

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**POSTPARTUM DEPRESYON İLE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Dilan GÜNBEĞİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ

İstanbul-2021

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Dilan GÜNBEGİ
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Postpartum Depresyon ile Çocukluk Çağı
Travmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim
Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 10.02.2021
- SAYFA SAYISI** : 78
- TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ
- DİZİN TERİMLERİ** : Postpartum dönem, postpartum depresyon,
çocukluk çağı travmaları
- TÜRKÇE ÖZET** : Postpartum depresyon ile çocukluk çağı
travmaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla
yapılan bu çalışmaya 20-40 yaş aralığında son 8
hafta içinde doğum yapmış toplam 150 kadın
dahil edilmiştir. Katılımcılara Kişisel Bilgi
Formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon
Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
uygulanmıştır. Araştırma sonucunda postpartum
depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasında
pozitif yönlü orta seviyede ilişki bulunmuştur.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü
Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezi

Dilan GÜNBEGİ

T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**POSTPARTUM DEPRESYON İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Dilan GÜNBEĞİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ

İstanbul-2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Dilan GÜNBEĞİ

.../.../2021



JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Dilan GÜNBEĞİ'nin "Postpartum Depresyon ile Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ

(Danışman)

Üye _____

Doç. Dr. Canan TANIDIR

Üye _____

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Postpartum depresyon gerek anne gerek bebek ruh sağlığı açısından önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve bu nedenle postpartum depresyon için risk faktörlerinin belirlenmesi büyük önem arz etmektedir. Bu araştırmada postpartum depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmaya son 8 hafta içinde doğum yapmış 20-40 yaş aralığında toplam 150 kadın dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, postpartum depresyon belirti düzeyini belirlemek amacıyla Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve çocukluk çağı travmalarının mevcudiyetini belirlemek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda katılımcıların %57,3'ünde postpartum depresyon olduğu belirlenmiştir. Postpartum depresyon belirtilerinin yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, doğum sırası, düşük/ölü doğum öyküsü varlığı, gebeliğin planlı olup olmaması, geçmişte depresyon öyküsü, geçmişte postpartum depresyon öyküsü ve tanı konmuş bir ruhsal bozukluk bulunması değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Postpartum depresyon belirtileri ile ÇÇTÖ- toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.379$, $p<0.01$). Postpartum depresyon belirtileri ile ÇÇTÖ-fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=.251$, $p<0.0$; $r=.409$, $p<0.01$; $r=.392$, $p<0.0$), fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutları ile arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Anahtar Kelimeler: postpartum dönem, postpartum depresyon, çocukluk çağı travmaları

SUMMARY

Postpartum depression is a significant public health problem with crucial impact on both mother's and infant's mental health. Therefore identifying risk factors for postpartum depression is of great importance. In this study it is aimed to investigate the relationship between postpartum depression and childhood traumas. A total of 150 women between the ages of 20-40 who gave birth in the last 8 weeks were included in the study. As data collection tools, Personal Information Form was used to collect sociodemographic information, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), to evaluate postpartum depression symptom level, and Childhood Trauma Scale (CTS) to assess the presence of childhood traumas. Our results show that 57,3% of the participants had postpartum depression. Postpartum depression symptoms did not differ according to participants' age, educational and income level, number of children, birth order, presence of miscarriage and stillbirth, whether the current pregnancy was planned or not, past history of depression, past history of postpartum depression, and the presence of a previously diagnosed mental disorder. A positive correlation was found between postpartum depression symptoms and CTS-total scores ($r = .379$, $p < 0.01$). There were positive relationship between postpartum depression symptom level and CTS-physical abuse, emotional abuse, and emotional neglect scores ($r = .251$, $p < 0.0$; $r = .409$, $p < 0.01$; $r = .392$, $p < 0.0$). No relationship were found between postpartum depression symptom level and CRS-physical neglect and sexual abuse scores.

Key Words: postpartum, postpartum depression, childhood traumas

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Problemi.....	3
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.5. Araştırmanın Sayıltıları.....	5
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Postpartum Depresyon.....	7
2.1.1. Tanımı.....	7
2.1.2. Epidemiyoloji.....	8
2.1.3. Belirtiler.....	9
2.1.4. Tanı Kriterleri.....	9
2.1.5. Risk Faktörleri.....	11
2.1.6. Tedavi.....	12

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	14
2.2.1. Tanımı	14
2.2.2. Türleri.....	15
2.2.3. Epidemiyoloji	16
2.2.4. Risk Faktörleri	17
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Bozukluklar	18
2.3. Postpartum Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	20
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	20
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	20
3.3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	20
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	21
3.4. Etik	21
3.5. Veri Analizi	21

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	24
TARTIŞMA	35
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKÇA.....	42
EKLER.....	53

KISALTMALAR

- PPD** : Postpartum Depresyon
- ÇÇT** : Çocukluk Çağı Travmaları
- EDSDÖ** : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- ÇÇTÖ** : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- DSM-V** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
5. Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El
Kitabı, 5. Baskı)
- SPSS** : Statistical Package For Social Sciences

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve alt boyutlarının normallik analizi sonuçları	22
Tablo 2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin normallik analizi sonuçları	22
Tablo 3. Katılımcıların yaş ortalaması	24
Tablo 4. Örneklemenin demografik değişkenlere göre dağılımı	24
Tablo 5. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarına ait betimsel istatistikler	27
Tablo 6. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kesme puanına göre dağılımı	27
Tablo 7. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları	28
Tablo 8. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları	28
Tablo 9. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının gelir düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları	29
Tablo 10. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları	29
Tablo 11. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının doğum sırası değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları	30
Tablo 12. Örneklemenin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının gebeliğin planlı olup olmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları	30

Tablo 13. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte düşük veya ölü doğum yapmış olma değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları	31
Tablo 14. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları	31
Tablo 15. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte postpartum depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları	32
Tablo 16. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının tanı almış bir psikiyatrik bozukluğu bulunma değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları	32
Tablo 17. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için uygulanan Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi.....	33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ÇÇT risk faktörleri: Çevresel Model (DSÖ, 2016)17



EKLER LİSTESİ

- EK-A :** Kişisel Bilgi Formu
EK-B : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EK-C : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği



ÖNSÖZ

Tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, değerli vaktini ayırıp çalışmanın her aşamasında desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hatice Güneş'e;

Çalışmamın başından sonuna kadar beni motive eden, destekleyen arkadaşlarıma;

Aldığım her kararda yanımda olan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bu hayattaki en büyük şansım canım aileme sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Dilan GÜNBEĞİ



GİRİŞ

Gebelikle birlikte başlayıp doğumdan sonraki 1 yılı kapsayan dönem perinatal dönem, bu dönemde yaşanan psikiyatrik bozukluklar ise perinatal ruhsal hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Perinatal ruhsal hastalıklar tedavi edilmediğinde anne- bebek ilişkisi ve bebeğin gelişimi açısından bazı riskler taşımaktadır. Bu yüzden bu hastalıkların erken tanı ile tedavisi hastalığın seyri, anne- bebek ilişkisi ve bebeğin gelişimi açısından oldukça önemlidir (Öztürk ve Aydın, 2017).

Perinatal dönem içinde sık karşılaşılan bir ruh sağlığı sorunu olan postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk 1 yıl içinde görülür. Yalnızlık hissi, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları gibi belirtilerle ortaya çıkan postpartum depresyon, tedavi edilmediğinde intiharla sonuçlanabilen ciddi bir bozukluktur. Semptomların artmaması, anne-bebek ve evlilik ilişkisinin olumsuz yönde etkilenmemesi için postpartum depresyon risk faktörlerini belirlemek ve uygun tedavi yöntemlerine başvurmak büyük önem arz etmektedir (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu, 2012).

Çocukluk çağı travmaları, çocuğa yönelik uygulanan duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel/duygusal ihmalleri içermektedir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2016). Çocukluk çağı travmaları bireye hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde fiziksel ve ruhsal anlamda zarar verir. Çocuklukta başlayan travmalar erken müdahale edilmediği takdirde hem kısa vadede hem de uzun vadede etkilerini sürdürür. Bu etkiler çocuklukta öfke, kızgınlık, suçluluk şeklinde başlayıp, yetişkinlikte travma sonrası stres bozukluğu, duydurum bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve alkol-madde bağımlılığıyla sonuçlanabilecek etkilerdir (Juntunen, 2013).

Postpartum depresyonu etkileyen risk faktörlerini belirlemek, en az postpartum depresyonu erken farkedip uygun müdahalelerde bulunmak kadar önemlidir. Bireyin kendisinde veya ailesinde geçmişte psikiyatrik tanı öyküsü, olumsuz yaşam olayları, ekonomik güçlükler, evlilik ve aile içi çatışmalar, bebeğin hasta veya engelli bir şekilde dünyaya gelmesi vb. faktörler postpartum depresyon risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Patel, Bailey, Jabeen ve Ali, 2012). Literatür araştırıldığında postpartum depresyon ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye dair çalışmaların yer aldığı ancak ülkemizde bu konu üzerine yapılan araştırmaların sınırlı olduğu

görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada postpartum depresyon düzeyi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı postpartum depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Çocuklukta yaşanan travmalar ve bu travmaların erişkin yaşamdaki ruh sağlığı sorunları ile ilişkisine dair pek çok araştırma yapılmıştır. Ancak lohusalık üzerinde etkileri ve postpartum depresyon ile ilişkilerine dair çalışmalar ülkemizde oldukça sınırlıdır. Bu nedenle araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı ve daha sonraki araştırmalar için bir kaynak olabileceği düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Problemi

Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta travma öyküsü mevcudiyeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Alt problemler:

1- Postpartum depresyon belirti düzeyi yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

2- Postpartum depresyon belirti düzeyi eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

3- Postpartum depresyon belirti düzeyi gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

4- Postpartum depresyon belirti düzeyi çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

5- Postpartum depresyon belirti düzeyi kaçınıcı doğum olduğu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

6- Postpartum depresyon belirti düzeyi son gebeliğin planlı olması değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

7- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte düşük/ölu doğum öyküsü bulunma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

8- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte postpartum depresyon tanısı bulunma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

9- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte depresyon tanısı alma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

10- Postpartum depresyon belirti düzeyi tanı konmuş bir ruhsal bozukluk olması değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta duygusal istismar maruziyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta fiziksel istismar maruziyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta cinsel istismar maruziyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta fiziksel ihmal maruziyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta duygusal ihmal maruziyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

6- Postpartum depresyon belirti düzeyi ile çocuklukta travma alt boyutları toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Alt hipotezler:

1- Postpartum depresyon belirti düzeyi yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

2- Postpartum depresyon belirti düzeyi eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

3- Postpartum depresyon belirti düzeyi gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

4- Postpartum depresyon belirti düzeyi çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

5- Postpartum depresyon belirti düzeyi kaçınıcı doğum olduğu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

6- Postpartum depresyon belirti düzeyi son gebeliğin planlı olması değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

7- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte düşük/ölü doğum öyküsü bulunma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

8- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte postpartum depresyon tanısı bulunma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

9- Postpartum depresyon belirti düzeyi geçmişte depresyon tanısı alma değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

10- Postpartum depresyon belirti düzeyi tanı konmuş bir ruhsal bozukluk olması değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmamızın örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

2. Araştırmamıza katılan katılımcıların “Kişisel Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” nde yer alan soruları içtenlikle ve doğru cevapladığı varsayılmaktadır.

3. Araştırmada kullanılan “Kişisel Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” ilgili değişkenleri geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1- Araştırmanın evreni 20-40 yaş arası son 8 hafta içinde doğum yapmış annelerle sınırlıdır.

2- Araştırmanın örneklemini son 8 hafta içinde doğum yapmış, 20-40 yaş arası anneler arasından rastgele seçilen ve araştırmamıza katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 kişi ile sınırlıdır.

3- Araştırmada elde edilen veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” ile değerlendirilen verilerle sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Postpartum Depresyon

2.1.1. Tanımı

Anne ve bebek açısından önemli bir süreç olan postpartum dönem fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunların görüldüğü riskli bir dönemdir. Gebelikte birlikte bedende görülen fizyolojik değişimler, anne olmanın yarattığı heyecan ve kaygı, sosyal içe çekilme, cinsel istek düzeyindeki farklılıklar postpartum dönemde bireyin duygudurumunda değişime neden olan etkenlerden sadece birkaçıdır (Özdamar, Yılmaz, Beyca ve Muhcu, 2014). Duygudurumdaki bu değişimlerin sadece anne üzerinde değil, bebek üzerinde de önemli etkileri vardır. Stott (1977) tarafından yayımlanan bir araştırmada İskoçya’da doğum yapan 153 kadının çocukları 4 yıl boyunca izlenmiş ve araştırma sonucunda gebelik sırasında yoksulluk, yüksek stres ve gerilim, evlilikte çatışmalara maruz kalan kadınların çocuklarında gelişimsel gecikmeler, nörolojik işlev bozukluğu ve davranışsal bozukluklar gibi çeşitli sorunlara rastlanılmıştır. Ayrıca Meijer (1985) tarafından yayımlanan bir araştırmada İsrail’de savaş döneminde doğan 57 çocuk ve savaştan 2 yıl sonra doğan 64 çocuk karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda gebelik dönemi savaş dönemine denk gelen annelerin çocuklarında geç yürüme, konuşma geriliği, tuvalet eğitiminin kazandırılmasında gecikme gibi gelişimsel gecikme ve davranışsal bozukluklara rastlanılmıştır. Gebelik sırasında ve postpartum dönemde meydana gelen duygudurum değişikliklerinin hem anne hem de çocuk için risk oluşturduğuna dair pek çok prospektif çalışma literatürde yer almaktadır (Antúnez, Santos ve Xavier, 2018; Badr, 2018; Benson, 2020; McAuliffe, Molloy, Nixon, O’Keane, O’Leary ve Jairaj, 2019). Bu araştırmalar göstermektedir ki gebelik ve postpartum dönem annenin ruh sağlığı ve anne-bebek ilişkisi açısından yüksek risk taşımaktadır.

Postpartum dönemdeki ruhsal bozukluklar 3 farklı şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; postpartum hüznün, postpartum psikoz ve postpartum depresyon (PPD) dur (Şentürk, 2008).

Geçmişte çeşitli biçimlerde tanımlanan fakat günümüzde standart tanı kriterlerine göre tanı konulan postpartum depresyon (PPD), plasenta çıkışından

itibaren ilk 4 hafta içinde meydana gelen ve 1 yıla kadar süren ve psikotik belirti içermeyen depresif atak anlamına gelmektedir (O'Hara ve Swain, 1996).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Basımına göre, “Doğum sonrası izlem süresine göre değişmekle birlikte, kadınların % 3-6’ sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde majör depresyon dönemi geçireceği öngörülmektedir. Bu duygudurum dönemleri gebelik sırasında ya da doğum sonrası başlamış olabilir. Doğum sonrası (postpartum) majör depresyon dönemlerinin yüzde 50’si gerçekte doğum öncesi başlar. Dolayısıyla, bu dönemler topluca doğum zamanı (peripartum) dönemler olarak adlandırılırlar. Doğum zamanı majör depresyon dönemleri olan kadınlarda çoğu zaman ağır kaygı, hatta panik atakları olur (American Psychological Association (APA), 2013).”

2.1.2. Epidemiyoloji

APA verilerine göre doğum çağındaki her 7 kadından biri postpartum depresyon yaşamaktadır (“What Is Postpartum Depression & Anxiety?”, 2008).

2001 yılında yapılan ve 84 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında elde edilen verilere göre postpartum depresyon görülme sıklığı %10-15’tir (Beck, 2001). Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin; Çin’in Şangay bölgesinde yapılan bir çalışmada doğum sonrası depresyonun tahmini sıklığı doğumdan sonraki ilk altı haftada %11,82 olarak bulunmuştur (Ding, vd., 2020). Türkiye’de yapılan bir çalışmada Ocak 1999 ve Ocak 2015 yılları arasındaki 17’si gelişmiş şehirlerde, 35’i gelişmekte olan şehirlerde olmak üzere toplam 52 çalışma incelenmiş ve PPD sıklığı %23,8 olarak bulunmuştur. Bu oran gelişmiş şehirlerde %21,2 iken, gelişmekte olan şehirlerde %25’tir (Boyacıoğlu, Dinç ve Özcan, 2017). Yüksek oranda doğurganlık ve anne-bebek ölümlerinin görüldüğü, sağlık hizmetlerine ulaşımın kısıtlı olduğu Pakistan’da yapılan farklı çalışmalarda PPD yaygınlığı %28 ile %65 arasında değişen oranıyla Asya’nın en yüksek oranına sahiptir (Chagani, Gulamani ve Shaikh, 2013). Doğum sonrası depresyonda ırksal farklılıkları inceleyen bir çalışmada ise beyaz kadınların %6,8’i, siyah kadınların %11,1’i, Asyalı kadınların %9,3’ü, Hispanik / Latin kadınların %1,7’si ve diğer ırklardan kadınların %11,1’inin doğum sonrasında depresif belirtilerinde artış olduğu görülmüştür (Tabb vd., 2020).

Önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen postpartum depresyon, depresyon sıklığında cinsiyetler arasında görülen farklılık için de belirleyici konumdadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre doğurganlık çağındaki kadınlarda depresyon görülme sıklığı erkeklerde depresyon görülme sıklığının iki katıdır (World Health Organization (WHO), 2012).

2.1.3. Belirtiler

Postpartum depresyonda belirtiler genellikle ilk 4 hafta içinde ortaya çıkıp 1 yıla kadar uzayabilir. Kızgınlık, öfke, bebeğe karşı ilgisizlik ve bunun sonucunda ortaya çıkan suçluluk duygusu, dikkat dağınıklığı, uyku ve iştahta değişiklikler, sosyal aktivitelere karşı ilgisizlik, cinsel ilgi kaybı postpartum depresyon belirtileridir (Stone ve Menken, 2018).

Bu belirtiler, sık görülmekle birlikte sadece postpartum depresyona özgü değildir. Postpartum psikozda da sıklıkla görülmektedir. Fakat postpartum depresyonda bu belirtiler doğumdan sonraki ilk 4 hafta-1 yıl içinde ortaya çıkarken postpartum psikozda başlangıç daha hızlıdır. ve bu süre doğumdan sonraki ilk 72 saat-2 haftayı içermektedir (Blackmore, Heron, McGuinness, Craddock ve Jones, 2008; Higgins, 2011). Ayrıca postpartum psikozda ek olarak duygulanımda dalgalanmalar, sanrı ve halüsinasyonlar daha belirgin; annenin kendine ve bebeğine zarar verme düşünce ve eylem oranları daha yüksektir (Spinelli, 2009).

2.1.4. Tanı Kriterleri

PPD'a özgü birkaç ek özellik dışında belirtiler majör depresif atak ile aynıdır. PPD tanısı için esas belirleyici olan duygudurumdaki değişikliklerin gebelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde meydana gelmesidir. Bu yüzden PPD tanısı koyarken Majör depresif bozukluk (MDB) tanı kriterleri esas alınır (O'Hara, 2009). DSM-5'e göre MDB tanı kriterleri şu şekildedir (APA, 2013):

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

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. ökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir çoğunluğunda bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarının gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).

2. Bütün ya da neredeyse bütün aktivitelere karşı ilgide belirgin bir şekilde düşüş ya da bunlardan keyif almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir çoğunluğunda bulunur (kendi bildirimine göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çabalamıyorken (diyet yapmıyorken) kiloda belirgin bir düşüş veya artış (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan kilo artışı veya azalması) ya da neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uyumada güçlük ya da aşırı uyuma.

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

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

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da çok fazla ya da yersiz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (sadece hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçlu hissetme olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta zorluk yaşamak ya da karar vermede güçlük (kendi bildirimine göre ya da başkalarının gözlenir).

9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel eylem planlamaksızın tekrarlayan kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme eylemi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem planlamak.

B. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir şekilde bir sıkıntıya ya da sosyal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşüşe sebep olur.

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

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

Not: Önemli bir kayıp (yitim) (örn. doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyetimi, batıklık (parasal çöküntü), yas) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun hüznün duygusu yaşama, sürekli yitimle ilgili düşünüp durma, uykuda azalma, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi semptomlar olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini anımsatabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun görünse de, önemli bir yitime olağan tepkinin dışında bir majör depresyon döneminin de olabileceği dikkate alınmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve kayıp durumunda yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

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

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

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler madde kullanımına bağlı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.”

2.1.5. Risk Faktörleri

Patel, Bailey, Jabeen ve Ali (2012) tarafından yapılan bir gözden geçirmeye göre PPD risk faktörleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Annenin 20 yaşından küçük olması
- Madde-alkol bağımlılığı
- Ailede veya annede psikiyatrik hastalık öyküsü
- Stresli gebelik, gebelikten önceki 1 yılda olumsuz yaşam olayları
- İşsizlik, ekonomik problemler
- Boşanma, eş kaybı, evlilik ve aile içi çatışmalar
- Emzirememe, sütün gelmemesi, çocuk bakımı ile ilgili endişeler
- Planlanmayan-istenmeyen gebelik, daha önce düşük veya ölü doğum yaşanması

- Bebeğin hasta, engelli doğması

Robertson, Grace, Wallington ve Stewart (2004) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre ise postpartum depresyon için risk faktörleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Güçlü risk faktörleri; Hamilelik sırasında yaşanan anksiyete ve depresyon öyküsü, geçmişteki psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşam olayları (eş kaybı, boşanma, stresli hamilelik), sosyal destek yetersizliği.

- Orta şiddetli risk faktörleri; Psikolojik faktörler-nevrotiklik, evlilik ilişkisi.

- Düşük risk faktörleri; Obstetrik (doğuma bağlı) faktörler, sosyo-ekonomik durum.

2.1.6. Tedavi

PPD tedavisi için farmakolojik tedavi, psikoterapötik tedavi ve EKT (elektrokonvülsif) tedavi yöntemleri mevcuttur (Erdoğan ve Hocoğlu, 2020).

Farmakolojik tedavide antidepresanlar en sık kullanılan ajanlardır. Antidepresanların seçiminde emzirme dönemini de dikkate alarak, anne sütüne minimal düzeyde karışacak olan ilaç seçimleri oldukça önemlidir. Bu nedenle antidepresan kullanımında ilk seçim başlıca sertralin olmak üzere seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ajanlardır. SSRI'ların etkili olmadığı durumlarda ise diğer seçenekler anne sütü ile geçişi az olduğu bilinen seratonin noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) ajanlar ve mirtazapindir (Stewart ve Vigod, 2019). Son çalışmalar, brexanolone kullanımının da PPD tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Meltzer-Brody vd. 2018; Zheng vd. 2019).

Psikoterapötik tedavi, hafif ve orta şiddetli semptomlar gösteren hastalarda tek başına veya farmakolojik tedavilerle birlikte uygulanır. PPD tedavisinde en sık kullanılan psikoterapi yaklaşımları Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi (KİPT) 'dir (Bobo ve Yawn, 2014). Bilişsel davranışçı terapi (BDT), postpartum depresyon tedavisinde annenin geçmiş yaşamında gebelik ve doğum ile ilgili konulardaki bilişsel çarpıtmalarına ve olumsuz kalıp yargılarına odaklanır (White, 2011). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT), kişinin kişilerarası ilişkilerini geliştirmeyi amaçlayan, sorun odaklı ve biyopsikososyal modele dayanan bireysel veya grup halinde uygulanabilen bir terapi yaklaşımıdır (Çetinay Aydın,

2019). Kısa süreli ve sorun odaklı yaklaşımından dolayı PPD tedavisinde sıklıkla tercih edilen KIPT’de ana hedef kişilerarası ilişkileri düzeltmek ve depresif belirtilerin şiddetini düşürmektir (Grigoriadis ve Ravitz, 2007).

Postpartum depresyonda EKT yöntemi, genellikle orta ve ağır şiddette semptom gösteren hastalarda intihar riskini önlemek amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir (Rundgren vd., 2018).

Postpartum depresyonda hastalığın erken farkedilmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi hastalığın seyri açısından büyük önem arz etmektedir. Çünkü postpartum depresyon uygun tedavi yöntemleriyle tamamen iyileşebileceği gibi, müdahale edilmediğinde tekrarlayabilecek ve hatta intiharla sonuçlanabilecek ciddi bir bozukluktur (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu, 2012). Ayrıca tedavi edilmeyen PPD, duydurum bozuklukları ve aksiyete bozukluklarının gelişimi açısından da risk faktörüdür (Meltzer-Brody ve Stuebe, 2014).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1. Tanımı

Travma kavramı 18. Yy ve öncesine kadar psikoloji literatüründe yer edinmemiş, travma sonrasında gösterilen psikolojik belirtiler mental veya biyolojik bir hastalık olarak değerlendirilmiştir. Travma kavramının psikoloji terminolojisinde kullanımı ilk olarak 1870 yılında Fransa-Prusya savaşı sonrası askerlerin yaşadığı ruhsal sorunları tanımlama ihtiyacından doğmuştur. Daha sonra Jean-Martin Charcot, Josef Breuer, Pierre Janet, Sigmund Freud gibi isimlerin çalışmalarıyla gelişim göstermiştir. 1. ve 2. Dünya Savaşları sonrası yaşanan kayıplar ve sonrasında verilen psikolojik tepkiler, bu alandaki ilgiyi arttırmış bugünkü travma kavramı ve etkileri üzerinde yapılan çalışmaların ana hatlarını oluşturmuştur (Kokurcan ve Özsan, 2012).

Doğal afetler, kaza, yakın birinin kaybı/ölümü, taciz, tecavüz gibi kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit etmekle birlikte kişiyi psikolojik olarak örseleyen, doğrudan yaşanan veya tanık olunan her türlü olay travma olarak tanımlanmaktadır (Aker, 2012).

Çocukluk çağı travmaları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çocuk istismarı veya çocuğa kötü muamele başlığı adı altında “çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/ veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürü” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2016).

Çocukluk çağı travmaları kuşaktan kuşağa aktarılan bir döngüdür. Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler yetişkinlik çağında bazı ruhsal bozukluklarla tekrar açığa çıkabilir. Ebeveyn şiddetiyle büyüyen travma mağduru çocuk yetişkinlikte ya kendi çocuğuna şiddet uygulayan ya da çocuğunu aşırı koruyucu tavırlar sergileyen bir baba figürü olarak karşımıza çıkabilir. veya travma mağduru çocuk ilerideki tüm yaşamını yine mağdur bir birey olarak sürdürebilir (Herman, 2016).

Çocuğun kimlik gelişimini ve yetişkinlikteki bazı ruhsal bozuklukların temelini oluşturan çocukluk çağı travmaları (Dereboy, Demirkapı, Şakiroğlu ve Öztürk, 2018), özellikle depresyon için ciddi bir risk faktörüdür (Meller vd., 2020). Bu nedenle çocukluk çağındaki travmaların değerlendirilmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

2.2.2. Türleri

DSÖ (2016), çocukluk çağı travmalarını 4'e ayırmaktadır:

-Duygusal istismar

-Fiziksel istismar

-Cinsel istismar

-Fiziksel/Duygusal ihmal

2.2.2.1. Duygusal İstismar

Çocuğu görmezden gelmek, yalnız bırakmak, reddetmek, çocuğa yönelik her türlü küçümseyici, alay edici, benliğini zedeleyici eylemlerde bulunmak duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır (Uğur, Ercengiz ve Savcı, 2020). Ayrıca çocuk üzerinde aşırı otorite kurmak, çocuğu aşırı korumak, çocuğa yapabileceğinden fazla sorumluluk yüklemek de çocuğa yönelik duygusal istismardır (Kütük ve Bilaç, 2017). Bütün travmatik deneyimler çocuğun gelişimi açısından tehlikeler barındırır fakat duygusal istismar, etkileri çocukluktan yetişkinliğe kadar yaşam boyu süren bireyin hem benlik saygısını hem de kişilerarası ilişkiler ve güvenini büyük ölçüde zedeleyen bir istismar türüdür (Juntunen, 2013). Duygusal istismar diğer istismar türlerinden daha fazla görülmele birlikte, kanıtlanması zor olduğundan toplumdaki prevalansı tam olarak bilinmemektedir (Taner ve Gökler, 2004).

2.2.2.2. Fiziksel İstismar

Çocuğun bedenine kasıtlı (kaza dışı) olarak yapılan yaralama, dövme, ısırma, yakma gibi her türlü zarar verici eylemler fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır (Güner, Şahan ve Güner, 2010).

Fiziksel istismar en kolay belirlenen istismar türü olmakla birlikte beraberinde duygusal istismarı da doğurur (Bahar, Savaş ve Bahar, 2009).

Fiziksel istismar çocuğun bilişsel, duygusal ve fizyolojik sağlığını önemli ölçüde etkiler. Şiddeti direkt olarak deneyimleyen çocukta, çocukluk döneminde sosyal iç çekilmenin, düşük benlik saygısının, saldırgan davranışların; yetişkinlik döneminde ise madde kullanımı ve depresif bozuklukların görülme sıklığı daha fazladır. Ayrıca bilişsel olarak çocukta akademik başarıda düşüş, öğrenme ve anlamada zorluklar gibi sorunlar da ortaya çıkabilir (Turner ve Rogers, 2012).

2.2.2.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun kendisinden yaşça büyük biri tarafından cinsel tatmini sağlamak amacıyla yapılan zorlayıcı veya ikna edici cinsel içerikli söz ve eylemlerdir (Goodyear-Brown, 2011). Çocukla cinsel ilişkiye girmek, çocuğa cinsel içerikli filmler izletmek, fuhuş yaptırmak, cinsel içerikli konuşmalar yapmak cinsel istismar eylemlerinin bazılarıdır (Yüksel ve Saner, t.y.).

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki psikolojik etkilerinin şiddeti istismarcının yakınlığı, cinsel istismarın türü, süresi (tek seferlik bir istismar mı, tekrarlayan bir istismar mı?), istismarı öğrenen ebeveynin ilk tepkisi ve erken tanı-tedavi gibi birçok faktöre bağlıdır (Yüksel ve Saner, t.y.).

Cinsel istismarın etkileri kısa dönemli ve uzun dönemli etkiler olmak üzere 2'ye ayrılır:

Kısa dönemli etkiler çocuğun istismarın hemen ardından yaşadığı korku, kaygı, öfke, suçluluk duygularıyken; uzun dönemli etkiler ise yetişkinlik döneminde ortaya çıkan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), majör depresif bozukluk, yeme bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları olabilmektedir (Bulut, 2007).

2.2.2.4. Fiziksel/Duygusal İhmal

Fiziksel/duygusal ihmal, çocuğun beslenme, barınma, giyinme, eğitim, sağlık, güven gibi temel ihtiyaçlarından bakım vereni tarafından mahrum bırakılmasıdır (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ve Lozano, 2002).

İstismar ve ihmal birbirinden farklı kavramlardır. "İstismar aktif (eylem) bir durum, ihmal ise pasif (eylemsizlik) bir durum" olarak ifade edilmektedir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Ayrıca çocuk ihmali istismardan daha genel bir kavram olmakla birlikte aslında her istismar bir ihmalin sonucu olarak gelişir (Şimşek, 2014).

2.2.3. Epidemiyoloji

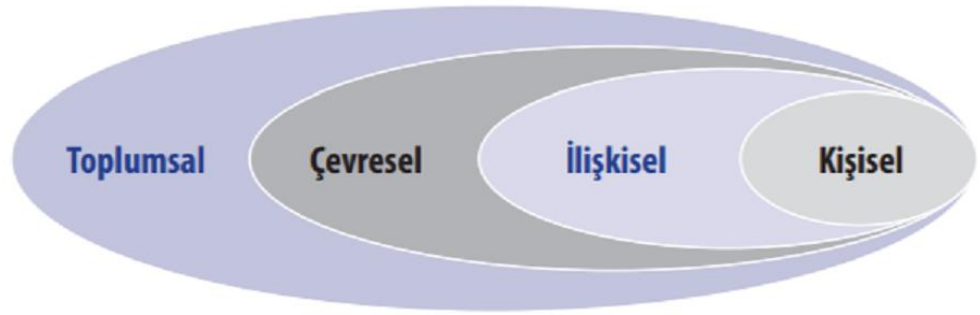
Çocukluk çağı travmaları tüm dünyada sıklıkla görülen fakat yaygınlığı henüz tam olarak belirlenememiş önemli bir sorun haline gelmiştir. DSÖ verilerine göre, farklı ülkelerde yapılan araştırmalar sonucunda çocuklukta cinsel istismar deneyimi kadınlarda %20, erkeklerde %5-10 olarak bildirilmiştir. Ayrıca dünyada her 4 çocuktan 1 ile 2'si arasında değişen bir oranla fiziksel istismar deneyimi bildirilmiştir (DSÖ, 2016).

18 farklı ülkede toplam 51.945 katılımcının yer aldığı bir çalışmada çocukluk çağı travmaları tüm hastalıkların %29,8'ini oluşturmaktadır (Kessler, 2010).

Türkiye’de 7-18 yaş grubu çocuklarla yapılan bir çalışmada maruz kalınan istismar türlerinin oranları şöyle sıralanmıştır: %51 duygusal istismar, %43 fiziksel istismar, %25 ihmal ve %3 cinsel istismar. Bu oranlardan da anlaşılacağı üzere çocuklar farklı istismar türlerini bir arada yaşayabilmektedir (Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNİCEF, 2010).

2.2.4. Risk Faktörleri

DSÖ (2016), çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) risk faktörlerinin sadece birey veya toplum odaklı olmadığını bireyden topluma doğru giden bir bütün olarak incelenmesi gerektiğini savunmaktadır.



Şekil 1. ÇÇT risk faktörleri: Çevresel Model (DSÖ, 2016)

- Kişisel risk faktörleri, ebeveyn/bakımverenin geçmişte travma öyküsü varlığı, öfke kontrol problemi, bağlanma sorunları, çocuğu disipline etme amacıyla fiziksel-duygusal istismar yöntemlerine başvurma vb.; çocuğun fiziksel-zihinsel anormallikleri, davranış problemleri, istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelmesi vb.

- İlişkisel risk faktörleri, aile fertleri arasındaki geçimsizlik, şiddet, bağlanma sorunları vb.

- Çevresel risk faktörleri, temel ihtiyaçların sağlanamaması, alkol-maddeye kolay erişebilirlik, cinsiyet eşitsizlikleri vb.

- Toplumsal risk faktörleri, şiddetin normalleştirilmesi, ekonomik, sağlık, eğitim alanlarında eşitsizlikler vb. (DSÖ, 2016).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Bozukluklar

Çocukluk çağı travmaları psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Bu bozukluklar kısa vadede çocukluk döneminde veya uzun vadede yetişkinlik döneminde etkisini göstermektedir (Öztürk, 2020).

Çocukluk döneminde ortaya çıkan bozukluklar; dissosiasyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresif bozukluklardır (Taner ve Gökler, 2004). Bu bozuklukların yanı sıra travma mağduru çocuklarda sosyal ilişkilerde bozulma, içe çekilme, utangaçlık, suçluluk, öfke ve saldırganlık gibi davranışlar da görülebilmektedir (Herman, 2016).

Çocuklukta travmaya maruz kalan bireylerde yetişkinlik döneminde travma sonrası stres bozukluğu, psikotik bozukluklar, alkol-madde bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve intihar girişimi arasında güçlü bir bağlantı vardır (Bendall, Jackson, Hulbert, McGorry, 2008; Hill, 2003; Medina-Mora, 2010; Lippard ve Nemeroff, 2019; Widom, DuMont ve Czaja, 2007). Bununla ilgili yapılan, 1420 katılımcının yer aldığı bir kohort çalışmasında çocukluk döneminde travmaya maruz kalan bireylerde psikiyatrik hastalıklar açısından risk saptanmıştır. Ayrıca çocuklukta travmaların yetişkinlikte sosyal ve mesleki işlevselliği de etkilediği bulunmuştur (Copeland, Shanahan ve Hinesley, 2018).

2.3. Postpartum Depresyon ve Çocukluk Çağı Travmaları

Postpartum depresyon ile ilişkili faktörleri belirlemek ve bu faktörler üzerinde çalışmak, hem postpartum depresyonu önlemek hem de sağlıklı bir anne-bebek ilişkisi kurmak açısından oldukça önemlidir. Çünkü postpartum depresyon sadece annenin psikolojik sağlığını değil, bebeğiyle olan ilişkisini ve bunun sonucunda bebeğin de psikolojik ve fiziksel gelişimini etkileyebilmektedir (Öztürk ve Aydın, 2017). Postpartum depresyon risk faktörlerine baktığımızda annenin yaşı, ekonomik güçlükler, annenin kendisinde veya ailesinde geçmişte depresyon veya psikiyatrik hastalık öyküsü, evlilik içi çatışmaların etkili olduğu bilinmektedir (Patel, Bailey, Jabeen ve Ali, 2012). Bu faktörlerin yanı sıra gebelik ve doğum sonrası dönemdeki bazı psikiyatrik hastalıklar (madde kullanımı, postpartum depresyon ve anksiyete) çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilmiştir (Lang, Rodgers ve Lebeck, 2006; Racine, Zumwalt, McDonald, Tough ve Madigan, 2020). Choi vd. (2017) annenin çocuklukta travmaya maruz kalmasının postpartum depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ve anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini ileri sürmüşlerdir. Ayrıca annenin çocuklukta maruz kaldığı travmaları bebeğine aktardığını ve bu aktarımı gerçekleştirirken de postpartum depresyonun rol oynadığını belirtmişlerdir.

Çocukluk çağı travmalarının postpartum dönemde annenin ruh sağlığı üzerinde ciddi etkileri olabilmektedir. Sit vd. (2015)' nin doğum öncesi ve doğum sonrası depresif belirtiler gösteren kadınlarda intihar düşüncesini araştırdıkları bir çalışmada, intihar düşüncesi çocukluk çağı travmaları fiziksel istismar alt boyutuyla ilişkilendirilmiştir.

Annenin hem kendi sağlığı hem de bebeğinin sağlığı üzerindeki etkilerini düşündüğümüzde çocukluk çağı travmalarının postpartum depresyon ile ilişkisini anlamak oldukça önemlidir. Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmaların postpartum depresyon için daha yüksek risk taşıyan anne adaylarının belirlenmesi ve önleyici girişimlerin geliştirilebilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Pospartum depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmanın modeli ilişkisel tarama modelidir. İlişkisel tarama modeli “iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim olup olmadığını ve birlikte değişim mevcutsa bu değişimin derecesini tespit etmeyi amaçlayan araştırma modeli” dir. (Karasar, 2016)

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi son 8 hafta içinde doğum yapmış, 20-40 yaş arası anneler arasından rastgele seçilen ve araştırmamıza katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 kişiden oluşmaktadır. Veriler katılımcılara internet ortamında hazırlanan veri toplama araçları sunularak toplanmış; ölçeklerin uygulanması öncesinde katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda kullanılacak olan demografik değişkenlere ilişkin verileri toplamak üzere araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, postpartum depresyon düzeyini ölçek amacıyla Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve çocukluk çağı travma öyküsünün mevcudiyetini ölçmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form katılımcılara ait yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, son gebeliğinin planlanan bir gebelik olup olmadığı, geçmişte düşük/ölü doğum varlığı, geçmişte postpartum depresyon tanısı varlığı, geçmişte depresyon tanısı varlığı, tanı almış psikiyatrik bir hastalığın olup olmadığı vb. bilgileri elde etmek üzere kullanılmıştır.

3.3.2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox, Holden ve Sagovsky (1987) tarafından postpartum depresyon düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular annenin son 7 gün içinde nasıl hissettiğini anlamaya yönelik sorulardır. Türkçe uyarlaması Engindeniz, Küey ve Kültür (1996) tarafından yapılan ölçek dördümlük likert tipi biçimindedir. Ölçekte yanıtlar semptomların şiddetine göre her soru için 0-1-2-3 şeklinde puanlanmaktadır. 1., 2. ve 4. sorular 0'dan 3'e doğru semptomların azaldığını ve 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. sorular ise 0'dan 3'e doğru semptomların arttığını gösterir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ve ölçeğin kesme puanı 12/13'tür. Yani 13 puan ve üzeri alan bireylerde postpartum depresyon varlığı düşünülebilir. Ancak kesin tanı için klinik değerlendirme şarttır.

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein vd. (1994) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) 20 yaş öncesine ait duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarı belirlemeye yönelik uygulanan bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılan ÇÇTÖ, 25'i çocukluk çağı travmalarını ölçen ve 3'ü inkarı ölçen toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte puanlama her soru için 1-5 arasındadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25 en yüksek puan 125'tir. İnkarı ölçen 3 soru toplam puanı etikelememektedir. Ölçeğin kesme puanları duygusal istismar için 7 , duygusal ihmal için 12 , fiziksel istismar için 5, fiziksel ihmal için 7 ve cinsel istismar için 5'tir.

3.4. Etik

Araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 12.03.2020 tarihli ve 2020-10-05 karar no.'lu izni ile yürütülmüştür. Uygulama öncesinde katılımcılar araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirilmiş olup kendilerinden katılım için onam alınmıştır.

3.5. Veri Analizi

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 25) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları Tablo 1. ve Tablo 2. 'de verilmiştir:

Tablo 1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve alt boyutlarının normallik analizi sonuçları

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	0,200	150	0,000
Duygusal İstismar	0,248	150	0,000
Fiziksel İstismar	0,408	150	0,000
Fiziksel İhmal	0,225	150	0,000
Duygusal İhmal	0,142	150	0,000
Cinsel İstismar	0,377	150	0,000

Tablo 2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin normallik analizi sonuçları

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	0,098	150	0,001

Örneklem sayısı 150 olduğu için ($n \geq 30$) Kolmogorov Smirnov testinin p değeri kontrol edilmiştir. Yukarıdaki tüm ölçek ve alt boyutlarda p değeri 0.05'den küçük olduğu için normal dağılmadığına karar verilmiştir.

Uygulanan veri analizinde %95 güvenilirlik düzeyi temel alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan iki grup arasındaki farkı analiz etmek için iki bağımsız değişken testi olan Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan çoklu grup arasındaki

farkı analiz etmek için Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Cohen'in Korelasyon gücünün referans değerleri:

0.10 - 0.29 Zayıf

0.30 - 0.49 Orta

0.50 - 1.00 Yüksek



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda ulaşılan bulgular sunulacaktır.

Tablo 3. Katılımcıların yaş ortalaması

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	\bar{X}	<i>Ss.</i>
Yaş	150	20	40	28,63	4,74

Tablo 3. de belirtildiği üzere, örneklemin yaşları ortalaması 28.63 ($ss=4.74$)'tür.

Tablo 4. Örneklemin demografik değişkenlere göre dağılımı

		<i>n</i>	%
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	1	0,7
	Okur-yazar	1	0,7
	İlkokul	4	2,7
	Ortaokul	8	5,3
	Lise	34	22,7
	Üniversite	102	68,0
	Toplam	150	100,0
Gelir düzeyi	Düşük (2324 TL altı)	15	10,0
	Orta (2324-4000 TL)	57	38,0
	Yüksek (4000 TL ve üzeri)	78	52,0
	Toplam	150	100,0
Çocuk sayısı	0	1	0,7
	1	99	66,0

	2	38	25,3
	3	8	5,3
	4	3	2,0
	5	1	0,7
	Toplam	150	100,0
Kaçıncı doğumunuz?	1	99	66,0
	2	38	25,3
	3	9	6,0
	4	2	1,3
	5	2	1,3
	Toplam	150	100,0
Son gebeliğiniz planlanan bir gebelik miydi?	Evet	121	80,7
	Hayır	29	19,3
	Toplam	150	100,0
Geçmişte düşük/ölu doğum yaptınız mı?	Evet	6	4,0
	Hayır	144	96,0
	Toplam	150	100,0
Geçmişte postpartum depresyon tanısı aldınız mı?	Evet	4	2,7
	Hayır	146	97,3
	Toplam	150	100,0
Geçmişte depresyon tanısı aldınız mı?	Evet	17	11,3
	Hayır	133	88,7
	Toplam	150	100,0

Tanı almış bir psikiyatrik hastalığınız var mı?	Evet	6	4,0
	Hayır	144	96,0
	Toplam	150	100,0

Tablo 4.'de belirtildiği üzere örneklem eğitim düzeyi değişkenine göre incelendiğinde %0.7'sinin okur-yazar olmadığı, %0.7'sinin okur-yazar, %2.7'sinin ilkokul mezunu, %5.3'ünün ortaokul mezunu, %22.7'sinin lise mezunu ve %68.0'mın üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Örneklem gelir düzeyi değişkenine göre incelendiğinde %10.0'mın gelir düzeyi düşük, %38.0'mın gelir düzeyi orta, %52.0'mın gelir düzeyi yüksek olarak saptanmıştır.

Örneklem çocuk sayısı değişkenine göre incelendiğinde, %0.7'sinin çocuğunun olmadığı, %66.0'mın 1 çocuğu olduğu, %25.3'ünün 2, %5.3'ünün 3, %2.0'mın 4, %0.7'sinin 5 çocuğu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %66.0'sinin 1. doğumu, %25.3'ünün 2. doğumu, %6.0'sinin 3. doğumu, %1.3'ünün 4. doğumu, %1.3'ü 5. doğumdur.

Katılımcıların %80.7'sinin gebeliği planlı iken %19.3'ünün gebeliği planlı değildir.

Katılımcıların %4.0'ı daha önce düşük yada ölü doğum yapmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin %2.7'si geçmişte pospartum depresyon tanısı almıştır. %11.3'ü ise geçmişte depresyon tanısı almıştır. Katılımcıların %4.0'sinin geçmişte tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı mevcuttur.

Tablo 5. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarına ait betimsel istatistikler

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	\bar{X}	<i>Ss.</i>	<i>Aralık</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	150	8	23	14,38	3,29	0-30
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	150	25	94	37,91	14,15	25-125
Duygusal İstismar	150	5	24	7,61	3,84	5-25
Fiziksel İstismar	150	5	21	6,42	3,57	5-25
Fiziksel İhmal	150	5	20	7,49	3,30	5-25
Duygusal İhmal	150	5	23	10,03	4,52	5-25
Cinsel İstismar	150	5	21	6,36	3,22	5-25

Tablo 5. 'de yer aldığı üzere katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması 14.38 (ss=3.29), ÇÇTÖ-toplam puan ortalamaları 37.91 (ss=14.15), ÇÇTÖ-Duygusal İstismar puan ortalaması 7.61 (ss=3.84), Fiziksel İstismar puan ortalaması 6.42 (ss=3.57), Fiziksel İhmal puan ortalaması 7.49 (ss=3.30), Duygusal İhmal puan ortalaması 10.03 (ss=4.52), Cinsel İstismar puan ortalaması 6.36 (ss=3.22)'dir.

Tablo 6. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kesme puanına göre dağılımı

	<i>n</i>	<i>%</i>
Postpartum depresyonu olan grup(≥ 13)	86	57,3
Postpartum depresyonu olmayan grup(< 13)	64	42,7
Toplam	150	100,0

Tablo 6. da yer aldığı üzere , örneklemin %57.3'ü doğum sonrası depresyon belirtilerine sahip, %42.7'si doğum sonrası depresyon belirtilerine sahip değildir.

Tablo 7. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>X²</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	20-25	43	81,16	1,448	2	0,485
	25-30	59	70,80			
	30 yaş üstü	48	76,21			
	Toplam	150				

Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis-H sonucuna göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>X²</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	İlkokul	4	62,38	1,864	3	0,601
	Ortaokul	8	91,19			
	Lise	34	70,47			
	Üniversite	102	75,01			
	Toplam	148				

Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis-H sonucuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının gelir düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>X²</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	Düşük (2324 TL altı)	15	90,43	4,803	2	0,091
	Orta (2324-4000 TL)	57	81,15			
	Yüksek (4000 TL ve üzeri)	78	68,50			
	Toplam	150				

Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis-H sonucuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>X²</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	0-1	100	76,91	0,467	2	0,792
	2	38	71,36			
	3 ve daha fazla	12	76,92			
	Toplam	150				

Katılımcıların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların, sahip oldukları çocuk sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis-H sonucuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının doğum sırası değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Kruskal Wallis-H testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>X²</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	1.	99	76,77	0,274	2	0,872
Sonrası Depresyon	2.	38	73,55			
Ölçeği	3. ve üstü	13	71,50			
	Total	150				

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının kaçınıcı doğum olduğu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis-H sonucuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Örneklemin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının gebeliğin planlı olup olmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>K.T</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	Evet	121	74,81	9052,00			
Sonrası Depresyon	Hayır	29	78,38	2273,00	1671,00	-0,399	0,690
Ölçeği	Total	150					

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların, gebeliğin planlı olup olmaması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan non-parametrik Mann Whitney-U testi

analizi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Örneklemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte düşük veya ölü doğum yapmış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>K.T</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	Evet	6	66,58	399,50			
Sonrası Depresyon Ölçeği	Hayır	144	75,87	10925,50	378,500	-0,515	0,606
	Toplam	150					

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların, geçmişte düşük veya ölü doğum yapmış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Örneklemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>K.T</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	Evet	17	86,79	1475,50			
Sonrası Depresyon Ölçeği	Hayır	133	74,06	9849,50	938,500	-1,143	0,253
	Toplam	150					

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların, geçmişte depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan non-parametrik Mann Whitney-U testi

sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Örneklemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının geçmişte postpartum depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>K.T</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	Evet	4	81,88	327,50			
Sonrası Depresyon Ölçeği	Hayır	146	75,33	10997,50	266,500	-0,299	0,765
	Toplam	150					

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların, geçmişte postpartum depresyon tanısı almış olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Örneklemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarının tanı almış bir psikiyatrik bozukluğu bulunma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yapılan Non-Parametrik Mann Whitney-U testi sonuçları

		<i>N</i>	<i>K.O</i>	<i>K.T</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Edinburgh Doğum	Evet	6	88,42	530,50			
Sonrası Depresyon Ölçeği	Hayır	144	74,96	10794,50	354,500	-0,747	0,455
	Toplam	150					

Örneklem grubunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden almış oldukları puanların, tanı almış bir psikiyatrik bozukluğu bulunma değişkenine göre

farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan non-parametrik Mann Whitney-U testi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi test etmek için uygulanan Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7
1-Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	-						
2-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam	,379**	-					
3-Duygusal İstismar	,409**	,772**	-				
4-Fiziksel İstismar	,251**	,611**	,571**	-			
5-Fiziksel İhmal	0,105	,610**	,301**	,407**	-		
6-Duygusal İhmal	,392**	,849**	,531**	,447**	,480**	-	
7-Cinsel İstismar	0,121	,540**	,460**	,395**	,258**	,287**	-

** $p<0,01$, * $p<0.05$

Tablo 17.'de belirtildiği üzere, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar ile ÇÇTÖ-toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar ile ÇÇTÖ-toplam puanı arasında pozitif yönlü orta seviyede ilişki bulunmuştur ($r=.379$, $p<0.01$). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-duygusal istismar alt boyut puanı arasında pozitif yönlü orta seviyede ilişki vardır ($r=.409$, $p<0.01$). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-fiziksel istismar alt boyut puanı arasında pozitif yönlü zayıf seviyede ilişki vardır ($r=.251$, $p<0.01$). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-fiziksel ihmal alt boyut puanı arasında anlamlı bir

ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-duygusal ihmal alt boyut puanı arasında pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki saptanmıştır ($r=.392$, $p<0.01$). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı ile ÇÇTÖ-cinsel istismar alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).



TARTIŞMA

Araştırmamızda postpartum depresyon belirtileri ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olup olmadığı ve postpartum depresyon belirtilerinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu bölümde araştırmamızda elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Araştırmamıza dahil edilen son 8 hafta içinde doğum yapmış 150 annenin %57,3 (n=86)'ü EDSDÖ'nde PPD için kesme puanı olan 13 ve üzerinde puan almıştır. Literatüre bakıldığında, 56 ülkeden 291 çalışmanın dahil edildiği uluslararası bir meta-analiz çalışmasında PPD sıklığı %17,7 olarak bildirilmiştir (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs ve Anaya, 2018). Türkiye'de yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise bu oran %23,8'dir (Boyacıoğlu, Dinç ve Özcan, 2017). Gebelik ve doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde hormonlarda meydana gelen değişiklikler ve bebek bakımı ile ilgili stres annede duygudurumda dalgalanmalara neden olabilmektedir (Schiller, Meltzer-Brody ve Rubinow, 2015). Hahn-Holbrook ve ark. (2018) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında tüm dünya üzerinde yapılan araştırmalarda elde edilen PPD yaygınlığına dair oranların oldukça geniş bir aralıkta değişiklik gösterdiği anlaşılmaktadır. PPD'un en sık görüldüğü ülkeler ise Şili, Güney Afrika, Hong-Kong ve Türkiye olarak rapor edilmiştir. Araştırmaların sonuçları arasındaki farklılıkların ise kullanılan EDSDÖ kesme puanı, örneklem sayısı, değerlendirmenin zamanlaması gibi metodolojik nedenlerle açıklanamayacağı belirtilmiştir. Ekonomik ve sağlık sistemine ilişkin farklılıklar PPD sıklığının ülkeler arasında değişiklik göstermesinden sorumlu tutulmuştur. Araştırmamız örnekleminde görülen PPD sıklığı hem dünya hem ülke ortalamasının üzerindedir. Ancak çalışmamız verileri tıbbi, sosyal, ekonomik, mesleki ve politik açıdan belirsizlik ve kaygının hâkim olduğu Covid-19 pandemi döneminde toplanmıştır ve depresyon belirtilerinin yüksek düzeyde olmasının bu durumla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar Covid-19 pandemisinin perinatal dönemdeki kadınları anksiyete ve depresyon açısından daha riskli hale getirdiğine işaret etmektedir (Chen, Selix ve Nosek, 2020). Bunun yanı sıra sosyal izolasyonun yeni doğum yapmış annelerin sosyal destek kaynakları ile temastan mahrum kalmalarına neden olabileceği ve bunun da depresyon riskini artırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre PPD belirti düzeyinin yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde PPD belirti düzeyinin yaşa göre değişkenlik gösterdiğini bildiren çalışmaların var olduğu görülmektedir (Liu vd., 2017; Smorti, Ponti ve Pancetti, 2019). Bu çalışmalarda genç yaş (Liu vd., 2017) ya da yaşın artışı (Smorti, Ponti ve Pancetti, 2019) PPD gelişimi açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçların bulunduğu araştırmalar (Gaillard, Strat, Mandelbrot, Keita ve Dubertret, 2013; Fiala, Švancara, Klánová ve Kašpárek, 2017) da mevcuttur. Benzer şekilde, Robertson, Grace, Wallington ve Stewart (2004) tarafından yapılan bir çalışmada da anne yaşının, PPD gelişimi açısından bir risk faktörü olmadığı görülmüştür. Schmied vd. (2013) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışması sonucunda sosyo-ekonomik koşullar, istismar öyküsü ve partner ile ilişkide sorunlar gibi ek faktörler bulunmadığı sürece annenin yaşının doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar açısından tek başına risk faktörü oluşturmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların PPD belirti düzeylerinin eğitim ve gelir durumlarına göre farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Literatürde PPD ile eğitim ve gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Örneğin; gelir düzeyinin düşük olduğu Hindistan’da yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre finansal zorluklar PPD gelişimi açısından en önemli risk faktörü iken (Upadhyay vd., 2017), gelir düzeyi en yüksek ülkeler arasında yer alan Kanada’da eğitim düzeyinin düşük olması PPD gelişimi açısından yüksek riskli faktör olarak değerlendirilmiştir (Daoud vd., 2019). Araştırmamızda PPD belirtileri ile eğitim ve gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmayışının çalışmamıza katılan postpartum dönemdeki kadınların büyük çoğunluğunun lise ve üstü eğitim düzeyi (n=136) ve orta ve üzeri (n=135) gelire sahip olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Palumbo, Mirabella ve Gigantesco (2017) tarafından eğitim düzeyi ve gelir düzeyi bakımından benzer bir örneklem grubuyla yapılan bir çalışmada da bu değişkenler ve PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmamızın örneklem grubunu oluşturan postpartum dönemdeki kadınlarda PPD belirti düzeyinin sahip oldukları çocuk sayısı ve kaçınıcı doğumları olduğu değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir. Literatürü incelediğimizde Türkiye’de Türkçapar vd. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, araştırmamız sonucuyla tutarlı olarak PPD ile çocuk sayısı arasında önemli bir ilişki

bulunmamıştır. PPD ve doğum sırası arasındaki ilişkiye baktığımızda ise Youn vd. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmamızdan farklı olarak ilk doğumun PPD için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Araştırmamızın örneklemini oluşturan katılımcıların %66'sının ilk doğumudur ve tek çocukları vardır. Araştırmamızda doğum sırası ile çocuk sayısı ve PPD belirti düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmayışı katılımcıların çoğunluğunun ilk doğumunu yapan kadınlardan oluşması ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızda PPD belirti düzeyinde gebeliğin planlanmış olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Katılımcıların 121'i "Son gebeliğiniz planlanan bir gebelik miydi?" sorusuna evet cevabını verirken, 29'u hayır cevabını vermiştir. Literatür incelendiğinde, örneklem grubunu ilk kez anne olan kadınların oluşturduğu bir çalışmada (Abbasi, 2013), planlanmış/planlanmamış gebelik değişkeni bağımsız olarak ele alındığında PPD ile arasında anlamlı bir ilişki bulunurken yaş, ırk, eğitim düzeyi gibi değişkenlerle birlikte incelendiğinde bu ilişkinin anlamlılığını yitirdiği bildirilmiştir. Rich-Edwards vd. (2006), planlanmamış veya istenmeyen gebeliğin PPD açısından risk faktörü olup olmadığını belirleyen asıl etkenin ailenin sosyo-ekonomik durumu olduğunu belirtmiştir. Düşük gelirli ailelerde planlanmayan gebelik PPD açısından risk faktörü olurken, yüksek gelirli ailelerde planlanmayan gebeliğin tek başına risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki örneklem grubunu oluşturan kadınların büyük çoğunluğu yüksek gelir düzeyine sahiptir ve araştırmamızda elde edilen bulgular bu bakımdan literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların yalnızca %4 (n=6)'ü geçmişte düşük/ölü doğum bildirmiştir. PPD ile geçmişte düşük/ölü doğum öyküsü mevcudiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde ise PPD belirtilerinin düşük/ölü doğum öyküsü değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Blackmore vd. (2011) tarafından yapılan ve 14.541 kadından oluşan bir örnekleme kapsayan bir çalışmada son gebeliklerinden sağlıklı bir bebek dünyaya getiren fakat geçmişte düşük/ölü doğum bildiren grupta PPD ve anksiyete skorlarının geçmişte düşük/ölü doğum bildirmeyen gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırmamızda geçmişte düşük/ölü doğum öyküsü bulunma ile PPD belirtileri arasında bir ilişki tespit edilemeyişi araştırmamızın örneklem grubunun kısıtlılığı ve düşük/ölü doğum öyküsü bulunan katılımcıların sayısının düşük olması ile ilişkili olabilir.

Araştırmaya dahil edilen örneklem grubunun %11,3'ü geçmişte depresyon öyküsü, %2,7 si geçmişte PPD öyküsü ve %4'ü tanı almış bir psikiyatrik hastalık bildirmiştir. Yapılan analizlerde PPD belirti düzeyinin bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde geçmiş araştırmalarda elde edilen sonuçların çalışmamız sonuçları ile tutarlılık göstermediği görülmektedir. Upadhyay vd. (2017) tarafından yapılan ve postpartum dönemdeki 20.043 kadını kapsayan bir meta-analiz çalışmasına göre geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, PPD açısından en önemli risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. PPD risk faktörlerini belirlemeye yönelik yapılan bir gözden geçirmede benzer şekilde anksiyete ve depresyon tanısı ve psikiyatrik hastalık öyküsünün PPD ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Norhayati, Nik Hazlina, Asrenee ve Wan Emilin, 2015). Guintivano, Manuck ve Meltzer-Brody (2018) tarafından yapılan bir gözden geçirmede ise geçirilmiş majör depresif bozukluk, anksiyete, PPD ve psikiyatrik bozuklukların PPD riskini arttırdığı belirtilmiştir. Türkiye'de ise 48 çalışmanın ve 18.780 katılımcının dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında, hamilelik öncesi ruhsal sorunlar ve depresyonun PPD için en sık rastlanan risk faktörü olduğu görülmüştür (Karaçam, Çoban, Akbaş ve Karabulut, 2018). Yukarıda belirtildiği üzere geniş örneklem gruplarını kapsayan metaanaliz çalışmaları geçmişte depresyon, PPD öyküsü ve psikiyatrik hastalıkların postpartum depresyon riskini arttırdığına işaret etmektedir. Araştırmamızda bu yönde bir sonuç elde edilmeyişinin örneklem sayısının kısıtlı olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın ana amacı PPD ile ÇÇT arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Yapılan analizler ÇÇTÖ-toplam puanı ile postpartum depresyon belirti düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. ÇÇTÖ alt boyutlarından alınan puanlar ile PPD belirti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde ise duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarından alınan puanlar ile PPD belirtileri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunurken, fiziksel ihmal ve cinsel istismar ile PPD belirtileri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgulara paralel bir şekilde Choi vd. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının PPD riskini arttırdığı görülmüştür. Hutchens, Kearney ve Kennedy (2017) tarafından yapılan bir gözden geçirmede benzer şekilde çocuklukta kötü muamele öyküsü ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yakın geçmişte yapılan bir meta-analiz çalışmasında

çocukluk döneminde travma yaşantısı bildiren kadınlarda PPD geliştirme riski, çocukluk döneminde travma deneyimi bildirmeyen kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Zhang vd. 2019). Plaza vd. (2012) tarafından yapılan araştırmada çocuklukta fiziksel istismar öyküsünün doğumdan sonraki ilk 24-48 saat içinde depresif semptomlar açısından risk faktörü oluşturduğu görülmüştür. Çocuklukta cinsel istismar öyküsü ile prenatal ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir gözden geçirmede, cinsel istismar öyküsü ile prenatal depresyon arasında ilişki bulunurken, postpartum depresyon ile arasındaki ilişkinin ise tutarsız olduğu bildirilmiştir (Wosu, Gelaye ve Williams, 2015). Gebelik ve doğum sonrası dönem kadınların yoğun kaygılar yaşadığı bir dönemdir. Kişinin “anne” kimliğine geçişi, bebeğin dünyaya gelmesiyle hayatının tümünden değişmesi ve yeni sorumluluklar yüklenmek çoğu zaman kişiyi kaygılandırmakta ve mevcut bazı psikiyatrik hastalıkları tetikleyebilmekte hatta yeni psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Racine, Zumwalt, McDonald, Tough ve Madigan, 2020). Özellikle de araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz gibi çocukluk çağı travmalarına sahip bireylerde bu durum postpartum depresyon için ekstra bir risk faktörü olabilmektedir. Anne kimi zaman bebeğine bakarken kendi çocukluğuna dönmekte ve çocukluk çağında yaşadığı travmalar bu dönemde alevlenebilmektedir. Travma sırasında veya sonrasında yaşadığı korku, kaygı, endişe, suçluluk duyguları doğum sonrası dönemde tekrar açığa çıkmakta ve zaten hayatı tümünden değişen, sorumlulukları artan, bebek bakımı ilgili endişeleri olan anne için bu durum daha da zorlayıcı olabilmektedir. Bu dönemde mevcut travmaları taramanın ve uygun müdahalelerde bulunmanın PPD için önleyici olabileceği ve sağlıklı bir anne-bebek ilişkisine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Choi vd. 2017; Sit vd. 2015).

Araştırmamızın sonuçları kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı örneklemin sayısının son 8 hafta içinde doğum yapmış 150 kadından oluşmasıdır. Bunun yanı sıra postpartum depresyon belirtileri ölçek uygulanarak değerlendirilmiş ve klinik görüşme yapılmamıştır. Son olarak katılımcılarla yüz yüze temas kurmak yerine verilerin internet ortamında toplanmasının da elde edilen sonuçların geçerliliğini etkileyebileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular şu şekilde özetlenebilir:

- Araştırmamıza dahil edilen katılımcıların %57.3'ü EDSÖ'nden PPD için kesme puanı olan 13 ve üzerinde puan almıştır.

- PPD belirti düzeyinin yaş, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve doğum sırası, gebeliğin planlı olup olmaması ve geçmişte düşük/ölü doğum öyküsü bulunma değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

- PPD belirti düzeyinin geçmişte depresyon ve postpartum depresyon tanısı ve tanı alan bir ruhsal bozukluk bulunması değişkenlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

- ÇÇTÖ-toplam puanı, ÇÇTÖ-fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarından alınan puanlar ile PPD belirtileri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. ÇÇTÖ-fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutu puanları ile PPD belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Öneriler

İleride yapılacak, daha geniş örnekleme sahip ve PPD tanısının klinik görüşme yapılarak değerlendirildiği araştırmaların literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda yeni doğum yapmış kadınlarda Covid-19 pandemi döneminde PPD sıklığının artmış olabileceği görülmektedir. İçinden geçtiğimiz bu dönem sağlıkla ilişkili, sosyal ve ekonomik kaygıların yüksek olduğu ve sosyal izolasyonun kişilerin ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediği bir dönemdir. Hem anne hem bebek sağlığı açısından oluşturduğu önemli riskler göz önünde bulundurulduğunda postpartum dönemdeki kadınların ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların bu dönemde yoğunlaşması ve önleyici girişimler yararlı olacaktır.

PPD gerek anne gerek bebek ve toplum ruh sağlığı açısından sonuçları önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Bu sorun ile mücadelede risk faktörlerinin belirlenmesi ve uygun müdahalelerin uygulanması çok önemlidir. Çocuklukta travma öyküsü bulunan anne adaylarının nazik bir izleme tabii tutulmasının ve gereken ruhsal desteğin sağlanmasının önleyici tedbirler açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular bir kez daha göstermektedir ki çocuk ihmal ve istismarı etkileri nesiller boyu devam edebilecek önemli bir sorundur ve çocukların ihmal ve istismara karşı korunmaları yalnızca yaşamları boyunca onlar için değil gelecek nesiller için de ruh sağlığını koruyucu bir eylemdir.



KAYNAKÇA

Abbasi, S., Chuang, C. H., Dagher, R., Zhu J., Kjerulff, K. (2013). Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *Journal of Women's Health*, 22(5), 412–416. doi: 10.1089/jwh.2012.3926

Aker, A. T. (2012). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 11-13.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, (Çev.) Köroğlu E., Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 109-110.

Antúnez, S. F., Santos, I. S. ve Xavier, M.O. (2018). Effect of Maternal Postpartum Depression on Offspring's Growth. *Journal of Affective Disorders*, 228, 143-152. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.013

Badr, L. K. (2018). Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal?. *Behavior & Development*, 51, 15-23. doi: 10.1016 / j.infbeh.2018.02.003

Bahar, G., Savaş, H. A. ve Bahar, A. (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-64.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNİCEF (2010). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkey/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%C4%B0YE'DE%20%C3%87OCUK%20%C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20%C4%B0%C3%87%C4%B0%20%C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20%C3%96zet%20Raporu%202010.pdf>

Battaloğlu, B., Aydemir, N. ve Hatipoğlu, S. (2012). Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 12-21. doi: 10.5350 / BTDMJB201208103

Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004

Bendall, S., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. ve McGorry, P.D. (2008). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568–579. doi: 10.1093/schbul/sbm121

Benson, J. (2020). *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development (2th Edition)*. Cambridge: Elsevier. 549-557.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. (1994). Initial Reliability and Validity of A New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. doi: 10.1176/ajp.151.8.1132

Blackmore, E.R., Heron, J., McGuinness, M., Craddock, N., Jones, I.R. (2008). Early Postpartum Symptoms in Puerperal Psychosis. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 348-353. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01563.x

Blackmore, E. R., 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

Bobo, W. V. ve Yawn, B. P. (2014). Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(5), 835-844. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.01.027

Boyacıoğlu, N. E., Dinç, H. ve Keser Özcan, N. (2017). Postpartum Depression Prevalence And Risk Factors In Turkey: A Systematic Review And Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 420-428. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.006

Bulut, S. (2007). Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 146-149.

Chagani, J., Gulamani, S. S. ve Shaikh, K. (2013). Postpartum Depression in Pakistan. *Nursing for Women's Health*, 17(2), 147-152. doi: 10.1111/1751-486X.12024

Chen, H., Selix, N., Nosek, M. (2020). Perinatal Anxiety and Depression During Covid-19. *The Journal for Nurse Practitioners*. doi: 10.1016 / j.nurpra.2020.09.014

Choi, K. W., Sikkema, K. J., Vythilingum, B., Geerts, L., Faure, S. C., Watt, M. H., Roos, A., Stein, D. J. (2017). Maternal Childhood Trauma, Postpartum Depression and Infant Outcomes: Avoidant Affective Processing as a Potential Mechanism. *Journal of Affective Disorders*, 211, 107-115. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.004

Choi, K. W., Houts, R., Arseneault, L., Pariante, C., Sikkema, K.J. ve Moffit, T.E. (2019). Maternal Depression in the Intergenerational Transmission of Childhood Maltreatment and Psychological Sequelae: Testing Postpartum Effects in a Longitudinal Birth Cohort. *Development and Psychopathology*, 31(1): 143–156. doi: 10.1017/S0954579418000032

Copeland, W. E., Shanahan, L. ve Hinesley, J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Network Open*, 1(7), e184493. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4493

Cox, J. L., Holden, J. M, Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782

Çetinay Aydın, P. (2019). Perinatal Dönemde Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi. N. Aydın ve O. Omay (Ed.). *Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri. 45-49

Daoud, N., O'Brien, K., O'Campo, P., Harney, S., Harney, E., Bebee, K., Bourgeois, C., Smylie, J. (2019). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors Among Indigenous, Non-Indigenous and Immigrant Women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110, 440–452. doi: 10.17269 / s41997-019-00182-8

Dereboy, Ç., Demirkapı, E. Ş., Şakiroğlu, M., Öztürk, C. Ş. (2018). Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(3), 147-153. doi: 10.5080/u20463

Ding, G., Gao, Y., Lu, M., Niu, L., Pan, S., Tian, Y., Vinturache, A. ve Zhang, J. (2020). Doing The Mont And Postpartum Depression Among Chinese Women: A Shanghai Prospective Cohort Study. *Women and Birth*, 33(2), 151-158. doi: 10.1016/j.wombi.2019.04.004

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2016). Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz. Erişim

adresi:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y

Engindeniz, A. N., Küey, L. ve Kültür, S. (1996). *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları. 51-52.

Erdoğan, A. ve Hocaoğlu, Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(39), 31-37. doi: 10.17944/mkutfd.584854

Fiala, A., Svancara, J., Klanova, J., Kasperek, T. (2017). Sociodemographic and Delivery Risk Factors for Developing Postpartum Depression in a Sample of 3233 Mothers from the Czech ELSPAC Study. *BMC Psychiatry*, 17(1):104. doi: 10.1186/s12888-017-1261-y

Gaillard, A., Strat, Y. L., Mandelbrot, L., Keita, H., Dubertret, C. (2013). Predictors of Postpartum Depression: Prospective Study of 264 Women Followed During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2), 341-346. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.003

Goodyear-Brown, P. (2011). *Handbook of Child Sexual Abuse : Identification, Assessment, and Treatment*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Grigoriadis, S. ve Ravitz, P. (2007). An Approach To Interpersonal Psychotherapy For Postpartum Depression: Focusing On Interpersonal Changes. *Canadian Family Physician*, 53(9), 1469-1475. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872875/>

Guintivano, J., Manuck, T., Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics Gynecology*, 61(3), 591–603. doi: 10.1097/GRF.0000000000000368

Güner, Ş. İ., Şahan, M. H. ve Güner, S. (2010). Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_17_3_108_113.pdf

Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic

Review, Meta-Analysis and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248. doi: 10.3389 / fpsyt.2017.00248

Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre* (T. Tosun, Çev.). İstanbul: Literatür Yayınları. 139-145.

Higgins, A. (2011). Postnatal Depression. C.R. Martin (Ed.). *Perinatal Mental Health : A Clinical Guide*. Cumbria: M&K Update. 165.

Hill, J. (2003). Childhood Trauma and Depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 3-6.

Hutchens, B. F., Kearney, J., Kennedy, H. P. (2017). Survivors of Child Maltreatment and Postpartum Depression: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*, 62(6), 706-722. doi: 10.1111/jmwh.12680

Juntunen, V. R. (2013). *Child Abuse Sourcebook*. United States: Omnigraphics Inc. 201-267.

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-151.

Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., Karabulut, E. (2018). Status of Postpartum Depression in Turkey: A Meta-Analysis. *Health Care for Women International*, 39 (7), 821-841. doi: 10.1080 / 07399332.2018.1466144

Karasar, N. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: Nobel Yayıncılık. 81.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G. ... Williams, D. R. (2010). Childhood Adversities And Adult Psychopathology In the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of Psychiatry*, 197, 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2012). Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1-2-3), 19-24. doi: 10.1501/Kriz_0000000330

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A.B. ve Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf

Kütük, M. Ö. ve Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal. *Türkiye Klinikleri*, 3(3), 181-187. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-cocuklarda-ve-adolesanlarda-duygusal-istismar-ve-ihmal-79996.html>

Lang, A. J., Rodgers, C. S., Lebeck, M. M. (2006). Associations Between Maternal Childhood Maltreatment and Psychopathology and Aggression During Pregnancy and Postpartum. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 17-25. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.07.006

Lippard, E. ve Nemeroff, C.B. (2019). The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders. *Am J Psychiatry*, 177(1), 20-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010020

Liu, S., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., Sha, T., Zeng, G., He Q. (2017). Risk Factors for Postpartum Depression Among Chinese Women: Path Model Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1):133. doi: 10.1186 / s12884-017-1320-x

McAuliffe, F. M., Molloy, E.J., Nixon, E., O'Keane, V., O'Leary, N. ve Jairaj, C. (2019). Antenatal Depression and The Impact on Infant Cognitive, Language and Motor Development at Six and Twelve Months Postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 134, 41-46. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.05.021

Meijer, A. (1985). Child Psychiatric Sequelae of Maternal War Stress. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(6), 505-511. doi: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb02647.x

Meller, T., Yüksel, D., Stein, F. ... Schmitt, S. (2020). Childhood Maltreatment and Adult Mental Disorders – The Prevalence of Different Types of Maltreatment and Associations With Age of Onset and Severity of Symptoms. *Psychiatry Research*, 293. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113398

Meltzer-Brody, S. ve Stuebe, A. (2014). The Long-Term Psychiatric and Medical Prognosis Of Perinatal Mental Illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49-60. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009

Meltzer-Brody, S., Colquhoun, H., Riesenberq, R., Epperson, C. N., Deligiannidis, K. M., Rubinow, D. R., Li, H., Sankoh, A. J., Clemson, C., Schacterle, A., Jonas, J. ve Kaner, S. (2018). Brexanolone Injection in Post-Partum Depression: Two Multicentre, Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled, Phase 3 Trials. *The Lancet*, 392(10152), 1058-1070. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31551-4

Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O., Mortensen, P.B. (2007). New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 296(21), 2582- 2589.

Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., Emilin, W. M. (2015). Magnitude and Risk Factors for Postpartum Symptoms: A Literature Review. *Journal of Affect Disorders*, 175, 34-52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum Depression: What We Now. *Journal Of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1265. doi: 10.1002/jclp.20644

O'Hara, M. W. ve Swain, A. (1996). Rates and Risk of Postpartum Depression a Meta Analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816

Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. ve Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-75. doi: 10.16948/zktb.30138

Öztürk, A. (2020). Çocuğa Kötü Muamelenin Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçlarını Önlemek. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 27(1), 7-19. doi: 10.4274/tjcamh.galenos.2020.47955

Öztürk, N. ve Aydın, N. (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 29-36. doi: 10.26695/mukatcad.2018.9

Palumbo, G., Mirabella, F., Gigantesco, A. (2017). Positive Screening and Risk Factors for Postpartum Depression. *European Psychiatry*, 42, 77-85. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.11.009

Patel, M., Bailey, E. K., Jabeen, S., ve Ali, S. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534-542. doi: 10.1353 / hpu.2012.0037

Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Ascaso, C., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., Valdés, M., Martín-Santos, R. (2012). Childhood Physical Abuse As a Common Risk Factor for Depression and Thyroid Dysfunction in the Earlier Postpartum. *Psychiatry Research*, 30;200(2-3), 329-35. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.032

Racine, N., Zumwalt, K., McDonald, S., Tough, S., Madigan, S. (2020). Perinatal Depression: The Role of Maternal Adverse Childhood Experiences and Social Support. *Journal of Affective Disorders*, 263, 576-581. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.030

Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic Predictors of Antenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Women in a Medical Group Practice. *Journal Epidemiol Community Health*, 60(3), 221–227. doi: 10.1136/jech.2005.039370

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., ve Stewart, D. E. (2004). Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006

Rundgren, S., Brus, O., Bave, U., Landén, M., Lundberg, J., Nordanskog, P., Nordenskjöld A. (2018). Improvement of Postpartum Depression and Psychosis After Electroconvulsive Therapy: A Population-based Study With A Matched Comparison Group. *Journal of Affective Disorders*, 235, 258–264. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.043

Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., Rubinow, D. R. (2015). The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectrums*, 20(1), 48-59. doi: 10.1017/S1092852914000480

Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., Mills, A., Meade, T., Yeo, A. (2013). Maternal Mental Health in Australia and New Zealand: A Review of Longitudinal Studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178. doi: 10.1016/j.wombi.2013.02.006

Sit, D., Luther, J., Buysse, D., Dills, J.L., Eng, H., Okun, M., Wisniewski, S., Wisner, K.L. (2015). Suicidal Ideation in Depressed Postpartum Women: Associations

With Childhood Trauma, Sleep Disturbance and Anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 66-67, 95-104. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.04.021

Smorti, M., Ponti, L., Pancetti, F. (2019). A Comprehensive Analysis of Postpartum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational and Delivery Characteristics. *Front Public Health*, 24(7):295. doi: 10.3389/fpubh.2019.00295

Spinelli, M. G. (2009). Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *American Journal of Psychiatry*, 166(4). 405-408. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08121899

Stewart, D. E. ve Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183-196. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106

Stone, S. D., ve Menken, A. E. (2008). *Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. New York: Springer Publishing Company. 93.

Stott, D. H. (1973). Follow-up study from birth of the effects of prenatal stresses. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 15(6), 770-787. doi: 10.1111/j.1469-8749.1973.tb04912.x

Şar, V., Erdiñç, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32(4), 1054-1063. doi: 10.5336/medsci.2011-26947

Şentürk, V. (2008). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 16(1), 25-34. doi: 10.1501/Kriz_00000000270

Şimşek, S. (2014). Çocukun İhmali. H. Büker vd. (Ed.). *Çocuk ve Şiddet: Toplumsal Şiddetin Cenderesinde Çocuklar 5. Uluslararası Risk Altında ve Korunması Gereken Çocuklar Sempozyumu Seçilmiş Bildirileri 3. Cilt.*. İstanbul: Samer Bilimsel Yayınlar Serisi- Polis Akademisi Yayınları. 9-18.

Tabb, K. M., Gavin, A. R., Eigbike, M. ... Zivin, K. (2020). Racial Differences In Immediate Postpartum Depression and Suicidal Ideation Among Women In A Midwestern Delivery Hospital. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1. doi: 10.1016/j.jadr.2020.100008

Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86. Erişim adresi: <https://actamedica.org/index.php/actamedica/article/view/188>

Türkçapar, A. F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunç, S., Zayıfoğlu, M., Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and Clinical Features of Postpartum Depression Among Turkish Women: A Prospective Study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 108. doi: 10.1186/s12884-015-0532-1

Turner, R. A. ve Rogers, H. O. (2012). *Child Abuse: Indicators, Psychological Impact and Prevention*. New York : Nova Science Publishers. 6-8.

Uğur, E. (2020). Çocuğun Duygusal istismarı ve Diğer İstismar Türleriyle İlişkisi. M. Ercengiz, M. Savcı ve E. Uğur (Ed.). *Çocuğun Duygusal İstismarı* Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 57-63.

Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Kumar Singh, S., Sinha, B., Pawar, A., Rajalakshmi, A. K., Kumar, A. (2017). Postpartum Depression in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 706-717C. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.192237>

What Is Postpartum Depression & Anxiety?. (2008). Erişim adresi: <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression>

White, C. A. (2011). Postnatal Depression. C. R. Martin (Ed.). *Perinatal Mental Health : A Clinical Guide*. Cumbria: M&K Update. 345.

Widom, C.S., DuMont, K., ve Czaja, S.C. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 49-56. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.49

World Health Organization. (2012). Depression A Global Public Health Concern. Erişim adresi: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

Wosu, A. C., Gelaye, B., Williams, M .A. (2015). History of Childhood Sexual Abuse and Risk of Prenatal and Postpartum Depression or Depressive Symptoms: An Epidemiologic Review. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 659–671. doi: 10.1007 / s00737-015-0533-0

Youn, H., Lee, S., Han, S.W, Kim, L.Y., Lee, T.S., Oh, M.J., Jeong, H.G., Cho, G.J. (2017). Obstetric Risk Factors for Depression During the Postpartum Period in South Korea: A Nationwide Study. *J Journal of Psychosomatic Research*, 102, 15-20. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.09.003

Yüksel, Ş. ve Saner, S. (t.y.). Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması: Bilgilendirme Dosyası. Erişim adresi: https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057-CocukCinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf

Zhang, S., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Qiu, X., Wang, T., Chen, L., Zhao, L., Ye, Z., Zheng, Z., iQin, J. (2019). Maternal Violence Experiences and Risk of Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *European Psychiatry*, 55, 90-101. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.005

Zheng, W., Cai, D. B., Sim, K., Ungvari, G. S., Peng, X. J., Ning, Y. P., Wang, G. ve Xiang, Y. T. (2019). Brexanolone for Postpartum Depression: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Studies. *Psychiatry Research*, 279, 83-89. doi: 10.1016/j.psychres.2019.07.006

EKLER

EK-A

Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz. Lütfen her maddeyi cevaplandığından emin olun. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

Evet

Hayır

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim Düzeyi : Okur yazar

Okur-yazar değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

3. Meslek:.....

4. Medeni Durum: Evli

Bekar

Boşanmış

Eşi Vefat Etmiş

5. Gelir Düzeyi: Düşük(2324 TL altı)

Orta (2324-4000 TL)

Yüksek (4000 TL ve üzeri)

6. Çocuk sayısı:

7. Kaçınıcı doğumunuz?:

8. Son gebeliğiniz planlanan bir gebelik miydi?: Evet Hayır

9. Geçmişte düşük/ ölü doğum var mıydı?: Evet Hayır

10. GemiŖte postpartum (doğum sonrası) depresyon tanısı aldınız mı?:

Evet Hayır

11. GemiŖte depresyon tanısı aldınız mı? : Evet Hayır

12. Psikiyatrik tanı alan bir hastalığınız var mı? : Evet Hayır

13. GemiŖte veya Ŗuan için kullandığınız bir ilaç var mı? :

Evet Hayır

(Cevabınız evet ise ilacı neden kullandığınızı belirtin:

.....



EK-B

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Lütfen tüm soruları yalnızca bugün için değil, son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

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

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

6. 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.

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, oldukça sık.

Çok seyrek.

Hayır, asla.

10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık.

Bazen.

Hemen hemen hiç.

Asla.



EK-C

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uygun rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Çocukluğum ya da ilk gençliğimde...

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen biri olduğumu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardır.	1	2	3	4	5

6.Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7.Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11.Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13.Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14.Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5

15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16.Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17.Bana o kadar kötü vuruyorlar ya da dövülüyardum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19.Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5

24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

