiyi daha da önemli hale getirmiştir.

Çalışmanın sonuçları postpartum depresyon düzeyini arttırabilecek iki farklı konuya değinmiş ve bu değişkenlerin önemini vurgulamıştır. Dolayısıyla, kişilerin yaşadığı duygu düzenleme güçlüklerini ve eşlerinden sağladıkları desteği değerlendirmek postpartum depresyon seviyesini anlamlandırmak açısında önemlidir. Postpartum depresyonun, toplum içerisinde görülme sıklığı ele alınacak olursa, bu iki kavram hakkında daha kapsamlı ve detaylı araştırmalar yapmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Gerek bireysel gerekse çift terapilerinde, uygun müdahalelerle ele alınabilecek bu iki kavram postpartum depresyonu anlamak açısından oldukça önemlidir.

4.6. Araştırmanın Katkıları, Sınırlılıkları ve Öneriler

Literatürde postpartum depresyon, duygu düzenleme güçlüğü ve eş desteği ile ilgili oldukça fazla araştırma yapılmış olmasına rağmen, bu ilişkileri birlikte ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda araştırmanın literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Eş desteği ve depresyon ya da duygu düzenleme süreçleri ve depresyon literatürde pek çok kez incelenmişken, bu değişkenlerin annelik süreçlerine ait ilişkileri pek

incelenmemiştir. Özellikle duygu düzenleme süreçleri literatürde önem kazanan bir konu iken duygu düzenleme güçlüklerinin birebir ele alındığı araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Postpartum dönemde, sağlık çalışanları özellikle depresyon düzeyiyle ilgili olarak annelerde herhangi bir gözlem yapmamakta ya da tanı koymaya yönelik bir girişimde bulunmamaktadır. Bu durum iki sebepten kaynaklanmaktadır; ilk olarak sağlık çalışanları bu tanıya yönelik nasıl bir yönlendirme yapacakları konusunda yeteri kadar emin olamazken, ikinci olarak ise bu durumla ilgili teşhis durumunda herhangi bir sorumlulukları olmadığını düşünmeleri olabilir. (Minkovitz ve ark., 2005). Sağlık çalışanlarının bu konuda donanımlı olmaları, annelerin ihtiyaç duyması halinde nasıl bir yönlendirme yapacakları konusunda bilgiye sahip olmaları önemlidir. Öte yandan annelerin ve anne adaylarının bu konuda eğitilmesi önem teşkil eden başka bir konudur. Postpartum dönemde depresif semptomlar gösteren anneler, bu semptomları gösteriyor olmanın bir zayıflık veya yetersizliğe işaret etmediğini, arzu ettikleri takdirde gerek medikal destekle gerek psikoterapi desteğiyle bu süreçte yardım alabileceklerinin etkili bir yöntem olduğunu bilmelidirler. PPD'ye yönelik bu bilgilendirmeler, hamilelik öncesinde veya hamilelik sırasında başlarsa ve doğum yaptıkları sağlık kuruluşlarında zorunlu hale getirilirse, annelerin bu etkili yöntemlerden fayda görmeleri olasıdır (Logsdon ve ark., 2006).

Araştırmada değinilen duygu düzenleme güçlükleri kavramı, özellikle kişilik ve duygu durum bozuklukları kapsamında farklı araştırmalarda ele alınmasına rağmen, birçok annenin doğum sonrası dönemde düşük seviyede bile olsa duygu düzenleme güçlükleriyle ilgili problemler yaşadığı bilinmektedir (Kim ve ark., 2012). Bu bilgi ışığında, doğum sonrası dönemde annelerin uygun müdahalelerle duygu düzenleme süreçleri hakkında bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte, postpartum dönemde eşlerden sağlanan desteğin yetersiz olmasının hem annenin hem de babanın depresif semptomlarını arttırabileceğine yönelik yapılan araştırmalar mevcuttur (O'Hara ve McCabe, 2013; Edward ve ark., 2015). Özellikle annelerin ve babaların PPD'nin koruyucu faktörleri arasında sosyal destek kanallarının olduğunu bilmesi, bu dönemde fayda sağlayabilecekleri erişilebilir bir kaynak olması

açısından önemlidir. Tüm bu bilgiler dahilinde, araştırmanın toplum sağlığını ilgilendiren önemli bir meseleye ışık tuttuğu düşünülmektedir.

Her araştırmada olabileceği gibi bu araştırmanın da sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma bulguları, tek bir zamanda gerçekleştirilen değerlendirmeler dahilinde incelenmiştir. Dolayısıyla, postpartum depresyon düzeyi ile ilgili daha detaylı ve kapsamlı bilgiye sahip olabilmek adına boylamsal araştırmalar düzenlemenin, annelerin yaşadığı postpartum depresyon seviyesi düzeyinin değişkenliği ve diğer değişkenlerle olan ilişkisinin anlaşılmasında literatüre daha çok katkı sağlayabilir.

Boylamsal araştırmanın gerekliliğini vurgulayan ve bu araştırmanın sınırlı olduğunu düşündüren başka bir faktör ise postpartum depresyonun sadece hamilelik sonrası dönemde değerlendirilmesidir. Oysaki, hamilelik esnasında annelerin depresyon seviyelerini gözlemlemek yeterli olmayabilir. Katılımcıların hamile kalmadan önceki depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi gereklidir. Bu bağlamda boylamsal bir araştırmanın, sürece ait bilgi vermesi ve araştırmadaki diğer değişkenlerin etki düzeyini ölçmesi açısından gerekliliği göz ardı edilmemelidir.

Araştırmadaki diğer bir sınırlılık çalışılan örneklemin demografik özelliklerinin belirli bir gruptan oluşmasıdır. Örnekleme bakıldığında eğitim seviyesi yüksek ve genellikle aktif çalışan, gelir düzeyi yüksek bireylerden oluştuğu görülmüştür. PPD'ye ait risk faktörleri arasında düşük eğitim düzeyi ve gelir seviyesi olduğu bilinmektedir (Keser ve ark., 2017). Bu anlamda postpartum depresyon ile ilgili yapılan gelecek çalışmalarda çeşitli eğitim seviyesi, gelir seviyesini kapsayan gruplarla çalışmak, araştırmanın diğer değişkenlerle olan ilişkisini açıklamak için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki sınırlılıklardan bir diğeri ise hormonal faktörlerin göz ardı edilmesidir. Hamilelik sürecine bağlı olarak değişen bazı hormonların depresyonla olan ilişkisi bilinmektedir. Araştırmacılar bu süreç içerisindeki progesteron, östrojen ve kortizon seviyelerindeki ve tiroid hormonlarındaki değişimin postpartum depresyon riskini arttırabileceğini öne sürmüşlerdir (Payne ve ark., 2009). Aynı araştırmada, uygulanan östrojen tedavisinin postpartum depresyona yönelik önleyici ve tedavi edici etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Tüm bu bilgiler ışığında postpartum depresyona etki eden

faktörleri konuşurken hormonel değişiklikleri de ele almak gerekir. Bu bağlamda, doğum sonrası dönemdeki depresif semptomların araştırıldığı gelecek çalışmalarda bu değişikliklerin de ele alınmasını önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıklarından bir diğeri ise araştırmada kullanılan ölçeklerden Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin kesme puanı mevcut iken, Eş Destek Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin kesme puanı, araştırma örnekleminin ortalama puanlarına göre belirlenmiştir. Bu araştırmada eş desteğinin veya duygu düzenleme güçlüğünün düşük veya yüksek olarak belirlendiği gruplardaki katılımcılar, başka araştırmalarda farklı gruplarda yer alabilirler. Bu anlamda farklı araştırmalardaki katılımcılara ait eş destek ve duygu düzenleme güçlüğü puanları değerlendirilirken bu hususun göz önüne alınması önem taşımaktadır.

Son olarak, araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem grubu Türkiye'de yaşayan ve doğum sonrası dönemde ilk 12 ayında olan kadınlardır. Postpartum döneme ait araştırmada elde edilen bulgular, katılımcı sayısının sınırlı olması bakımından Türkiye'nin genelini temsil etmemekte olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, kültürler arası farklılıklar hamilelik süreci, bebek bakımı, annelik rolü gibi faktörlerin de farklılığını beraberinde getirmektedir. Bazı araştırmalar, postpartum dönemde depresyon seviyesini arttıran faktörlerin arasında sosyal desteğin yetersiz olduğunu vurgularken, kültürler arası değişkenlik gösteren kadının toplumsal rolüne de önem vermişlerdir (Albuja ve ark., 2016). Meksika'da gerçekleştirilen bir araştırma, Meksika'lı kadınların erkek çocuğa sahip olması koşullarında partnerlerinin memnun olduğunu (Nevarrete, 2012) ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak gibi önemli meselelerde eşlerine bağımlı olduklarını vurgulamıştır (Lara ve ark., 2010a). Bunun gibi faktörlerin doğum sonrası kadınlarda, depresyon riskini arttırabileceği vurgulanmıştır (Albuja ve ark., 2016). Bu bakımdan, Türkiye örnekleminde de yapılacak araştırmaların, kadının toplumdaki rolü, partnerin ve toplumun kadından beklentilerini kapsayacak bir şekilde gerçekleştirilmesinin önemli olduğunu düşündürtmektedir.

Tüm bunlarla beraber, doğum sonrası dönemdeki annelere ulaşmak ve böylesine zorlu bir süreci deneyimleyen annelerin 150 kişilik bir örneklem grubunu oluşturması

araştırmanın güçlü olduğu bir yöne dair vurgu yapabilir. Araştırmanın bu anlamda kişi sayısı bakımından yeterli, fakat farklı demografik grupları temsili açısından sınırlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçlarının, sağlık alanında uygulanabilecek pratik uygulamalara ışık tutabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda toplum kuruluşlarının veya sağlık kurumlarının yurtdışında gerçekleştirmiş oldukları bazı eğitim modelleri örnek alınarak ülkemizde uygulanabilir. Özellikle doğum sürecinin planlandığı dönemde, gebelik esnasındaki dönemlerde veya doğum sonrası dönemlerde ailelerle gerçekleştirilebilecek eğitimlerin postpartum depresyon riski taşıyan anneler açısından oldukça faydalı olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, postpartum depresyondaki annelerin genellikle böyle bir durumda nerelere başvurabileceği ve nasıl bir destek alabileceğini konularında yönlendirilmeleri önem taşımaktadır. Postpartum depresyon ile ilgili bilgilendirmelerin yazılı olarak toplumla paylaşılabileceği bir platform oluşturulması ve toplumun bu konuda bilgilendirilmesi toplum sağlığını tümüyle olumlu anlamda etkileyebilecek bir çalışma olabilir. Gerek doğum ünitelerindeki sağlık personellerinin, gerekse ruh sağlığı alanında çalışan doktorların ve psikoterapistlerin postpartum depresyonun tedavi seçeneklerinin mevcut olduğu vurgusunu yapması önem taşımaktadır. Bu araştırma, postpartum depresyonu eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri ile ele almış ve alana katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Ülkemizde postpartum depresyon ile ilgili gelecekte yapılan araştırmalar da görece ihmal edilen bu alanın gelişmesine büyük katkı sağlayacaktır.

EK'LER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onay Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Beste Uçak tarafından yürütülen "Postpartum Depresyon, Eş Desteği Ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırmada doğum sonrası dönemde kadınların yaşadığı depresyon düzeyinin, eş desteği ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi araştırılacaktır.

b. Araştırmanın İçeriği:

Postpartum Depresyon: Postpartum depresyona ait genel semptomlar kişinin doğum sonrası dönemde kendisini umutsuz, suçlu, yetersiz, ve ağlamaklı hissetmesi; bebeğe karşı olan ilgisizlik, bebeğin bakımını sağlamaya yönelik isteksizlik, kaygıda

artış, iştah kaybı, odaklanmada ve hafızada oluşan güçlükler, sosyal izolasyon ve intihar düşünceleri şeklindedir.

Eş desteği: Çiftlerin ilişki içerisinde ihtiyaçları halinde partnerinden sağladığı duygusal, takdir edilme, maddi, bilgi ve sosyal ilgi desteklerinin sağlandığı sosyal destek derecesidir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü: Duygu düzenleme güçlüğü, duyguları deneyimleme veya işleme sürecinde kişinin yaşadığı zorlantı veya yetersizlik olarak tanımlanır.

c. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Ek 2: Kişisel Bilgi Formu

1) Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl)……

2) Mesleğiniz……

3) Çalıştığınız yer……

Çalışmıyorum □ Özel sektörde çalışıyorum □

Devlet memuruyum □ Serbest Çalışıyorum □

4) Eğitim Seviyeniz

Okur-yazar □ İlköğretim □ Lise □

Üniversite □ Yüksek Lisans □ Doktora □

5) Aylık geliriniz(net)……

6) Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer

Metropol/Büyükşehir □ Köy □ Şehir □Kasaba □

7) Şu an yaşamış olduğunuz yer

Metropol/Büyükşehir □ Köy □ Şehir □Kasaba □

8) Kaçıncı evliliğiniz?

1 □ 2□ 3ve üstü □

9) Evlilik türünüz nedir?

Flört (tanışıp anlaşarak) □ Görücü usulü □ Diğer…….

10) Eşinizle evlenmeden önceki tanışıklık süreniz…….

11) Eşinizle genel olarak nasıl anlaşırsınız?

İyi □ Orta □ Kötü □

12) Evliliğinizden mutlu musunuz?

Evet □ Kısmen □ Hayır □

13) Eşinizin size destek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet □ Kısmen □ Hayır □

14) Evlilik tarihiniz? (gün/ay/yıl) ……

15) Son doğumunuzu ne zaman gerçekleştirdiniz? (gün/ay/yıl)
……

16) Kaç çocuğunuz var?

1 □ 2 □ 3 □ 4ve üstü □

17) Hiç düşük yaptınız mı?

Evet □ Hayır

18) Eğer daha önce düşük yaptıysanız, düşük sayınız nedir?

1□ 2□ 3□ 4 ve üstü□

19)Hamile kalabilmek için özel bir tedavi gördünüz mü?

Evet □ Hayır □

20) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; şu ana kadar gördüğünüz tedaviler nelerdir?

Aşılama □ Tüp Bebek □ Diğer □

21) Daha önce tanı aldığınız herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet □ Hayır □

22) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; aldığınız tanı nedir?

……..

23) Eşinizin daha önce tanı almış olduğu herhangi bir psikolojik rahatsızlık var mı?

Evet □ Hayır □

24) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; eşinizin aldığınız tanı nedir?

……..

25)Gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi?

Evet □ Hayır □

26) Gebeliğiniz boyunca tanı aldığınız herhangi bir sağlık problemi (fizyolojik/psikolojik) oldu mu?

Evet □ Hayır □

27) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; sağlık problemini belirtiniz.

……..

28) Doğum şekliniz nasıl gerçekleşti?

Normal doğum □ Sezaryen □ Normal epidural □ Sezaryen epidural□ Suda doğum□

29) Eşiniz ve aileniz bebek bakımı konusunda size yardımcı oluyor mu?

Evet □ Hayır □

30) Bebek bakımı ile ilgili zorluk çekiyor musunuz?

Evet □ Bazen □ Hayır □

31) Annelik rolüne uyum sağlayabildiniz mi?

Hiç uyum sağlayamadım □ Genel olarak uyum sağladım □

Biraz uyum sağladım □ Çok iyi uyum sağladım □

32) Bebeğinizde herhangi bir hastalık var mı?

Evet □ Hayır □

33) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; hastalığın adı nedir?

…….

34) Lohusalık döneminde (doğum sonrası ilk 40 gün) size yardımcı olabilecek biri oldu mu?

Evet □ Hayır □

35) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; kim olduğunu belirtiniz.

…….

36) Doğumunuz beklenenden daha erken gerçekleşti mi?

Evet □ Hayır□

37) Doğum sonrasında belirlenen tarihten daha erken taburcu oldunuz mu?

Evet □ Hayır□

38) doğum sonrası hastane sürecinde bebeğiniz herhangi bir sağlık problemi yaşadı mı?

Evet □ Hayır□

39) Bir önceki soruya cevabınız evet ise; ne olduğunu belirtiniz.

……..

Ek 3: Eş Destek Ölçeği (EDÖ)

Aşağıdaki maddeler eşinizden algıladığınız destek ile ilgilidir. Her maddeyi, eşinizle olan ilişkinizi düşünerek madde karşısındaki "bana uygun, kısmen uygun, bana uygun değil" seçeneklerinden birisini işaretleyerek cevaplandırınız.

Eşim,	Bana Uygun	Kısmen Uygun	Bana Uygun Değil
1. Bana hoş espriler yapar.	( )	( )	( )
2. Yaptıklarımı destekler	( )	( )	( )
3. Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır.	( )	( )	( )
4. Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır.	( )	( )	( )
5. Başardıklarımı takdir eder.	( )	( )	( )
6. Bana sarılır, üzerime titrer.	( )	( )	( )
7. Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir.	( )	( )	( )
8. Benimle sohbet eder, dertleşir.	( )	( )	( )
9. Bana yanımda olduğunu hissettirir.	( )	( )	( )
10. Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır.	( )	( )	( )
11. Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür.	( )	( )	( )
12. Bana şefkat gösterir.	( )	( )	( )
13. Hastalık taşınma gibi durularda bana yardım eder.	( )	( )	( )
14. Hatalarımı bana nazikçe gösterir.	( )	( )	( )
15. Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir.	( )	( )	( )

16. Beni sever, okşar.	( )	( )	( )
17. Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder.	( )	( )	( )
18. Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular.	( )	( )	( )
19. Görüş ve isteklerime önem verir.	( )	( )	( )
20. Beni gerçekten anlamaz.	( )	( )	( )
21. Bana gerçekten değer verir.	( )	( )	( )
22. Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir.	( )	( )	( )
23. Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder.	( )	( )	( )
24. Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz.	( )	( )	( )
25. Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder.	( )	( )	( )
26. Verdiğim kararları destekler.	( )	( )	( )
27. Sağlımla yakından ilgilenir.	( )	( )	( )

Ek 4: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Sizin son 1 hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür; **1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.** Her zaman olduğu kadar □ Artık pek o kadar değil □ Artık kesinlikle o kadar değil □ Artık hiç değil □
Son 7 gündür; **2. Geleceğe hevesle bakıyorum.** Her zaman olduğu kadar □ Artık pek o kadar değil □ Artık kesinlikle o kadar değil □ Artık hiç değil □

Son 7 gündür; **3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.** Evet, çoğu zaman □ Evet, bazen □ Çok sık değil □ Hayır, hiçbir zaman □
Son 7 gündür; **4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.** Hayır, hiçbir zaman □ Çok seyrek □ Evet, bazen □ Evet, çoğu zaman □
Son 7 gündür; **5. İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.** Evet, çoğu zaman □ Evet, bazen □ Çok sık değil □ Hayır, hiçbir zaman □

Son 7 gündür; **6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.** Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum. □ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum. □ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum. □ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum. □
Son 7 gündür; **7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.** Evet, çoğu zaman □ Evet, bazen □ Çok sık değil □ Hayır, hiçbir zaman □
Son 7 gündür; **8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.** Evet, çoğu zaman □ Evet, bazen □ Çok sık değil □ Hayır, hiçbir zaman □

Son 7 gündür; **9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.** Evet, çoğu zaman □ Evet, oldukça sık □ Çok seyrek □ Hayır, asla □
Son 7 gündür; **10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.** Evet, oldukça sık □ Bazen □ Hemen hemen hiç □ Asla □

Ek 5: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin yanındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamın altına X işareti koyarak işaretleyiniz.					
	Hiç 1 (%0-%10)	Bazen 2 (%11-%35)	Yarı yarıya 3 (%36-%65)	Çoğu Zaman 4 (%66-%90)	Her Zaman 5 (%91-%100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi önemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					

11. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
15. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
17. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.					
19. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.					

20. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					

22. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.					
24. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
25. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka					

yol olmadığına inanırım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde duygunun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					
36. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.					

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Albuja, A. F., Lara M. A., Navarrete, L., Nieto, L. (2017). Social support and postpartum depression revisited: The traditional female role as moderator among Mexican women. *Sex Roles*, *77*, 209-220.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Alfonso D, Lovett S, Paul S, Arizmendi T, Nussbaum R, Newman L, (1991). Predictor of depression symptoms during pregnancy and postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 1*2*, 255-71.

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

Baker L., Oswalt K. (2008). Screening for Postpartum Depression in a Rural Community, *Community Mental Health Journal, 44*, 171-180

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: *An Update. Nursing Research*, *50*, 275-285. http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004

Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: a meta-synthesis. *Qualitative Health Research, 12*, 453-472.

Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*, 735–745. doi:10.1111/J.1552-6909.2006.00094.x.

Beck, C. T. (2008). State of the science on postpartum depression: What nurse researchers have contributed. *American Journal of Maternal/Child Nursing, 33*, 121–126.

Belmaker, R., H., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine, 358*, 55-68.

Berggren-Clive, K. (1998). Out of the darkness and into the light: Women's experiences with depression after childbirth. *Canadian Journal of Community Mental Health, 17*, 103–120.

Beydoun, H. A., Al-Sahab, B., Beydoun, M. A., & Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Annals of Epidemiology, 20*, 75–583.

Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord 191*, 62–77.

Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., Kjerulff, K.H. (2015). Effect of previous miscarriage on depressive symptoms during subsequent pregnancy and postpartum in the first baby study. *Matern. Child Health J. 19*, 391-400.

Billings A.G. ve Moos R.H. (1985). Psychosocial processes of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 314-325.

Blackmore, E., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry, 198(5*), 373-378. doi:10.1192/bjp.bp.110.083105

Bolger N., DeLongis A., Kessler R. & Schilling E. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology 57*, 808–818.

Bradley S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York; The Guilford Press; 103-112.

Brock, R. L., O'Hara, M. W., Hart, K. J., McCabe, J. E., Williamson, J. A., Laplante, D. P., Yu, C., King, S. (2014). Partner support and maternal depression in the context of the Iowa floods. *Journal of family psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association 43*, 28(6), 832-43.

Butler E.A, Randall A.K. (2012). Emotional Coregulation in Close Relationships. *Emot Rev. 5*, 202–10.

Cassidy, B., Zoccolillo, M., & Hughes, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and effects on mother–infant interactions: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry, 41(6)*, 379–384.

Carter F.A., Frampton C.M., Mulder R.T. (2006). Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med. 68*, 321–30.

Chambers J. (2008). *The Durability of Support Focused Marital Therapy*. Psychology, Doctor of Phylosphy, Master of Arts. George Mason University, Fairfax, VA.

Chojenta, C., Loxton, D., & Lucke, J. (2012). How do previous mental health, social support, and stressful life events contribute to postnatal depression in a

representative sample of Australian women. *Journal of Midwifery and Women's Health, 57*, 145–150. doi:10.1111 /j.1542-2011.2011. 00140. x.

Clark, L. (2001). La familia: Methodological issues in the assessment of perinatal social support for Mexicanas living in the United States. *Social Science and Medicine, 53*, 1303–1320.

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25*)*. New York, NY: Oxford University Press.

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1243–1258. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243.

Coqill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of

maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal, 292*, 1165- 1167.

Cooper, P.J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Hurray, L., Holteno, C., (1999). Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry 175*, 554–558.

Cox J, Holden J. (2003). *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London, UK: Gaskell Publishing.

Cutrona CE, Troutman BR. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev 57*, 1507–1518

Cutrona, C. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Çağ, P. (2011). *Evli Bireylerde Eş Desteği ve Evlilik Doyumum (Yüksek Lisans Tezi)*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Dehle, C., Larsen, D., & Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy, 29*, 307–324.

Ellis A.J, Beevers C.G, Wells T.T. (2009). Emotional dysregulation in dysphoria: Support for emotion context insensitivity in response to performance based feedback. *J Behav Ther Exp Psychiatry, 40*, 443-454.

Fava, M., & Kendler, K., S. (2000). Major depressive Disorder. *Neuron, 28*, 335-341.

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2011). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *90*(2), 139G-149G.

Fergusson, D. M. ve Horwood, L.J. (1984). Life events and depression in women: a structural equation model. *Psychological Medicine,14*, 881-815.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol 106*, 1071–1083.

Giannandrea, S.A., Cerulli, C., Anson, E., Chaudron, L.H., (2013). Increased risk for portpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J. Women's Health 22*, 760-768.

Gold L. (2002). Postpartum disorder in primary care. Diagnosis and treatment. *Prim Care, 29*: 27–41.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106(3)*,458–490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45(1)*, 26–35.

Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socio-economic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers. *Women's Health Issues, 20(2),* 96–104.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1)*, 41-54.

Gross, J.J., & Munoz, F.R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151–164.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: *An integrative review. Review of General Psychology, (2)5*, 271-299.

Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10,* 214-219.

Gross JJ, Thompson RA. (2007). *Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York*: Guilford Press, 3–24.

Günsel D.A. (2013). *Evli Bireylerin Algıladıkları Eş Desteğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi: KKTC Örneği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi*, Ankara, (Doç Dr. Serap Nazlı), 46.

Gürel, S.A., & Gürel, H. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: The importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 91*, 21–24.

Haga, S.M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T.B., Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy and social support. *Arch. Womens Ment. Health 15*, 175–184

Hall, L.A., Kotch, J.B., Browne, D., & Rayens, M.K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research, 45*, 231–238.

Hayes, D. K., Ta, V. M., Hurwitz, E. L., Mitchell-Box, K. M., & Fuddy, L. J. (2010). Disparities in self-reported postpartum depression among Asian, Hawaiian, and Pacific Islander Women in Hawaii: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) 2004– 2007. *Maternal and Child Health Journal, 14*, 765–773.

Hilt, L. M., Hanson, J.L., Pollak, S.D. (2011). Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence, Volume 3*, 160-169.

Hofmann S. G. (2014). Interpersonal Emotion Regulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Cognitive therapy and research*, *38*(5), 483-492.

Hofmann, S., Carpenter, J., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. *Cognitive Therapy & Research, 40(3),* 341-356.

Horowitz, J. A., Damato, E. G., Duffy, M. E., & Solon, L. (2005). The relationship of maternal attributes, resources and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research in Nursing and Health, 28*, 159–171

Kach JA, Mcghee PE. (1982). Adjustment of early parenthood: the role of accuracy of preparenthood experiences. *J Fam Issues 3*, 375–388.

Kara, S., Tan, S., Aldemir, S., Yılmaz, A., Tatlı, M., Dilmen, U. (2013). Investigation of perceived social support in mothers of infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *Hippokratia 17*, 130.

Karney, B. R., Story, L. B., & Bradbury, T. N. (2005). Chronic and acute stress among newlyweds. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress (pp. 13–32).* Washington, DC: American Psychological Association.

Karney, B., Story, L., & Bradbury, T. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping (pp. 13–32). *Washington, DC: American Psychological Association.* doi:10.1037/11031-001

Kiecolt–Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 537–547.

Kim, B. R., Teti, D.M., & Cole, P.M. (2012). Mothers' affect dysregulation, depressive symptoms, and emotional availability during mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 33(5),* 469-476. doi:10.1002/imhj.21326

Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010a). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders, 122*, 109– 117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024.

Lau Y, Wong DF. (2008). The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 37,* 556 –571.

Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 11,* 302–311.

Leung B.M, Letourneau N.L, Giesbrecht G.F, Ntanda H, Hart M, APrON Team. (2017). Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Ment Heath J, 53(4*), 420-31.

Levitt MJ, Co man S, Guacci-Franco N, Loveless S. (1994). *Attachment relations and life transitions: An expectancy model. In: Sperling MB, Berman WH, editors. Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford, 232–255.

Lin, W., Li, T., Chen, L.H. (2017). Sacrifice in a Supportive Marriage: Social Support as a Moderator Buffers the Negative Effects of Sacrifice in Marriage. *Journal of Happiness Studies, 18(2),* 575.

Lobel, M., and Deluca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc. Sci. Med. (64)*, 2272–2284. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.028

Logsdon MC, Birkimer JC, Barbee AP. (1997). Social support providers for postpartum women. *Journal of Social Behaviour and Personality,12*, 89-102.

Logsdon MC, McBride AB, Birkimer JC. (1994). Social support and postpartum depression. *Res Nurs Health, 17,* 449–457.

Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35(5),* 652-658. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00087.x

Lovestone, S., Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatr 163*, 210–216

Marcus, M., Yasamy, M., T., Ommeren, M., V., Chisholm, D., Saxena, S. (2012). World Health Organisation. Depression: A Global Public Health Concern.

http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf mh_2012.pdf

Marks M, Wieck A, Checkley S, Kumar C. (1996). How does marriage protect women with histories of affective disorder from post-partum relapse. *Br J Med Psychol*, *69,* 329-42.

Marroquín B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clin. Psychol. Rev. 31* 1276–1290. doi: 10.1016/j.cpr.2011.09.005

Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 175*, 385–395.

Masters, J. C. (1991). Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 182–207). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Mazure CM, Keita GP, Blehar MC. (2012). *Summit on Women and Depression: Proceedings and Recommendations*. Washington DC: American Psychological Association.

Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 36, 226–232.

Merchant DC, Affonso DD, Mayberry L.J. (1995). Influence of marital relationship and childcare stress on maternal depression symptoms in the postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 16, 193-200.

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

Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry, 45*, 554–558.

Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 993-1000.

Muehlenkamp J, Brausch A, Quigley K, Whitlock J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide Life Threat Behav*., *43(1*), 67–80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x.

Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Bøcker Pedersen, C., Mors, O., Bo Mortensen, P. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *J Am Med Assoc, 296 (21)*, 2582–2589.

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 543 – 561.

Neff, L. A., & Karney, B. R. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 134–148. doi:10.1177/0146167203255984

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 616–623. doi:10.1007/s10995-012- 1037-4.

Nielson, F.D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, S.J., & Secher, N.J. (2000). Postpartum depression: Identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynecology, 107*, 1210–1217.

Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A. (1991). Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol. ,*61(1):115–21.

Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubormirsky S. (2008). *Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science,* 3: 400-424.

Nowlan, J. S., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2015). Positive reappraisal in older adults: A systematic literature review. *Aging & Mental Health, 19(6*), 475-484.

O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM.(1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol, 93*, 158-71.

O'Hara M.W, Swain A.M. (1996). Rates and risk ofpostpartum depression - a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry, 8*, 37-54.

Özcan N.K, Boyacıoğlu N.E, Dinç H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and metaanalysis. *Archives of psychiatric nursing.,31(4),* 420-8.

Özgen, Y. A. (2012). Depresyon. *Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi. 5,*6.

Özmen, D., Çetinkaya, A., Ulaş, S., & Özmen, E. (2014). Association between perceived social support and postpartum depression in Turkey. *British Journal of Medicine and Medical Research, 4,* 2025–2036.

Paulson, J., Dauber, S., & Leiferman, J. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics, 118*(2)*,* 659–668.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, *303(19*), 1961–1969.

Payne, J. L., Palmer, J. T., & Joffe, H. (2009). A Reproductive Subtype of Depression: Conceptualizing Models and Moving Toward Etiology. *Harvard Review of Psychiatry, 17*, 2, 72-86.

Pur, İ. G. (2015). *Emotion Regulation Interventions for Complex Developmental Trauma: Working with Highly Traumatized Youth* (Doktora Tezi). Middle East Technical University Graduate School of Social Sciences, Ankara.

Ramchandani, P.G., Richter, L.M., Stein, A., Norris, S.A., (2009). Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort. *Journal of Affective Disorders 113*, 279–284.

Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet 365(9478*), 2201–2205

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70,* 291-306.

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

Rose A.J. (2002). Co–Rumination in the Friendships of Girls and Boys. *Child Dev.,73(6),* 1830–43.

Rugancı, R. N. & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 442 – 455.

Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). *Emotion Regulation in Parenthood. Developmental Review*: DR, 36, 1–14. http://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008

Sabuncuoğlu, O., Berkem, M. (2006). Bağlanma Biçimi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(4): 252-258.

Seguin L, Potvin L, StDenis M, Loiselle J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth, 26(3*), 157-63.

Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., Goutaudier, N., Chabrol, H., (2012). The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology 30*, 135–144.

Small, R., Astbury, J., Brown, S., Lumley, J., (1994). Depression after childbirth. Does social context matter? *Medical Journal of Australia 161*, 473–477.

Sorias, S. (1982). *Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. Ege Üniversitesi, Ege Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı,* Doçentlik Tezi, İzmir.

Stowe Z.N, Hostetter A.L, Newport D.J. (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am. J. Obstet. Gynecol., 192(2)*, 522–526.

Stuchbery, M., Matthey, S., Barnett, B., (1998). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 33*, 483–490.

Sylven, S.M., Thomopoulos, T.P., Kollia, N., Jonsson, M. & Skalkidou A. (2016). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry,41,* 4-12.

Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (6. basım). Boston: Pearson Education.

Takeda F., Miyaji F., Yamaguchi T. & Nozaki S. (1998) Postpartum depression and social support. Nippon Koshu Eisei Zasshi – *Japanese Journal of Public Health 45*, 564–571.

Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of abnormal child psychology*, *42*(6), 885-896.

Tull M.T, Roemer L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38*, 378-391.

Uddenberg, N., & Englesson, I. (1978). Prognosis of postpartum mental disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4 and ½ year old children. *Acta Psychiatra Scandanavica, 58*, 201 - 212.

Weissman M.M, Bland R, Joyce P.R, Newman S, Wells J.E, Wittchen H.U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders,* 29(2–3):77–84.

Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *The Plenum series on stress and coping. Coping with chronic stress* (pp. 43-73). New York, NY, US: Plenum Press.

Wiklund I, Edman G, Andolf E. (2007). Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand, 86*, 451–6.

Will T.A. & Shinar O. (2000) *Measuring perceived and received social support. In Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (Cohen S., Underwood L.G. & Gottlieb B., eds), Oxford University Press, Toronto, pp. 86.

Wilson L.M, Reid A.J, Midmer D.K, Biringer A, Carroll J.C, Stewart D.E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc J, 154*, 785-99.

Wisner K.L, Wheeler S.B. (1994). *Prevention of recurrent postpartum major depression. Hosp Community Psychiatry, 45*, 1191-6.

Wisner KL, Scholle SH, Stein B. (2008). Perinatal disorders: advancing public health opportunities. *J Clin Psychiatry*. 69, 1602–5.

World Health Organization, World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/Accessed 16.6.2012

Xie, R., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Australian and New Zealand *Journal of Obstetrics and Gynecology*, *50,* 340–345.

Yıldırım, İ. (2004). "Eş Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi" *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3 (22),* 19-25.

Yonkers K.A, Vigod S, Ross L.E. (2011). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics & Gynecology*., *118(3*), 708–709.

Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, *13(5*), 803-810.