

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

KADINLARIN GEBELİK VE POSTPARTUM OKSİTOSİN DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayseren ÇEVİK

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Sultan ALAN**

ADANA-2020

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

KADINLARIN GEBELİK VE POSTPARTUM OKSİTOSİN DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ayseren ÇEVİK

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMANI
Doç. Dr. Sultan ALAN

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TYL-2019-12476
nolu proje olarak desteklenmiştir.

ADANA-2020

KABUL Ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütölmüş olan
“Kadınların Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri Depresyon Semptomları
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 02/07/2020

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Derya KAYA ŞENOL
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve ... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince bilgi ve deneyimi ile akademik yoluma ışık tutan, tez sürecimde özveri ve zamanını benden esirmeyen, ilgisini, desteğini ve bana olan inancını her zaman hissettiğim çok kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sultan ALAN'a,

Öğrenimim süresince bana her daim rehberlik eden, zamanını, bilgisini ve desteğini esirgemeyen Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı değerli hocam Sayın Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye, tezimi inceleyerek güzel katkılarda bulunan sevgili hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu AVCIBAY VURGEÇ'e ve desteklerini her zaman hissettiğim değerli bölüm hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK'e, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şükriye Deniz MUTLUAY'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL'e,

Tezimin örneklem hesabında yardımlarını esirgemeyen Ç.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Zeliha Nazan ALPARSLAN'a, tüm bölüm hocalarına ve Arş. Gör. Nazlı TOTİK'e; tez numunelerimin saklama koşulunu sağlayan Ç.Ü. Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'ndan Sayın Prof. Dr. Fazilet AKSU'ya ve tüm bölüm hocalarına; numunelerimi inceleyen Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Merkezi Laboratuvar biriminde çalışan Dr. Gülçin DAĞLIOĞLU, Arş. Gör. Yusuf DÖĞÜŞ'e ve tüm laboratuvar çalışanlarına; araştırmayı yürüttüğüm 100.Yıl, Serinevler, Huzurevleri I, Huzurevleri II, Narlıca I, Yurt I, Akıncılar, Dr. Aygül Karakeçi ve Gürselpaşa Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan tüm hekimlere ve bu süreçte bana yardımcı olan sevgili Ayşe KARAKOCA, Nurgül BAHÇECİ, Didem DİNLER, Fatma KAYPAK, Birsen ARIKAN, Nimet TEMİZ, Zeynep Tuğçe ÇANKAYA, Yeşim KARAYEL, Nazlı KARAKAŞ, Vahide TUTAR başta olmak üzere tüm ebe meslektaşlarıma ve desteğini her zaman hissettiğim tüm arkadaşlarıma,

Yüksek lisans öğrenimim süresince bana burs desteği sağlayan TÜBİTAK'a, tez giderlerimin karşılanmasına olanak sağlayan Ç.Ü. BAP birimine,

Bugünlere gelmemi sağlayan, gittiğim yolda her zaman yanımda olan ve beni destekleyen, belki de teşekkürün en büyüğünü hak eden hayatımın mimarları olan anneme ve babama sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL Ve ONAY	ii
ETİK BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	x
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ.....	3
2.1. Depresyon	3
2.1.1. Depresyonun Tanımı.....	3
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Depresyonun Risk Faktörleri	3
2.1.4. Depresyonun Nedenleri.....	3
2.1.5. Depresyonun Patofizyolojisi	4
2.1.6. Depresyonun Semptomları.....	5
2.1.7. Depresyonun DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) Göre Tanı Kriterleri	5
2.1.8. Depresyonun Tedavisi	6
2.1.9. Depresyonun Komplikasyonları	6
2.1.10. Depresyonu Önleme.....	7
2.2. Postpartum Dönemde Görülen Psikiyatrik Hastalıklar ve Depresyon.....	7
2.2.1. Postpartum Psikiyatrik Hastalıklar	7
2.2.2. Postpartum Depresyon Tanımı.....	8
2.2.3. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi	8
2.2.4. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri	8
2.2.5. Postpartum Depresyonun Nedenleri	9

2.2.6. Postpartum Depresyonun Semptomları	9
2.2.7. Postpartum Depresyonun Tanısı ve Taraması	9
2.2.8. Postpartum Depresyonun Tedavisi	12
2.2.9. Postpartum Depresyonun Komplikasyonları	13
2.2.10. Postpartum Depresyonu Önleme	14
2.2.11. Postpartum Depresyonda Ebelerin Rollerini.....	14
2.3. Oksitosin	15
2.4. Oksitosinin Mental Sağlık Üzerine Etkisi ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi.	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı	22
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	22
3.3. Araştırmanın Tipi	22
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi	22
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.7. Verilerin Toplanması	25
3.8. Uygulama Aşaması	26
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi.....	26
3.10. Araştırma Planı ve Takvimi	29
3.11. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler.....	30
3.12. Araştırma Destekleri ve Finansman	30
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarına İlişkin Bilgiler	42
4.3. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Oksitosin Düzeylerine İlişkin Bilgiler	63
4.4. Katılımcıların Oksitosin Düzeyleri ile Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki	75
5. TARTIŞMA.....	84
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	90

KAYNAKLAR	92
EKLER	99
EK-1. İlk Görüşme Veri Toplama Formu	99
EK-2. İkinci Görüşme Veri Toplama Formu	105
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu.....	112
EK-4. Etik Kurul Kararı.....	113
EK-5. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası.....	114
EK-6. Bap Desteği	115
EK-7. Tez Öneri Kararı.....	116
EK-8. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni.....	117
ÖZGEÇMİŞ	118

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 2.1. Vazopressin ve oksitosinin yapıları (farklı olan amino asitler renkli) (53)	16
Şekil 2.2. Uterin myometriumdaki oksitosin etki bölgeleri (53)	16
Şekil 2.3. Fizyolojik etkiler ve oksitosin salınımı	17
Şekil 2.4. Kadınların gebelik başlangıcı, doğum ve doğum sonrası oksitosin düzeyleri (14)	18
Şekil 3.1. Araştırma Örneklem Şeması	24
Şekil 3.2. Oksitosin analizi için dilüsyon işlem aşamaları	28
Şekil 3.3. Araştırma Planı ve Takvimi	29
Şekil 4.1. Postpartum Depresyon Semptomları Varlığına Göre Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri (n=68)	75
Şekil 4.2. Gebelik Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki (n=68)	80
Şekil 4.3. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyinin Postpartum Depresyon Semptomlarında Prediktif Biyobelirteç Olma Durumu (n=68)	83

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	32
Tablo 4.2. Katılımcıların Gebelik Dönemine Genel İlişkin Özellikleri.....	34
Tablo 4.3. Katılımcıların Gebelik Takiplerine İlişkin Özellikleri	35
Tablo 4.4. Katılımcıların Gebelik Döneminde Duygudurum ve Sosyal Destek Özellikleri.....	36
Tablo 4.5. Katılımcıların Doğum ve Duygudurumlarına İlişkin Bilgiler	37
Tablo 4.6. Katılımcıların Yenidoğan ve Emzirme Durumlarına Ait Bilgiler	38
Tablo 4.7. Katılımcıların Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne İlişkin Algıları	40
Tablo 4.8. Katılımcıların Postpartum Döneme Ait Sosyal ve Günlük Yaşam Özellikleri	42
Tablo 4.9. Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarına Ait Ölçek Puanları	43
Tablo 4.10. Gebelik Dönemi ve Postpartum Döneme Göre Depresyon Semptomlarındaki Değişim	44
Tablo 4.11. Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarının Görülme Oranı.....	45
Tablo 4.12. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.13. Obstetrik Özelliklere Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.14. Gebelik Dönemi Sosyal Destek ve Duyguduruma Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.15. Gebelik Takibi Durumlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.16. Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Ait Özellik ve Duyguduruma Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.17. Yenidoğan ve Emzirme Durumlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.18. Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne Ait Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.19. Postpartum Sosyal ve Günlük Yaşamlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.20. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Oksitosin Düzeyleri.....	64
Tablo 4.21. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Döneme Göre Oksitosin Düzeyindeki Değişim	64
Tablo 4.22. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı	65
Tablo 4.23. Katılımcıların Gebelik Özelliklerine Göre Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı	67
Tablo 4.25. Oksitosin Düzeylerine Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Dağılımı	74
Tablo 4.26. Katılımcıların Oksitosin Düzeyleri ile Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomları İlişkisi	76
Tablo 4.27. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki Regresyon Modeli.....	79
Tablo 4.28. Katılımcıların Postpartum Dönem Haftasına Göre Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki	81
Tablo 4.29. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyinin Postpartum Depresyon Semptomlarında Prediktif Biyobelirteç Olma Durumu	82

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AAP	: American Academy of Pediatrics
ACTH	: Adrenocorticotrophic Hormone/Adrenokortikotropik Hormon
ADH	: Antidiüretik Hormon
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AUC	: Area under the Roc Curve
BAP	: Bilimsel Araştırma Projeleri
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BE	: Beta-Endorfinler
°C	: Santigrad Derece
Ca⁺²	: Kalsiyum
CES-D	: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
cm	: Santimetre
CRH	: Corticotropin-Releasing Hormone/Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
ÇÜ	: Çukurova Üniversitesi
DA	: Dopamin
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
E	: Epinefrin
ELISA	: Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay
EPDÖ	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
EPDS	: Edinburgh Postnatal Depression Scale
F	: F test
GPCR	: G-Protein Coupled Receptor
gr	: Gram
H₀	: Yokluk hipotezi
H₁	: Alternatif hipotez
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HPA	: Hypothalamic–Pituitary–Adrenal
HRSD	: Hamilton Rating Scale for Depression
IP₃	: Inositol Trisphosphate
MADRS	: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

Max	: Maksimum
Min	: Minimum
ml	: Mililitre
N	: Araştırma evreni
n	: Araştırma örnekleme
NE	: Norepinefrin
nm	: Nanometre
Ort	: Ortalama
OT	: Oksitosin
OXTR	: Binds to Oxytocin Receptors
p	: Anlamlılık değeri
PAF	: Platelet Activating Factor Receptor
PDTÖ	: Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği
pg	: Pikogram
PLC_β	: Phospholipase C-β
PPD	: Postpartum Depresyon
PSE	: Present State Examination
r	: Korelasyon katsayısı
R	: Regresyon katsayısı
ROC	: Receiver Operating Characteristic
SADS	: Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-IV-R
SPI	: Standard Psychiatric Interview
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart sapma
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
t	: T testi
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
vb	: ve benzeri
WHO	: World Health Organization
X²	: Ki kare

Z	: Z testi
5HT₂	: 5-hydroxytryptamine-2
µL	: Mikrolitre
<	: Küçüktür
=	: Eşittir
>	: Büyüktür



ÖZET

Kadınların Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri Depresyon Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma, gebelik ve postpartum dönemde ölçülen oksitosin düzeyi ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Prospektif kohort tipte olan çalışma, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 68 kadın ile yürütülmüştür. Veri toplama işlemi, iki görüşme şeklinde yapılmıştır. İlk görüşme 30-38. gebelik haftasında, ikinci görüşme ise postpartum 4, 8 veya 12. haftada yapılmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara veri toplama formu uygulanmış, akabinde tükürük numunesi alınmıştır. Veri toplama formu, araştırmacılar tarafından hazırlanan sorular, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterinden oluşmaktadır. Depresyon semptomlarının gebelik döneminde görülme oranı %16.2, postpartum dönemde ise %25'tir. Düşük eğitim seviyesi, sigara kullanımı, yetersiz eş desteği, zayıf prenatal bağlanma, annelik korkusu gibi durumlarda depresyon semptomları daha fazla yaşanmıştır. Gebelik dönemi oksitosin düzeyi ile gebelik ve postpartum depresyon semptomları arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunurken, postpartum oksitosin düzeyi ile depresyon semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yapılan analizler sonucunda; gebelik oksitosin düzeyinin postpartum depresyon için prediktif bir biyobelirteç olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Depresyon, gebelik, mental bozukluklar, oksitosin, postpartum.

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Oxytocin Levels and Postpartum Depression Statuses of Pregnant Women

This study was carried out to investigate the relationship between oxytocin levels measured in pregnancy and postpartum period with depression symptoms. The study which prospective cohort type was conducted with 68 women who accepted the criteria included in the study. Data collection was done in two interviews. The first interview is 30-38. in the gestational week, the second interview was made in the postpartum 4, 8 or 12th week. During the interviews, a data collection form was applied to the participants and then a saliva sample was taken. Data collection form consist of the questions prepared by the researchers, the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory. The prevalence rate of depression symptoms during pregnancy is 16.2%, and in postpartum period is 25%. Depression symptoms were more experienced in cases such as low education level, smoking, insufficient spouse support, poor prenatal attachment, and fear of motherhood. While there was a moderate negative correlation between pregnancy oxytocin level and pregnancy and postpartum depression symptoms, there was no significant relationship between postpartum oxytocin level and depression symptoms. As a result of the analysis, it was concluded that pregnancy oxytocin level may be a predictive biomarker for postpartum depression.

Keywords: Depression, mental disorders, oxytocin, postpartum, pregnancy.

1. GİRİŞ

Kadın, intrauterin dönemden, yaşlılık döneminin sonuna kadar birçok yaşam evrelerinden geçmektedir. Geçtiği yaşam evrelerinin her birinde fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Bu yaşam evrelerinden en önemlileri gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdir. Bu dönemler, her ne kadar doğal bir süreç olarak kabul edilse de, kadınlar için stres faktörü oluşturabilmektedir. Bu dönemlerde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimler, psikiyatrik hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir. Hassasiyeti veya genetik yatkınlığı olan kadınların, bu döneme uyum sağlayamaması sonucunda mental bozuklukların gelişmesi sık görülen bir durumdur. Ciddi mental bozukluk öyküsü olan kadınların, postpartum dönemde hastalıklarının nüksetme riski oldukça yüksektir. Gebelik ve postpartum dönemde yaşanan mental bozukluklar hem annede hem de bebekte olumsuz sonuçlara yol açabilen bir durumdur. Preeklampsi, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde kalması, bebeğin gelişiminde gecikme, uzun dönemde ise sosyal ve ekonomik sorunlara rastlanmaktadır (1-5).

Postpartum depresyon (PPD) genellikle, doğumdan sonraki ilk birkaç ay ile bir yıl arasında meydana gelmekte ve yıllık olarak kadınların %10-15'ini etkilemektedir (6). Postpartum depresyonda; kendini değersiz hissetme, anksiyete, suçluluk, bebekle ilgili endişeler, ağlamaklı hal, hareket ve konuşmada yavaşlama, yeme ve uyku bozuklukları, duygu ve düşüncelerde dengesizlik, umutsuz ve yetersiz hissetme, ölüm ve intihar düşünceleri, konsantrasyonda ve seksüel aktivitelerde azalma gibi semptomlar görülmektedir (7). Düşük ekonomik durum ve düşük eğitim seviyesi, yetersiz sosyal ve emosyonel destek, aile içi sorunlar, bebek bakım stresi, yüksek parite, ilk doğum, geçirilmiş depresyon öyküsü, obstetrik komplikasyonlar gibi durumlar postpartum depresyon için risk faktörü oluşturmaktadır (8).

Postpartum depresyon gelişiminde rol oynayan faktörlerden birisi de hormonal değişimlerdir. Doğumun ikinci evresinde uterotoninlerin (oksitosin, prostaglandin, histamin, serotonin, Platelet Activating Factor Receptor (PAF), anjiyotensin II ve diğer doğum indükleyiciler) aktivitesi artmakta ve bu artış doğum sonu dönemde belli bir süre devam etmektedir (9-11). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde, yaşanan hormonal değişimlerden en önemlisi oksitosin düzeyinde meydana gelmektedir. Oksitosin düzeyi;

35. gebelik haftasından postpartum altıncı aya kadar artış göstermektedir. Doğum ve emzirme süresince, sosyal etkileşimler sırasında, meme ucu stimülasyonu, bebeği kucaklama, sevmeye ve temas gibi davranışlar sonucunda oksitosin düzeyi artmaktadır (11,12). Artan oksitosin salınımı ile birlikte stres, anksiyete, kalp atım hızı, kan basıncı düzeylerinde azalma meydana gelmektedir. Dolayısıyla, potansiyel obstetrik etkilerinin yanı sıra, mental sağlık ve davranışsal etkileri bakımından oksitosin, klinik bir öneme sahiptir (9-11).

Gebelik başlangıcında, gebelerin anksiyete düzeylerinde azalmanın oksitosin artışına bağlı geliştiği düşünülmektedir. Gebelikte yüksek oksitosin düzeyleri ile postpartum pozitif maternal davranışlar (bakma, konuşma, dokunma, uzun dönem emzirme, güvenli bağlanma vb.) arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (13-15). Ağrı, stres ve korkuyu azaltma, adaptasyonu kolaylaştırma gibi etkilerin birçoğu merkezi salınma ile ilgili olduğundan, sentetik oksitosin de aynı etkiler görülmeyebilir. Örneğin; doğum sırasında uygulanan sentetik oksitosin, maternal beyne kolayca geçemediğinden; anne ve bebek bağlanmasına, sakinleşmeye, rahatlamaya, ağrıyı azaltmaya veya adaptasyon sürecini kolaylaştırmaya yardımcı olmayabilir (14).

Oksitosinin postpartum depresyon üzerindeki etkisine dair yapılan literatür taramasında, oksitosin düzeyinin düşük olması ile postpartum depresyon arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (13,16-21). Postpartum depresyon semptomları olan kadınların, semptomu olmayanlara kıyasla 38. gebelik haftasından, doğum sonrası ikinci güne kadar oksitosin düzeyi daha düşük seyretmektedir (12).

Bu çalışma, gebelik ve postpartum dönemde ölçülen oksitosin düzeyi ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Özellikle gebelik döneminde ölçülen oksitosin düzeyi sayesinde PPD riski olan kadınlara erken tanı ve tedavi fırsatı sunulabilecektir. Böylece, kadınların postpartum dönemde mental sağlıklarının sürdürülmesine ve daha kaliteli annelik deneyimi yaşamalarına olanak sağlanmış olacaktır.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon; bunalım hali, ilgi veya memnuniyet azlığı, azalmış enerji, suçluluk duygusu, uyku ve iştah bozukluğu ile seyreden ve yaygın olarak görülen mental bir bozukluktur (22). Melankolik, atipik, psikotik, mevsimsel, kronik ve postpartum depresyon olmak üzere alt tipleri bulunmaktadır. Aynı zamanda depresyon; kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte, üretkenlik durumunu azaltabilmekte ve kişilerin sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açabilmektedir (23,24).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan birisi olarak klinik bir öneme sahiptir. Dünyadaki depresyonlu kişi sayısı 322 milyondur (25). Kadınlarda, erkeklere kıyasla depresyon görülme sıklığı iki kat daha fazladır. Bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte, endokrin sistemin neden olabileceği düşünülmektedir. Literatüre göre depresyonun kadınlarda görülme sıklığı %10-20 arasında dağılım göstermektedir. Depresyona, kadınlarda 35-45 yaş aralığında daha sık rastlanırken, erkeklerde 55-70 yaş aralığında daha sık rastlanmaktadır. Depresyon vakalarında çoğu hastanın başlangıç yaşı 20-50 arasında değişiklik göstermektedir (23,26,27).

2.1.3. Depresyonun Risk Faktörleri

Depresyonun görülmesi yaş, cinsiyet, kültürel farklılıklar gibi durumlardan etkilenebilmektedir. Sosyoekonomik durum ve eğitim durumunun düşük olması, düzensiz veya dağılmış aile, genetik, nörokimyasal maddeler, hormonlar ve psikolojik etkenler gibi durumlar depresyon için risk faktörü oluşturabilmektedir (26-28).

2.1.4. Depresyonun Nedenleri

Depresyon gelişimi; biyolojik farklılıklar, beynin yapısı (nörotransmitterler), hormonlar (gebelik, doğum, menopoz dönemleri gibi), kalıtsal özellikler gibi

durumlarla ilişkili olarak gösterilse de kesin nedeni henüz bilinmemektedir. Nörotransmitterler beyinde doğal olarak oluşmakta ve depresyonda rol oynamaktadır. Bu sebepten ötürü depresyon tedavisinde klinik öneme sahip olabilmektedir. Mental hastalıkların patofizyolojisinde en fazla; norepinefrin (NE), dopamin (DA) ve serotoninin üzerinde durulmaktadır. Depresyon varlığında NE, DA ve (5HT₂) (Serotonin reseptörleri, 5-hydroxytryptamine-2) düzeylerinde azalma meydana gelmektedir. Hormonal değişiklikler özellikle gebelik ve doğumdan sonraki haftalar/aylar süresince depresyon gelişimi üzerinde etkili olabilmektedir. Mental bozuklukların patofizyolojisinde, sıklıkla adrenal akstaki bozukluklar üzerinde durulmaktadır. Depresyon gelişimi kalıtım ile yakından ilgilidir. Birinci derece geçirilmiş depresyon öyküsü olması kişinin depresyona yatkınlığını artırmaktadır. Stresli, üzüntülü yaşam deneyimleri, kendisine ve geleceğine olumsuz bakış gibi durumlar da depresyon gelişimine katkıda bulunabilmektedir (24,29).

2.1.5. Depresyonun Patofizyolojisi

HPA axis aktivitesi hipotalamustan salgılanan Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) etkisiyle gerçekleşmektedir. CRH aktivitesi ise ön hipofizden Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH) sekresyonu ile gelişmektedir. ACTH da adrenal bezlerden glukokortikoidlerin salınımını uyarmaktadır. Glukokortikoidler, kendi reseptörleri olan kortikosterodiler ile etkileşime girmektedir. Beyindeki kortikosteroid reseptörleri glukokortikosteroidlere bağlanarak daha fazla CRH ve ACTH salınımını engellemektedir. Bu olay negatif feedback ile gerçekleşmektedir (30).

Stres gibi durumlar, HPA axisi aktive etmesi ile glukokortikoidlerin salınımı artmaktadır. Stresle baş etmeyi kolaylaştıran yöntemler (konuşma terapileri vb. gibi) antidepresan etkisi gösterebilmektedir. Antidepresanlar; doğrudan beyindeki kortikosteroid reseptörlerini artırarak, negatif feedback ile HPA axis aktivitesini azaltmaktadır. Majör depresyonu olanlarda; HPA(Hypothalamic–Pituitary–Adrenal) axis artmış, beyindeki CRH üretimi de buna bağlı olarak artmıştır. Glukokortikoidler aracılığıyla negatif feedback bozulmuştur. Buna bağlı olarak adrenal ve ön hipofiz bezinin hacminde artış meydana gelmektedir. Artmış glukokortikoidler, beyin kaynaklı nörotrofik faktör genini olumsuz etkilemekte ve majör depresyon gelişimine yol açmaktadır (30).

2.1.6. Depresyonun Semptomları

Depresyon; duygu durumunda değişiklik, üzüntü, çaresizlik ve yalnızlık hissi, kendini suçlama ve cezalandırma, ölme arzusu, yeme, uyku ve libido bozuklukları, aktivite durumunda değişim (hareket ve konuşmalarda yavaşlama, ajitasyon) gibi klinik bulgular ile kendisini göstermektedir. Bu semptomlar, hafif düzeyden şiddetli düzeye doğru ilerleme seyretmektedir (26).

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

İki hafta süresince aşağıda bulunan belirtilerden en az 5 tanesi görülmeli ve işlevsellik durumunda değişiklik olmalıdır. Bu belirtilerin en az biri kişide çökkünlük durumu veya ilgi kaybı ya da zevk alamama durumları ile ilgili olmalıdır.

- 1) Bireyin kendi bildirdiğı veya başkası tarafından gözlemlenebilen, gün boyu süren ve neredeyse her gün devam eden depresif durum varlığı,
- 2) Bireyin kendi bildirdiğı veya başkası tarafından gözlemlenebilen, her gün ve gün boyunca devam eden etkenlere karşı duyulan ilginin azalması veya zevk alamama,
- 3) Bireyin kendiliğinden ve önemli derecede (1 ay içerisinde vücut ağırlığının %5'i kadar) kilo alma veya verme ya da yemek yeme konusunda neredeyse her gün yaşanan isteksizlik durumu,
- 4) Neredeyse her gün uyku problemi yaşama (uykusuzluk veya aşırı uyku hali),
- 5) Neredeyse her gün ajitasyon veya retardasyon durumu,
- 6) Neredeyse her gün bitkinlik hali yaşama ve enerjik hissedememe,
- 7) Değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları ve bunların her gün devam etmesi,
- 8) Neredeyse her gün konsantrasyon eksikliği ve karar verme konusunda güçlük,
- 9) Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri veya girişimi (4).

DSM-5 kriterlerine göre semptomlar, majör depresyon varlığını veya yokluğunu belirlemek amacıyla toplanmaktadır. Dolayısıyla DSM, depresyonun tek boyutlu olarak

ele alınabileceğini varsaymaktadır. Ancak, DSM-5 semptomları ile ciddi depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların eksikliği söz konusudur (31).

Depresyon dışında sık görülen bir diğer mental bozukluk ise anksiyete bozukluklarıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu gibi hastalıklar bu grubu oluşturmaktadır (32). Obsesif kompulsif bozuklukta; yineleyici ve sürekli düşünceler ya da dürtüler, bu düşünce veya dürtüleri başka bir eylemle etkisizleştirmeye çalışma durumları görülmektedir (33). Posttravmatik stres bozukluğu, travmaya neden olan bir olaydan sonra gelişen ve bireyde aşırı uyarılma hali, travmayı hatırlatan uyaranlardan uzaklaşma, rüyada travmatik olayı tekrardan yaşama gibi bulguların eşlik ettiği ve en az bir ay süresince devam eden mental bir rahatsızlıktır (34).

2.1.8. Depresyonun Tedavisi

Depresyon etkili bir şekilde tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Ancak hastaların yaklaşık %25'i tedavi alabilmektedir. Kaynak yetersizliği, yeterli eğitime sahip sağlık profesyoneli eksikliği, toplum içinde psikiyatrik hastalık ile damgalanma korkusu gibi etkenler tedaviye ulaşımı engelleyebilmektedir. Depresyonda; ilaç tedavisi (antidepresanlar), psikoterapi, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi olmak üzere dört tip tedavi mevcuttur. Doğru tanı konulduktan sonra hastaya tanı ve tedavi hakkında bilgi verilmeli ve kişiye en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Tedavi süresince etkililiği ve yan etkileri saptamak amacıyla düzenli izlemler devam etmelidir (24,35).

2.1.9. Depresyonun Komplikasyonları

Depresyon tedavi edilmezse; yaşamın her alanını etkileyen duygusal, davranışsal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Fazla kilo, obezite, ağrı, alkol ve madde kullanımı, anksiyete, panik, sosyal fobi, aile ve iş ortamında ilişki zorlukları, verimlilikte azalma ve iş kaybı, iş kazalarında artma, bedensel rahatsızlıklar, konsantrasyon bozukluğuna bağlı gelişen ölümcül kazalarda ve intihar girişimlerinde artma gibi sorunlara yol açabilmektedir (24,29).

2.1.10. Depresyonu Önleme

Depresyonu önlemenin kesin bir yolu yoktur. Bedeni gevşetme ve öz-saygıyı artırma, kötü anlarda aile ve arkadaşlardan yardım alma, düzenli egzersiz yapma, beslenme düzenine dikkat etme, depresyonun ilerlemesini engellemek adına tanıyı kesinleştirme ve uygun tedaviyi alma depresyon gelişmesini veya kötüleşmesini önleyebilmektedir (29,36-38).

2.2. Postpartum Dönemde Görülen Psikiyatrik Hastalıklar ve Depresyon

2.2.1. Postpartum Psikiyatrik Hastalıklar

Maternal mental bozukluklar anksiyete ve panik bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve psikoz şeklinde ele alınmaktadır (32).

Postpartum dönemde annelik hüznü (postpartum hüznü), annelerin %50-80'inde görülebilmektedir. Anksiyete, ağlama nöbetleri, uykusuzluk vb. gibi bulgular yaşanmaktadır. Postpartum hüznü, doğumdan 2-3 gün sonra meydana gelen ve tedavi gerektirmeden yaklaşık iki hafta içerisinde kendiliğinden iyileşebilen bir rahatsızlıktır. Postpartum depresyonla semptomları benzerlik gösterse de bu yönüyle ayrılmaktadır (2,3).

Doğum sonu dönemde en sık görülen, tedavi edilmesi anne ve bebek açısından oldukça önem taşıyan psikolojik rahatsızlık postpartum depresyondur (PPD) (2,3). Semptomları, doğum sonu ilk 2-4. haftalarda başlayan ve bir yıla kadar devam edebilen klinik seyre sahip mental bir bozukluktur (39).

Doğum sonu dönemde, postpartum depresyondan sonra en sık görülen ikinci mental bozukluk anksiyetedir. Bu durum, kadınların yaklaşık %10'unu etkilemektedir. Deprese duygudurum, ilgi kaybı, zevk alamama, kilo kaybı veya kilo alma gibi belirtiler ile seyretmektedir (2).

Bir diğer psikolojik bozukluk, postpartum psikozdur. Nadir görülen ve kadınların yaklaşık %0.1-0.2'sini etkileyen mental rahatsızlıktır. Doğum sonu 1-4 haftalık dönemde belirtilerini gösterebilmektedir. Halüsinasyonlar, öfori, bebek ile ilgili obsesif düşünceler, hızlı duygudurum değişiklikleri vb. gibi bulgular ile seyretmektedir.

Bebeğini öldürme, intihar etme gibi ciddi sonuçlara yol açabileceği için hızlı tanı ve hospitalizasyon önerilmektedir (2,3).

2.2.2. Postpartum Depresyon Tanımı

Kişinin duygudurumundaki değişiklik, DSM-5'e göre gebelik dönemi veya doğum sonu dönemde meydana gelebilir. Doğum sonu dönemde gelişen depresyon DSM-5'e göre 4 haftalık bir dönemi kapsamaktadır. Ancak literatürde, postpartum depresyonun doğumdan sonra bir yıllık süre içerisinde kendini gösterebileceği şeklinde ifadeler yer almaktadır (4). Bu doğrultuda PPD, doğum sonu dönemde ilk 2-4. haftalarda semptomları başlayan ve bir yıla kadar devam edebilen klinik seyre sahip mental bir bozukluk şeklinde tanımlanabilmektedir (39).

2.2.3. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen PPD, doğum sonunda görülen en sık görülen doğum komplikasyonlarından biridir. Dünyada postpartum depresyon görülme sıklığına bakıldığında; kadınların %10-15'ini etkilediği görülmektedir. Gelişmiş ülkelere kıyasla, gelişmekte olan ülkelerde PPD görülme sıklığı daha fazladır. Bazı ülkelerde PPD prevalansına bakıldığında; Asya ülkelerinde %6-13, Hindistan'da %11-16, Bangladesh'te %18-35 şeklinde olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise bu oran %15.4-51.3 arasında değişiklik göstermektedir (6,8,40). Bazı illerde prevalansı belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda PPD prevalansı; Adana'da %28.9, Afyon'da %22.9, Ankara'da %23.5, Erzincan'da %51.3, Erzurum'da %14.0, İstanbul'da %30.1, İzmir'de %25.5, Malatya'da %21, Manisa'da %19.0 olarak bulunmuştur (40).

2.2.4. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

Fiziksel, biyolojik, psikolojik, obstetrik, pediatrik ve sosyo-ekonomik durumlar PPD için risk faktörleri olarak bilinmektedir (3).

Fiziksel ve Biyolojik Etmenler: Fiziksel sağlıkta bozulma veya hastalık, 20 kg/m²'nin altında vücut kitle indeksi veya obezite, düşük beden algısı vb. gibi durumlar PPD için risk faktörü olarak görülmektedir (3).

Psikolojik Etmenler: Düşük benlik algısı, stresli gebelik, zayıf sosyal ve emosyonel destek, çocuk bakım stresi, aile sorunları, geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede psikolojik hastalık öyküsü, gebeliğe karşı olumsuz tutum vb. gibi durumlar PPD için risk faktörü oluşturmaktadır (2,3,6).

Obstetrik ve Pediatrik Etmenler: Obstetrik komplikasyonlar, preterm eylem, emzirmeye başlama ve süresinde azalma, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, emzirme sorunları, planlanmamış gebelik, bebek bakımında bilgisizlik vb. gibi durumlar PPD için risk faktörüdür (2,3,6).

Sosyo-ekonomik Etmenler: Düşük eğitim durumu ve sosyoekonomik durum, yaş, ırk, etnik köken, madde kullanımı, işsizlik, göç, aile içi şiddet vb. gibi durumlar PPD için risk faktörü olarak bilinmektedir (2,3,6,41).

2.2.5. Postpartum Depresyonun Nedenleri

Nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Genetik etmenler, hormonal değişimler, hipotalamik-pituater-adrenal aksın ve nörotransmitter, kolesterol ve yağ asidi anormalliklerin postpartum depresyon üzerine etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Düşük oksitosin seviyesi, depresif semptomlar ile ilişkilendirilmektedir (12,13,18,19).

2.2.6. Postpartum Depresyonun Semptomları

Postpartum depresyon; kendini değersiz hissetme, anksiyete, panik ataklar, suçluluk, bebek ile ilgili endişeler, ağlamaklı hal, kontrolsüzce ağlama, konuşma ve hareket yavaşlığı, ajitasyon ya da hiperaktivite, yeme ve uyku bozuklukları, duygu ve düşünce karışıklığı, unutkanlık, öfkelenme, ölüm ve intihar düşünceleri, konsantrasyon, karar verme yeteneğinde ve cinsel aktivitelerde azalma gibi semptomlar ile seyretnmektedir (3,7).

2.2.7. Postpartum Depresyonun Tanısı ve Taraması

PPD için DSM-5 tarafından ayrı bir tür olarak tanımlanmamış olup, DSM-5 kriterlerine göre tanı konulmaktadır (2).

Tarama erken tanı ve tedavi için büyük bir öneme sahiptir. Yeni annelerin doğum sonu dönemde sıklıkla başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında PPD

riski mevcut kişileri belirlemek amacıyla tarama ölçekleri ile değerlendirilmesi, riskli kişilerin üst basamak psikiyatri kliniklerine yönlendirilmesi tanı ve tedavi için oldukça önemli bir adım oluşturmaktadır (3). PPD riskini belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış ve çalışmalarda kullanılmakta olan ölçeklerden bazıları şunlardır:

- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)
- Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (PDTÖ)
- Beck Depresyon Envanteri (BDE)
- Durumluluk Endişe Ölçeği (STAI-State-Trait Anxiety Inventory)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)
- CES-Depresyon Ölçeği (CES-D-The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)'dir.

Bu ölçeklerden en sık olarak Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılmaktadır. Bu ölçekler tanı amaçlı değil, tarama amaçlı kullanılmaktadır (3).

EPDÖ: Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ve Engindeniz (1997) tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçek; 0-3 arası puanlanan, 10 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Değerlendirmesinde; 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters puanlama uygulanmaktadır. Kesme noktası 12/13 olarak kabul edilmektedir (3,43). Sağlık kuruluşları, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) ile gebelik ve doğum sonu dönemde depresyon taraması depresyon için rutin tarama önermektedir. Gebeliğin 24-28. haftalarında, doğum sonrası 2. ve 6. haftada EPDS ile depresyon taraması tavsiye edilmekte ve bu konuda protokol geliştirilmesi önerilmektedir (2,3).

Türkiye'de ise, PPD taraması, T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi'nde yer almaktadır. Bu rehberde göre PPD riski; EPDÖ kullanılarak, postpartum 6. İzlemede (30-42. günlerde) değerlendirilmektedir. EPDÖ toplam skoru 12 puan ve üzeri olan kadınların psikiyatriye sevk edilmesi bildirilmektedir (45).

PDTÖ: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2000) ölçek; doğum sonu dönemde kadının duygularını değerlendirmeye yönelik 35 maddeden oluşan, yedi boyut

ve her boyutunda beş madde olan, 5'li likert tipi öz bildirim ölçeğidir. 60 puan kesme noktası olarak kabul edilmektedir (3,42).

BDE: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1979) ve Hisli (1998) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek; depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel semptomlar ve motivasyonu değerlendirmeye yönelik 21 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi (0-3 puan) öz bildirim ölçeğidir. 17 ve üzerinde olan puanlar, depresif semptom olarak kabul edilmektedir (3,42).

STAI: Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafında geliştirilen ölçek; durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluluk Kaygı Ölçeği; belirli bir koşulda veya zamanda, Sürekli Kaygı Ölçeği; içinde bulunulan durum ve koşullardan bağımsız bir şekilde kişinin kendisini nasıl hissettiğini değerlendirmeye yönelik 20'şer sorudan oluşmaktadır. Kesin bir kesim noktası olamamakla birlikte 39-40 puan kesim noktası olarak esas alınmaktadır (3,42).

HAD: Zigmond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Aydemir ve arkadaşları tarafından (1997) Türkçe'ye çevrilen ölçek; her biri 7 maddeden oluşan ve 0-3 arası puanlanan iki alt ölçekten oluşmaktadır. 11 ve üzeri puan orta-ciddi duygudurum bozukluğu olarak kabul edilmektedir (3).

CES-D: Radloff (1977) tarafında geliştirilen ölçek; 0-60 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmaktadır (3).

PPD semptomları varlığında tanı ve değerlendirme amacıyla farklı klinik ölçekler kullanılmaktadır. Bu tanı ölçeklerinden bazıları şunlardır:

- Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (SADS-Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia): Sekiz kategoride (iştah bozukluğu, uyku bozukluğu, yorgunluk, ilgi kaybı, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşüncesi ve motor bozukluğu) 11 depresif semptom bulunmaktadır. Bu semptomlar 1-6 arası puanlanmaktadır. Uygulanması yaklaşık olarak 90 dakika sürmektedir.
- DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-Structured Clinical Interview for DSM-IV-R): Altı bağımsız modülden oluşmaktadır. Uygulanması yaklaşık olarak 45-60 dakika sürmektedir.

- Standardize Edilmiş Psikiyatrik Görüşme (SPI-Standard Psychiatric Interview): 10 psikiyatrik semptomun varlığını veya yokluğunu tanımlamak amacıyla oluşturulmuştur. Her semptom için ciddiyet durumuna göre 5 puanlık değerlendirme yapılır. Toplam puan, belirgin anormalliklerin puanının iki katına eklenen 10 semptomun toplamıdır.
- Şimdiki Durum Değerlendirilmesi (PSE-Present State Examination): Tanımlanmamış psikiyatrik semptomların önceki 4 haftada olup olmadığını belirlemektedir.
- Hamilton Depresyon Ölçeği (HRSD-Hamilton Rating Scale for Depression): 17 depresif semptomdan oluşmaktadır. Cevaplar 3 ve 5 puanlık skala ile değerlendirilir. Toplam puan 0-50 arasında değişmektedir. Kesim noktası 15 ve üzeri olarak kabul edilmekte ve majör depresyona işaret etmektedir.
- Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği (MADRS/Montgomery-Asberg Depression Rating Scale): 10 başlıktan oluşmakta ve her başlık 0-6 arası puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arası değişiklik göstermekte ve kesim noktası 11 olarak kabul edilmektedir (44).

2.2.8. Postpartum Depresyonun Tedavisi

Öz bildirim ölçeklerinde depresyon riski olduğu düşünülen anneler psikiyatriste yönlendirilmelidir. Tedavide ilk basamak, ayrıntılı öykü alma, fiziksel değerlendirme ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi ve tanı konulmasıdır. Erken tanı ve tedavi ile hastalığın ilerlemesi engellenerek, iyileşme sürecinin devamlılığı sağlanabilmektedir (3,7).

PPD tedavisinde; psikoterapötik, farmakolojik ve elektrokonvülsiv tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Yöntem seçimi, semptomların şiddetine ve kadının emzirme durumuna göre yapılmaktadır (7).

Hafif-Orta Depresyon Tedavisi: Genellikle ilk seçenek psikoterapi olmaktadır. Kadın, psikoterapiyi kabul etmezse danışmanlık önerilebilmektedir. Emzirme durumu tedaviyi etkilememektedir (3).

Orta-Ağır Depresyon Tedavisi: Emzirme durumuna göre farklılık göstermektedir.

Emzirmeyen kadınlarda, antidepresan tedavi veya antidepresan ile psikoterapi kombine tedavi önerilmektedir. Farmakolojik tedavide, SSRI grubu antidepresanlar (fluoksetin, paroksetin, setralin) kullanılmaktadır. Nüksü önlemek amacıyla, en az 6 süresince etkili antidepresan tedavinin devam ettirilmesi tercih edilmektedir (46).

Emziren kadınlarda, antidepresanlar maternal plazmadan anne sütüne geçtiği için yarar-zarar ilişkisine göre karar verilmektedir. Tek başına psikoterapi yaklaşımı tercih edilirse yakın takip önerilmektedir. Ancak psikoterapinin yetersiz kaldığı durumlarda, laktasyonda güvenli kabul edilen minimum etkili dozda antidepresan tercih edilebilmektedir. Sertraline; diğer antidepresanlara kıyasla, daha düşük translaktal geçiş ve yenidoğan üzerinde etkilerinin daha az olması sebebiyle postpartum dönemde kullanımı güvenlidir. Sertralineden sonra paroksetin, floksamin ve nortriptilin tercih edilmektedir. Etkili antidepresan tedavisinin, nüksü önlemek amacıyla en az 6 ay sürdürülmesi ve bu süreçte annelerin yakın takip edilmesi önerilmektedir (46).

Merkezi etkileri olduğu bilinen terapötik intranazal sentetik oksitosin; endişe, depresyon, bağımlılık, travma sonrası stres bozukluğu ve otizm gibi birçok rahatsızlıkta denenmiştir (14). Bir randomize kontrollü çalışmada, 12 haftalık nazal oksitosin kullanımı EPDS ve HDRS envanteri ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, nazal oksitosin ve plasebo grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (21). Oksitosin grubunda anksiyete skorunun arttığı, plasebo grubunda ise bu skorun sabit kaldığı gözlenmektedir. Oksitosin grubunda, uygulama sonrasında plaseboya kıyasla anlamlı bir farklılık bulunmadığı ve herhangi bir yan etki kaydedilmediği bildirilmektedir (21). PPD'si olan kadınlar ile yapılan bir başka çalışmada; intranazal sentetik oksitosin kullanan kadınların kullanmayanlara kıyasla, modlarının daha düşük düzeylerde seyrettiği bildirilmektedir (47).

2.2.9. Postpartum Depresyonun Komplikasyonları

Komplikasyonları üç grupta ele alınmaktadır:

- 1) Annelerde görülen komplikasyonlar: Tedavi edilmeyen ve uzun dönem PPD, kadının gelecek dönemde majör depresyon gelişmesi açısından büyük bir risk faktörü oluşturmaktadır. İleriki yaşlarda, yüksek seviyede kronik strese yol açabilmektedir. Ayrıca PPD, aile ve sosyal yaşam üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.

- 2) Babalarda görülen komplikasyonlar: PPD, yeni doğmuş bebeğe yakın olan herkes için duygusal bir baskıya neden olabilmektedir. PPD olan kadının eşinde de depresyon riski artış göstermektedir. Ayrıca, kadının PPD olup olmamasına bakılmaksızın, tüm yeni babaların da depresyon riski altında olduğu bildirilmektedir.
- 3) Bebeklerde görülen komplikasyonlar: Annesinde, tedavi edilmemiş PPD olan bebeklerde; duygusal ve davranışsal bozukluklar (uyku ve yeme bozuklukları, aşırı ağlama, dil gelişiminde gecikme vb.) görülebilmektedir. Bebeğin fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Daha fakir beslenme dolayısıyla malnütrisyon ve fiziksel büyümede gerilik görülebilmektedir. Ayrıca, anne ile bebeği arasındaki etkileşim ve bağlanmanın daha düşük olmasına yol açabilmektedir (8,29).

2.2.10. Postpartum Depresyonu Önleme

Geçirilmiş PPD veya majör depresyon öyküsü, PPD gelişimi için önemli risk faktörüdür. PPD'yi önlemek amacıyla profilaktik östrojen ve progesteron kullanmanın yararı hakkında net bilgi bulunmamaktadır (44). Bir başka çalışmada intranazal oksitosin kullanımının PPD semptomları üzerine etkisi değerlendirildiğinde, deney ve plasebo grubu arasında paralel sonuçların elde edildiği bildirilmektedir (21).

PPD gelişimini önlemek için postpartum ev ziyaretleri önerilmektedir. Ancak, bu uygulama günümüzde biraz zor görülebilmektedir. PPD açısından yüksek riskli kadınlarda, nüksü önlemek amacıyla antidepresan tedavisi önerilmektedir (46).

Literatürdeki çalışmalarda, postpartum emosyonel problemleri önleme hususunda antenatal-postnatal sınıfların etkili olduğu bildirilmektedir. Bir başka çalışmada; yüksek riskli gebeler üç ebe öncülüğünde (2 antenatal, 1 postnatal) veya standart antenatal bakıma yönlendirilmiştir. Sonucunda ise EPDS skorunun; postpartum 6, 12 ve 24. haftalarda, kontrol grubuna kıyasla deney grubundakı daha düşük olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla, bu uygulama faydalı olabilmektedir (44).

2.2.11. Postpartum Depresyonda Ebelerin Roller

Anneliğe uyum aşaması olan postpartum dönem, kadının sağlığının yanı sıra bebeğinin ve ailesinin de sağlığını etkileyen bir dönemdir. Bu bakımdan postpartum

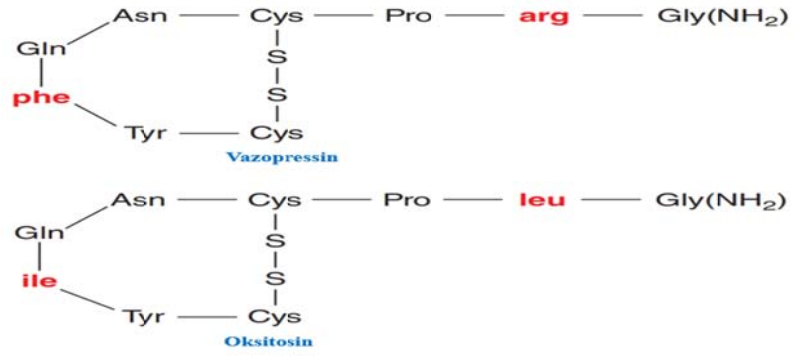
depresyon durumunda, kadının, bebeğinin ve ailesinin sağlığını korumak adına erken tanı ve tedavi büyük önem arz etmektedir. Gebelik dönemi ve postpartum dönemde, kadınlar ile en fazla iletişimde olan sağlık profesyonelleri ebelerdir. Bu nedenle kadının ruh sağlığı konusunda ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir.

PPD’de ebenin sorumlulukları:

- Postpartum dönemde, anne ve bebeğine kaliteli bakımı sürdürmek,
- Şartlar uygunsa, postpartum dönemde kadınlara ev ziyaretleri yapmak,
- Kadınlar ile iyi iletişim kurmak, anlayışlı ve iyi bir dinleyici olmak,
- Kadını bir bütün olarak ele alarak kişisel, tıbbi ve obstetrik öykülerini almanın yanı sıra kadının annelik rolüne uyumunu, bebeği ile kurduğu ilişkisini, kültürü, inançları ve aile yapısını, sosyal desteklerini, eş ve evlilik ilişkisini de değerlendirerek PPD risk saptaması yapmak,
- Yüksek riskli gruptaki kadınları uzman görüşüne yönlendirmek,
- Bilgi ihtiyacı olan kadınlara; postpartum dönemde meydana gelen değişimler ve doğru öz bakım uygulamaları, anne ve bebekte gelişebilecek sorunlar ve yapılması gerekenler, yenidoğan bakımı ve beslenmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmaktır (48-51).

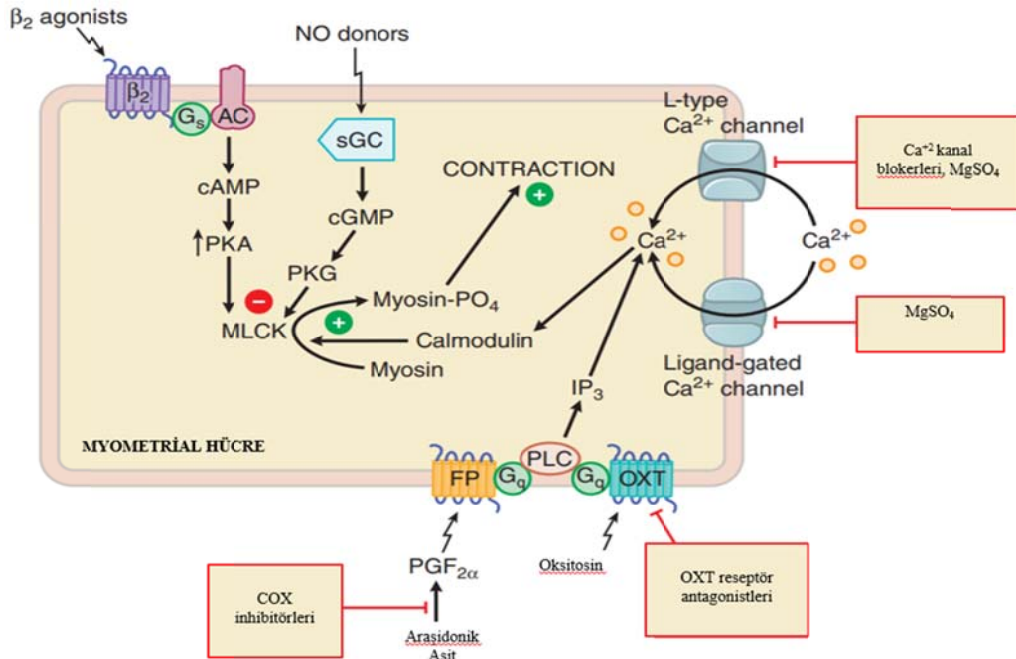
2.3. Oksitosin

Nörohipofizeal hormon olan oksitosin ve arginin vazopresin (Antidiüretik hormon/ADH), sadece farklı iki amino asit ile birbirinden ayrılan siklik nonapeptitlerdir (Şekil 2.1). Oksitosin (OT), hipotalamusun paraventriküler çekirdeklerindeki nöronlarda üretilen ve aksonlarında salgılanan arka hipofiz veya nörohipofizdeki nöronların aksonlarında depolanan nöropeptit hormondur. Nöral olmayan birkaç oksitosin kaynağı da adrenal medulla, plasenta, korpus luteum, timüs, retina, pankreas, osteoblast ve testislerin leyding interstitial hücreleridir (52,53).



Şekil 2.1. Vasopressin ve oksitosinin yapıları

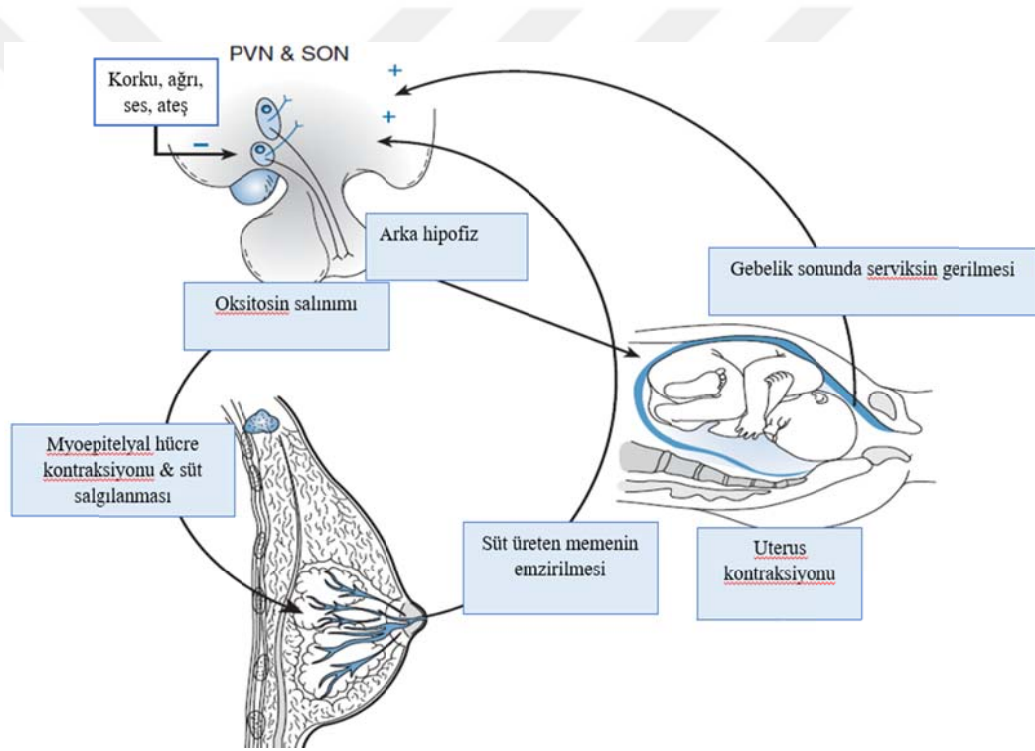
Oksitosin etki mekanizması, V1a ve V2 vazopressin reseptörleri ile yakından ilgili olan spesifik bir GPCR oksitosin reseptörü (OXTR) üzerinden gerçekleşmektedir. Myometriumdaki OXTR, G_q/G₁₁'e bağlanarak, PLC β -IP₃-Ca²⁺ yolunu aktive etmektedir. Bunun sonucunda gerilime duyarlı Ca²⁺ kanallarının aktivasyonu artmakta ve kasların kontraksiyonu uyarılmaktadır (Şekil 2.2). Uterus kontraksiyonunu daha da stimüle eden lokal prostaglandin üretimi, oksitosin etkisi ile artmaktadır (53).



Şekil 2.2. Uterin myometriumdaki oksitosin etki bölgeleri

Östrojen, prolaktin, beta-endorfinler ve dinorfin gibi endojen opioidler oksitosin salınımını etkileyebilmektedir. Oksitosin, vazopressin benzeri etkiye sahiptir. Süt

çıkmasını sağlayan meme glandlarındaki kanallarda ve salgı alveollerindeki myoepitelyal hücrelerde kontraksiyonlara yol açarak süt inişine yardımcı olmaktadır. Bebeğin memeyi emmesi, tekrar eden pozitif feedback mekanizmasıyla hipotalamusa iletilen ve oksitosin salınımına neden olan duyuşsal impulslara yol açmaktadır (Şekil 2.3) (14,52,53). Doğum başladığında; serviks gerilmekte ve arka hipofizden oksitosin salınımı için hipotalamusa uyarıcı impulslar gönderilmektedir. Bu oksitosin salınımı, daha güçlü uterus kontraksiyonları oluşmasını ve fetüsü daha güçlü itmeyi sağlamaktadır. Güçlü kontraksiyonlar, güçlü itme, serviks uyarısı, oksitosin salınımı ve daha güçlü kontraksiyonlar şeklinde devamlı bir pozitif feedback mekanizması (Ferguson refleksi) sonucunda doğum eylemi gerçekleşmektedir (Şekil 2.3) (14,54).

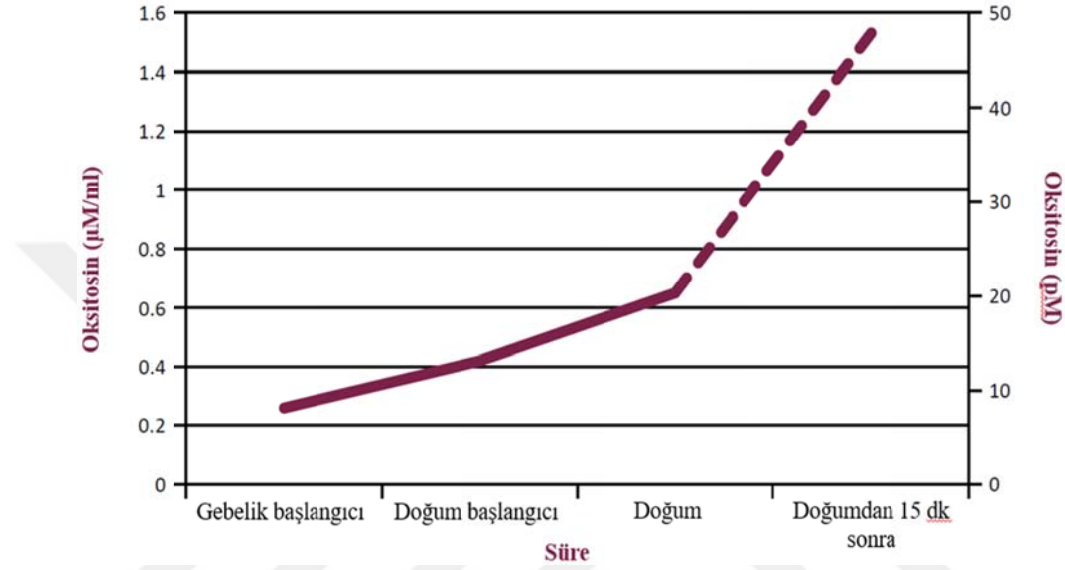


Şekil 2.3. Fizyolojik etkiler ve oksitosin salınımı

Oksitosin, antienflamatuar etkili bir hormondur. Doğum süresince bu özelliği sayesinde, anne ve bebeğe yardımcı olabilmektedir (14).

Oksitosin seviyeleri gebelik döneminde; artmış östrojen, maternal anksiyete ve stres sebebiyle genellikle giderek artış göstermektedir. Gebelikte artan kolesterol düzeyi de, OXTR bağlanmasını artırarak oksitosin düzeyinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Gebeliğin son dönemlerinde oksitosin düzeyi, multigravidalara kıyasla primigravidalarda daha yüksek seyretmektedir. Bu durum da, azalmış Oksitosin

sensitivitesi ve OXTR bağlanmasını göstermektedir. Oksitosin seviyesi doğuma kadar artış göstermektedir. Ancak doğumun II. Evresinden sonra, oksitosin seviyesinde dramatik bir artış izlenmekte ve bu artış postpartum erken evre süresince devam etmektedir (Şekil 2.4) (14). Yapılan çalışmalar, doğum sonu sekizinci haftadan sonra oksitosin düzeyinin azalmaya başladığını bildirmektedir (15).



Şekil 2.4. Kadınların gebelik başlangıcı, doğum ve doğum sonrası oksitosin düzeyleri

Oksitosin, hipotalamustan gelen uyarılarla hipofizden (maternal ve fetal kaynaklı) salınmaktadır. Stres gibi durumlarda hipotalamus uyarılacağından oksitosin salınımı baskılanabilmektedir (56). Stres, korku gibi durumlarda oksitosin, sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltmaktadır. Bunun sonucunda epinefrin (E, adrenalin) ve norepinefrin (NE, noradrenalin) seviyelerinde azalma meydana gelmektedir. Oksitosin aynı zamanda, HPA eksen (hypothalamic–pituitary–adrenal axis) aktivitesini ve kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH), beta-endorfinler (BE'ler) ve kortizol gibi strese cevap hormonlarını azaltmaktadır. Ancak bu hormonlar; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlar için fayda sağlamaktadır (53). Seksüel aktivite, emzirme, doğum gibi durumlarda ise oksitosin salınımı artmaktadır (56).

2.4. Oksitosinin Mental Sağlık Üzerine Etkisi ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi

Oksitosinin, psikolojik iyilik hali açısından önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Ancak bunun aksine; sevgi yoksunluğu, travma gibi durumların, düzensiz oksitosin salınımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (14).

Doğumda en önemli hormonlardan olan oksitosinin, annelik davranışı sergileme konusunda önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (56). Oksitosinden; “sevgi hormonu”, “güven hormonu” ve “sakinlik ve bağlanma hormonu” olarak söz edilmektedir. Oksitosin, fiziksel etkiler ile bedende; güçlü ve geniş fizyolojik, psiko-emosyonel ve davranışsal etkiler ile beyinde salgılanan bir hormondur (14). Oksitosin, kişiler arasındaki bağlanma ve güven konusunda önemli role sahiptir (21). Yapılan bir çalışmada oksitosinin eşler arasında bağlanmayı kolaylaştırdığı öne sürülmektedir. Ayrıca sarılma ile oksitosin seviyesi arasında olumlu bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Eşlerin birbirlerine iyi davranması ile daha yüksek oksitosin seviyeleri arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (57).

Gebelik başlangıcında, gebelerin anksiyete düzeylerinde azalmanın oksitosin artışına bağlı geliştiği düşünülmektedir. Bu dönemde artmış oksitosin ile postpartum maternal davranışlar (bakma, konuşma, dokunma vb.) arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (13,14). Gebelikte yüksek oksitosin düzeyleri, düşük oksitosin düzeylerine kıyasla; pozitif annelik davranışları, uzun dönem emzirme, güvenli bağlanma gibi durumlarını öngörmektedir. Ayrıca artmış oksitosin, postpartum dönemde üç ay emzirmenin öngörülmesini ve erken PPD riskinin azalmasına katkı sağlamaktadır (14,15).

Emzirme, anne ile bebek arasındaki duygusal bağlanmayı güçlendiren annelik hassasiyeti davranışlarına katkıda bulunmaktadır. Bebeğini sadece anne sütü ile besleyen anneler, formül mama ile besleyenlere kıyasla bu konuda daha hassas olabilmektedir. Bebeğinin ağlama sesini duyan annelerin, hipotalamuslarındaki değişimleri kıyaslayan bir çalışmada; emziren kadının hipotalamusunda daha fazla aktivasyon görüldüğü bildirilmektedir (58). Emzirme sırasında artan oksitosin seviyeleri annelerin; anksiyete düzeylerini azaltırken, sakinlik ve sosyal bağlanma isteklerini artırmaktadır (14).

Erken bağlanma, postpartum dönemde anne ve bebeğe olumlu katkılar sağlayan bir durumdur. Anne-bebek bağlanmasında, oksitosinin rolü büyüktür. Maternal merkezi sinir sisteminde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bazı fizyolojik hazırlıklar olmaktadır. OTRX aktivasyonu ile OT, beta-endorfinler gibi hormonların düzeyinde artışlar meydana gelmektedir. Bu hormonlar da, anne-bebek arasındaki bağlanma ve iletişime, emzirmeye, yenidoğan bakımı ve annelik adaptasyonuna, sosyal iletişime, anksiyete ve suça eğilimde azalmaya yardımcı olmaktadır. Multipar kadınlarda OTRX'deki merkezi artış, etkileşim ve emzirmeyi başlatmayı daha da kolaylaştırmaktadır. Ayrıca güvenli bağlanma yenidoğan üzerinde uzun dönem etkilere sahiptir. Çocukluk ve yetişkinlik döneminde sağlık ve iyi olma durumunu etkilemektedir (14,58). Güvensiz bağlanan yenidoğanlarda bu tampon etkisi oluşmamaktadır. Bu durum da, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir. Güvensiz bağlanma annede; stres ile başa çıkmada zorlanma, depresif ruh hali ve düşük oksitosin seviyeleri gibi durumlar gelişebilmektedir. Güvenli bağlanma ve emzirme maternal oksitosin seviyelerini artırmasından dolayı; anksiyete ve depresif ruh halinde azalmaya katkıda bulunmaktadır (58).

Oksitosin salınımı ile stres, anksiyete, kalp atım hızı, kan basıncı düzeylerinde azalma meydana gelmektedir. Bu bakımdan oksitosinin nörofizyolojisi potansiyel obstetrik etkilerinin yanı sıra, mental sağlık ve davranışsal etkileri sebebiyle klinik olarak bir öneme sahiptir (9,10,11). Yapılan bir araştırmada, depresyon ve HPA axis aktivitesi arasında iki farklı ilişki olduğu düşünülmektedir. HPA axis aktivitesi ile ilgili ilk görüş; beyinde fazla miktarda kortizol akışı sebebiyle toksik etki olarak görülmesidir. Bunun sonucunda da depresif semptomlar ortaya çıkmaktadır. İkinci görüş ise, ilk görüşün tam tersidir. HPA axis aktivitesi; beyindeki kortizol sirkülasyonuna direnç etkisi gösterdiği için kompanzasyon mekanizması şeklinde ortaya çıkmaktadır (30). HPA ve amigdala aktivitesi sosyal stres üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Oksitosin salınımı, amigdala ve HPA aktivitesini azalttığı için, anksiyete azaltma, ruh hali ve sosyal stresi iyileştirmede anksiyolitik bir etkisinin olduğu düşünülmektedir. Güvenli bağlanma, aşırı strese yanıt olarak HPA aktivasyonuna karşı bir tampon görevi görmektedir (9,10,11,58).

Psikolojik faktörler ve gebelik süreci PPD etyolojisi ile yakından ilgilidir. Erken postpartum dönem; emosyonel duyarlılık, endokrinolojik homeostazın bozulmasına yol

açmaktadır (13). Yapılan bir çalışmada, düşük oksitosin seviyesi; zayıf bağlanma ve maternal davranışlar, postpartum depresyon, kokain bağımlılığı, artmış stres ile ilişkilendirilmektedir (58). Bir başka çalışmada, PPD gelişmesinde düşük oksitosin seviyesinin etkisi olduğu kadar diğer faktörlerin de (çocuklukta istismar, ebeveynden ayrılma vb. gibi) etkisinin olduğunu vurgulamaktadır (55). Gebeliğin geç dönemlerinden, postpartum sekizinci haftaya kadar kadınların ruh halleri ile oksitosin düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; emzirme süresince oksitosin düzeyi düşük olan kadınların, yüksek olanlara kıyasla daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı görülmektedir (20).

Bu bakımdan, kadınların gebelik ve postpartum dönemde oksitosin düzeyleri ile PPD semptomlarının değerlendirilmesi, postpartum dönemi mental yönden daha sağlıklı geçirebilmelerine olanak sağlayacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı, araştırma tipi, araştırmanın yeri, zamanı, evreni ve örnekleme, araştırmanın değişkenleri, veri toplama araçları ve verilerin analiz işlemleri, araştırma planı ve takvimi, araştırmanın sınırlılıkları, etik kurul onayı ve izinlere dair bilgiler sunulmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kadınların gebelik ve postpartum oksitosin düzeyleri ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Hipotezleri

GH₀: Gebelik döneminde azalan oksitosin düzeyi ile gebelik ve postpartum depresyon semptomları arasında ilişki yoktur.

GH₁: Gebelik döneminde azalan oksitosin düzeyi ile gebelik ve postpartum depresyon semptomları arasında ilişki vardır.

PH₀: Postpartum dönemde azalan oksitosin düzeyi ile postpartum depresyon semptomları arasında ilişki yoktur.

PH₁: Postpartum dönemde azalan oksitosin düzeyi ile postpartum depresyon semptomları arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, iki aşamadan oluşan prospektif kohort çalışmasıdır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2019 – Şubat 2020 tarihleri arasında, Adana ilinin Seyhan, Yüreğir ve Çukurova ilçelerine bağlı 12 Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Adana'nın nüfus yoğunluğu en fazla olan ilk üç ilçeye (Seyhan, Yüreğir ve Çukurova) bağlı Aile Sağlığı Merkezi (ASM) oluşturmaktadır.

Seyhan’da 64, Yüreğir’de 30, Çukurova’da 27 ASM bulunmaktadır. Örnekleme dahil edilecek ASM seçimi, ilçelerin nüfus yoğunluğuna göre yapılmış olup, ASM sayılarının %10’u alınmıştır. Araştırmaya dahil edilecek ASM’ler kura yöntemi ile seçilmiştir. Seyhan’dan 6, Yüreğir’den 3 ve Çukurova’dan 3 ASM’de çalışma gerçekleştirilmiştir.

Eapen et al. (58) yaptığı çalışmadan hareketle, oksitosin ile postpartum depresyon semptomları arasındaki ilişki için gebelik sırasındaki ve sonrasındaki dönemlere ait korelasyon katsayısı baz alınarak; $r = -0.35$ için %5 hata ve %80 güçte minimum örneklem büyüklüğü 61 olarak belirlenmiştir. Çalışma süresince çalışmadan ayrılma durumu olabileceğinden %10 ’luk bir pay ile genişletilerek örneklem büyüklüğü 67 olarak belirlenmiştir.

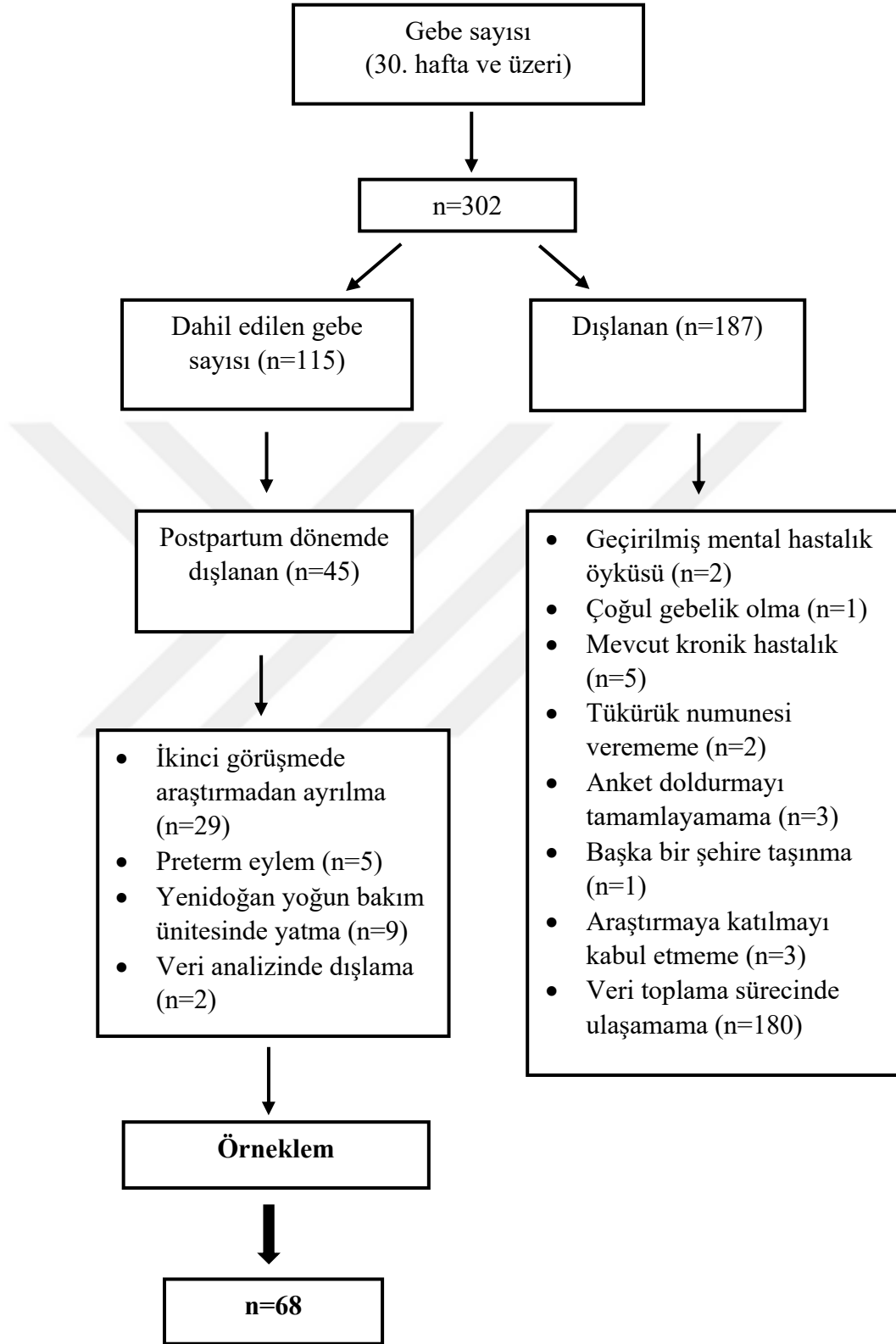
Örneklem seçiminde, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirlenmiştir. Araştırma kriterlerine uyan katılımcılar, örnekleme dahil edilmiştir (Şekil 3.1).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekildedir:

- Çalışmaya gönüllü olarak katılması,
- 20 yaş ve üzerinde olması,
- 30. hafta ve üzerinde gebelik olması,
- Sağlıklı ve tek fetüs/yenidoğan olması şeklindedir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri ise şu şekildedir:

- Geçirilmiş veya mevcut mental hastalık öyküsü,
- Antidepresan veya anksiyolitik ilaç kullanması,
- Mevcut maternal kronik hastalık olması,
- Adana dışında ikamet etmesi,
- Preterm eylem olması,
- Doğumda maternal veya neonatal komplikasyon olması,
- Yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde yatması şeklindedir.



Şekil 3.1. Araştırma Örneklem Şeması

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın esas değişkenleri olan oksitosin düzeyi, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmanın her iki aşamasında kullanılan diğer değişkenler ise bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen görüşme formları, EPDÖ ve BDE ile toplanmıştır (3,4,12-21,59-62). Veri toplama işlemi iki görüşmede yapılmıştır. İlk görüşme gebeliğin 30-38. haftasında, ikinci görüşme ise postpartum 4, 8 veya 12. haftalarda yapılmıştır. Veri toplama formunun ön uygulaması 10 gebeye yapılmış ve bu kişiler örnekleme dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrası, gerekli düzenlemeler yapılmış ve çalışma grubuna uygulanmıştır.

İlk Görüşme Veri Toplama Formu: Sosyo-demografik bilgileri sorgulayan 9, genel sağlık ve psikososyal etmenleri sorgulayan 11, gebelik dönemini sorgulamaya yönelik 13 olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

İkinci Görüşme Veri Toplama Formu: Doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgileri sorgulamaya yönelik 36 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği: Cox et al. (59) tarafından geliştirilen, Engindeniz (60) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan dördümlük likert tipi ölçektir. Depresyonu ölçmeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Puanlama sırasında 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde; 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10. maddeler ise 3, 2, 1, 0 şeklinde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak toplam 0-30 arasındadır. Ölçeğin kesme noktası 12/13 olarak alınmakta ve toplam puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar riskli grupta görülmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.79 şeklindedir (59,60).

Beck Depresyon Envanteri: Beck et al. (61) tarafında geliştirilen, Hisli (62) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan dördümlük likert tipi ölçektir. Depresyon semptomlarını ölçen 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde için puanlama 0-3 puan şeklindedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 aralığındadır. 0-13 puanda depresyon

semptomu yok, 14-19 puan düşük, 20-28 puan orta, 29-63 puan yüksek derecede depresyon semptom varlığına işaret etmektedir (61,62)

Oksitosin Ölçümü: Her iki görüşmede, kadınlardan oksitosin düzeyini belirlemek amacıyla tükürük numunesi alınmıştır. Yapılan çalışmalarda plazma ve tükürük oksitosin düzeyleri, merkezi oksitosin seviyeleri ile ilişkili bulunması sebebiyle bu çalışmada tükürük numunesi tercih edilmiştir (63,64). Numuneler, minimum 70 µL tükürük örneği olacak şekilde 1.5 ml'lik eppendorf tüplerde toplanmıştır. Alınan numuneler, soğuk zincire uyararak Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'ndaki derin dondurucuya götürülmüş ve incelenmenin yapıldığı güne kadar -80 °C de bekletilmiştir.

3.8. Uygulama Aşaması

Araştırma izni çalışmanın yürütüleceği kurumlara tebliğ edildikten sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Araştırmaya katılma kriterlerine uyan gebeler tespit edilmesinde kurumda çalışan ebeler ve doktorlardan destek alınmıştır.

İlk görüşmede gebelerin genellikle üçüncü veya dördüncü gebelik izlemi (30-38. hafta) için ASM'ye çağrıldığı günler tercih edilmiştir. İkinci görüşme ise bebeğin aşı izlemi için geldiği 4, 8 veya 12. haftalarda yapılmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra katılmak isteyenlerden aydınlatılmış onam alınmıştır. İlk görüşmede kadınlar, ilk görüşme formu, EPDÖ ve BDE'yi doldurmuştur. İkinci görüşmede ise kadınlar, ikinci görüşme formu, EPDÖ ve BDE'yi doldurmuştur. Görüşmeler, gebe veya aşı izlem odalarında gerçekleştirilmiş olup, ortalama 10-20 dakika sürmüştür. Bebeğin boy, kilo izlemleri not edilmiş ve o bilgilere göre bebeğin gelişimi de değerlendirilmiştir. Her görüşmede ilk olarak veri toplama formu uygulanmış, akabinde tükürük numunesi alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi

Veriler, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlılık değeri (p) $p < 0,05$ alınmıştır.

EPDÖ cut-off değeri 12 alınmış ve katılımcılar, PPD riski olan ve olmayanlar şeklinde gruplara ayrılmıştır. PPD risk grubuna göre tanıtıcı ve obstetrik özellikleri değerlendirmede, Student's T-testi ve Ki-Kare (χ^2) testi kullanılmıştır.

Oksitosin düzeyi, EPDÖ ve BDE verileri normal dağılım göstermediğinden, veri analizinde nonparametrik testler tercih edilmiştir. Gebelik ve postpartum dönemde oksitosin düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla Kruskal-Wallis Test ve Mann-Whitney Test kullanılmıştır.

PPD semptom varlığına göre oksitosin düzeylerindeki değişimi incelemek için Wilcoxon Rank Test, MANOVA yapılmıştır.

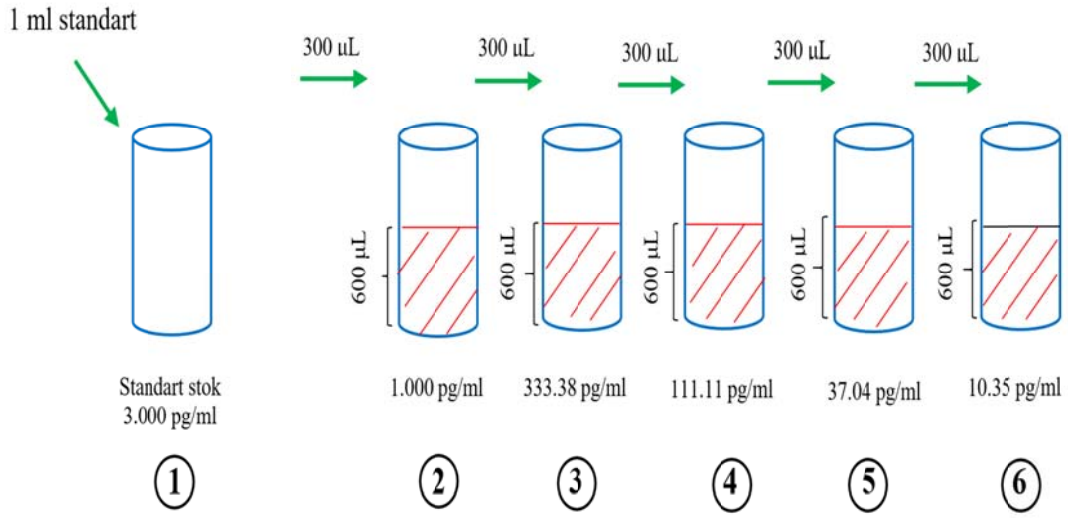
Oksitosin düzeyi, gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları (EPDÖ ve BDE) arasındaki ilişki Spearman's Korelasyon, Partial Korelasyon ve Linear regresyon modeli ile analiz edilmiştir.

Postpartum depresyon semptomları tanısında, gebelik dönemi ve postpartum dönem oksitosin düzeylerinin etkisini değerlendirmek için ROC eğrisi (Receiver Operating Characteristic) kullanılmıştır (65).

Numunelerin analizi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Numunelerin incelenmesinde ELISA-Kit-for-Oxytocin-(OT) kullanılmıştır.

Oksitosin analizi için dilüsyon işlem basamakları şu şekildedir:

- Standart ana stok olarak hazırlandı. 1 ml standart dilüent eklenerek 3.000 pg/ml stok hazırlandı. Aşağıdaki şekildeki gibi seri dilüsyon yapıldı (Şekil 3.2).
- Detection A ve B = 100x'i 1x'e dilüe edildi.
- Wash Buffer= 30x'i 1'e dilüe edildi.



Şekil 3.2. Oksitosin dilüsyonu işlem basamakları

Oksitosin Analizi İçin Uygulanan Prosedür

- 96 testlik playt standartlar en düşük konsantrasyondan başlayarak sırası ile kuyucuklara eklendi. Daha sonra birinci örnekten başlayarak örnekler kuyucuklara eklendi.
- Üzerine 50 µL Detection A solüsyonu eklendi.
- 1 saat 37°C de inkübasyon yapıldı.
- 4x350 µL'de her kuyucuk yıkandı.
- Üzerine Detection B 100 µL eklendi.
- 30 dakika inkübasyon yapıldı.
- 5x350 µL'de her kuyucuk yıkandı.
- Üzerine 90 µL substrat solution eklendi. 10-20 dakika inkübasyona bırakıldı. Renk değişimi gözlendi. Renk, maviye dönüştü.
- Üzerine 50 µL stop solution eklenerek mavi olan renk sarıya dönüştü.
- 450 nm dalga boyunda okuma cihazında okundu.

3.10. Araştırma Planı ve Takvimi

Çalışmanın tasarı aşamasından makaleye dönüştürülme aşamasına gelmesi bir yıllık süreci kapsamaktadır (Şekil 3.3).

Yapılacak iş	AYLAR																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Literatür taraması	x	x	x	x	x	x																		
Verilerin toplanması				x	x	x	x	x																
Verilerin analizinin yapılması									x															
Bulguların yazılması										x														
Tez raporunun yazılması											x													
Tezin makaleye dönüştürülmesi												x												

Şekil 3.3. Araştırma Planı ve Takvimi

3.11. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler

Aydınlatılmış onam formunu da içeren veri toplama formları eklerde sunulmuştur (Ek 1-3). Araştırma proje aşamasında etik kurul onayı için, “Gebelerin Oksitosin Düzeyleri ile Postpartum Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlığı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’na başvurulmuş ve kurulun 05.07.2019 tarihli, 90 sayılı toplantısında alınan 38 numaralı kararla araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur (Ek-4).

Çalışmanın veri toplama aşaması, Helsinki Bildirgesi’ne uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan aydınlatılmış onam formu ile yazılı izin alındıktan sonra veri ve numuneler toplanmıştır (Ek-3).

Ayrıca bu çalışma için Clinical Trials Protokol Kayıt ve Sonuçlar Sistemi’ne online başvuru yapılmış ve “NCT04427410” araştırma kodu alınmıştır (Ek-5).

3.12. Araştırma Destekleri ve Finansman

Çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi birimi tarafından TYL-2019-12476 proje kodu ile desteklenmiştir (Ek-6).

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Annelere ek olarak babaların da araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Ancak, bebek izlemelerine genelde annelerin yalnız gelmesi sebebiyle, babalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Oksitosin düzeyini ölçmek için invaziv bir girişim olan merkezi konsantrasyon yerine, periferik konsantrasyon tercih edilmiştir. İki aşamada yapılan bu prospektif kohort çalışma için verilerin üç ayrı ilçeden toplanması, kişilere ulaşmayı zorlaştırmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları yer almıştır. Bulgular dört temel kısımda sunulmuştur:

- İlk kısımda, katılımcıların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bilgilerine,
- İkinci kısımda, katılımcıların postpartum depresyon semptomlarına ilişkin bilgilerine,
- Üçüncü kısımda, katılımcıların oksitosin düzeylerine ilişkin bilgilerine,
- Dördüncü kısımda ise, katılımcıların oksitosin düzeyi ile postpartum depresyon semptomları arasındaki ilişkiye ait bilgilerine yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistik bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler (n=68)	n	%
Yaş		
20-24 yaş	8	11,8
25-34 yaş	51	75,0
35 yaş ve üzeri	9	13,2
Eğitim durumu		
Okur-yazar	3	4,4
İlkokul	12	17,6
Ortaokul	12	17,6
Lise	14	20,6
Üniversite ve üzeri	27	39,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	36,8
Çalışmıyor	43	63,2
Sosyal güvence		
Var	59	86,8
Yok	9	13,2
Algılanan gelir düzeyi		
İyi	22	32,4
Orta	43	63,2
Kötü	3	4,4
Aile tipi		
Çekirdek aile	61	89,7
Geniş aile	7	10,3
Evlilik süresi		
0-1 yıl	10	14,7
2-4 yıl	18	26,5
5 yıl ve üzeri	40	58,8
Bağımlılık yapıcı alışkanlık		
Alışkanlık yok	57	83,8
Sigara kullanımı	11	16,2
Egzersiz yapma durumu		
Hiç	36	52,9
Hafif egzersiz	28	41,2
Orta egzersiz	4	5,9
İkamet edilen ilçe		
Seyhan	23	33,8
Yüreğir	22	32,4
Çukurova	23	33,8

Tablo 4.1’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $29,65 \pm 4,57$ (min 20, max 39)’dur. Kadınların %75’inin 25-34 yaş grubunda olduğu, %39,8’inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, %36,8’inin çalıştığı, %86,8’inin sosyal güvenceye ve %63,2’sinin orta gelir düzeyine sahip olduğu, %89,7’sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %58,8’inin evlilik süresinin beş yıl ve daha uzun olduğu, %16,2’sinin sigara kullandığı, %41,2’sinin hafif egzersiz yaptığı, %33,8’inin Seyhan’da yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).



Tablo 4.2. Katılımcıların Gebelik Dönemine Genel İlişkin Özellikleri

Kadınların Gebelik Dönemine Ait Özellikleri (n=68)	n	%
Gebelik sayısı		
Primigravida	20	29,4
Multigravida	48	70,6
Düşük veya ölü doğum öyküsü		
Var	16	23,5
Yok	52	76,5
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	23	33,8
Bir	28	41,2
İki	11	16,2
Üç ve üzeri	6	8,8
İlk gebelik yaşı		
20-24 yaş	32	47,1
25-34 yaş	36	52,9
Gebelik arası süre (n=48)		
0-1 yıl	8	13,2
2-4 yıl	20	29,4
5 yıl ve üzeri	20	29,4
Gebelik haftası		
30-34. hafta	28	41,2
35. hafta ve üzeri	40	58,8
Gebeliği isteme durumu		
Planlı gebelik	47	69,1
Plansız gebelik	21	30,9

Tablo 4.2’de katılımcıların gebelik dönemlerine ait genel özelliklerine yer verilmiştir. Katılımcıların %70,6’sının multigravida, %23,5’inin düşük veya ölü doğum öyküsü bulunduğu, %33,8’inin çocuk sahibi olmadığı, %52,9’unun 25-34 yaşında ilk gebeliğini yaşadığı, %29,4’ünün gebelik arası süresinin beş yıl veya daha uzun olduğu, %58,8’inin 35. hafta ve üzeri gebelik olduğu ve %30,9’unun plansız gebelik olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların Gebelik Takiplerine İlişkin Özellikleri

Kadınların Gebelik Takiplerine Ait Özellikler (n=68)	n	%
Antenatal takibe düzenli gitme durumu		
Düzenli takip	66	97,1
Düzensiz takip	2	2,9
Antenatal takip yeri		
Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	13	19,1
Devlet Hastanesi	15	22,1
Özel Hastane	37	54,4
Aile Sağlığı Merkez	3	4,4
Gebe eğitimi alma durumu		
Eğitim aldı	35	51,5
Eğitim almadı	33	48,5
Gebe eğitimi alma yeri (n=35)		
Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	11	16,2
Özel Hastane	3	4,4
Aile Sağlığı Merkez	21	30,9
Folik asit, demir, D vitamini desteği*		
Folik asit kullanma	55	80,9
Demir kullanma	66	97,1
D vitamini kullanma	57	83,8

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği soru

Tablo 4.3'te katılımcıların gebelik takiplerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Katılımcıların gebelik takiplerine ilişkin özelliklere yer verilmiştir. Katılımcıların %97,1'inin düzenli antenatal takip aldığı, %54,4'ünün antenatal takibinin özel hastanede olduğu, %51,5'inin gebe eğitimi aldığı, %30,9'unun gebe eğitimini ASM'de aldığı, %83,8'inin D vitamini kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların Gebelik Döneminde Duygudurum ve Sosyal Destek Özellikleri

Kadınların Gebelik Döneminde Sosyal Destek Bilgileri (n=68)	n	%
Gebelikte eş desteği		
Her zaman	53	77,9
Bazen	15	22,1
Gebelikte evlilik ilişkisi		
İyi	60	88,2
Orta	8	11,8
Gebeliği öğrendiğinde duygudurum*		
Mutlu-sevinçli	49	72,1
Heyecanlı	18	26,5
Duygusal	13	19,1
Korkmuş	4	5,9
Üzgün-mutsuz	6	8,8
Nötr- bir şey hissetmeme	2	2,9
Prenatal bağlanma		
İyi	44	64,7
Orta	21	30,9
Kötü	3	4,4
Annelik korkusu		
Çoğu zaman	4	5,9
Bazen	24	35,3
Hiçbir zaman	40	58,8
Doğum korkusu		
Çok fazla	18	26,5
Orta	27	39,6
Az	5	7,4
Hiç	18	26,5

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği soru

Tablo 4.4'te katılımcıların gebelik dönemindeki duygudurum ve sosyal desteklerine ilişkin bilgilerine yer verilmiştir. Katılımcıların %77,9'unun her zaman eş desteği aldığı ve %88,2'sinin evlilik ilişkisinin iyi olduğu, %72,1'inin gebe olduğunu öğrenince mutlu hissettiği, %64,7'sinin prenatal bağlanmasının iyi olduğu, %58,8'inde annelik korkusu ve %26,5'inde ise doğum korkusu olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların Doğum ve Duygudurumlarına İlişkin Bilgiler

Kadınların Doğumlarına Ait Özellikler (n=68)	n	%
Doğum haftası		
37-40. hafta	66	97,1
41. hafta ve sonrası	2	2,9
Doğum yapılan yer		
Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	28	41,2
Devlet Hastanesi	3	4,4
Özel Hastane	37	54,4
Doğum şekli		
Müdahalesiz normal doğum	10	14,7
Müdahaleli normal doğum	10	14,7
Sezaryen	48	70,6
Doğumda indüksiyon uygulanma durumu		
Uygulandı	6	8,8
Uygulanmadı	62	91,2
Doğumda duygudurum*		
Mutlu-sevinçli	33	48,5
Heyecanlı	26	38,2
Duygusal	26	38,2
Korkmuş	32	47,1
Üzgün-mutsuz	1	1,5
Nötr-bir şey hissetmeme	2	2,9
Doğum sonrası kontrol		
Kontrole gitti	66	95,6
Kontrole gitmedi	3	4,4
Doğum sonrası kontrol yeri (n=65)		
Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	28	41,1
Devlet Hastanesi	1	1,5
Özel Hastane	36	54,4

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği soru

Tablo 4.5'te katılımcıların doğum ve duygudurumlarına ait bilgilerine yer verilmiştir. Katılımcıların %97,1'inin doğum zamanının 37-40. hafta, %54,4'ünün doğum yerinin özel hastane ve %70,6'sının doğum şeklinin sezaryen olduğu, %8,8'ine indüksiyon uygulandığı, %48,5'inin doğum sırasında mutlu hissettiği, %95,6'sının doğum sonu kontrolüne gittiği, %54,4'ünün kontrolünün özel hastanede olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların Yenidoğan ve Emzirme Durumlarına Ait Bilgiler

Yenidoğana Ait Özellikler (n=68)	n	%
Bebek cinsiyeti		
Erkek	28	41,2
Kız	40	58,8
Bebegin doğum kilosu		
2400 gram ve altı	4	5,9
2500-3999 gram	63	92,6
4000 gram ve üzeri	1	1,5
Bebegin doğum boyu		
40-45 cm	5	7,4
46-52 cm	57	83,8
53 cm ve üzeri	6	8,8
Postpartum dönem haftası		
4.Hafta	20	29,4
8.Hafta	23	33,8
12.Hafta	25	36,8
Bebegin gelişimi		
Haftası ile uyumlu	63	92,6
Haftasından geride	5	7,4
İlk emzirme zamanı		
Hiç	3	6,4
0-30 dakika	57	83,8
31-60 dakika	8	11,8
Bebek beslenmesi		
Sadece anne sütü	46	67,6
Anne sütü ve formül mama	17	25,0
Formül mama	5	7,4
Emzirme süresi		
Hiç	2	2,9
Birkaç hafta	3	4,4
Halen	63	92,6
Günlük emzirme sıklığı (n=65)		
1-10 kez (3 saat ve üzeri aralıklarla)	27	38,6
11-19 kez (ortalama 2 saat aralıkla)	33	47,1
20 kez ve üzeri (ortalama 1 saat aralıkla)	5	7,1
Emzik ve biberon kullanımı		
Kullanmıyor	28	41,2
Emzik	22	32,4
Biberon	7	10,3
Emzik ve biberon	11	16,2

Tablo 4.6’da katılımcıların yenidoğan ve emzirme durumlarına ait bilgilere yer verilmiştir. Katılımcıların %58,8’inin kız bebeği olduğu, %92,6’sının bebeğinin 2500-3999 gram doğduğu, %83,8’inin bebeğinin doğum boyunun 46-52 cm olduğu, %36,8’inin postpartum 12. haftada olduğu, %92,6’sının bebeğinin gelişiminin haftasına göre uyumlu olduğu, %83,8’inin emzirmeye ilk yarım saat içinde başladığı, %67,6’sının sadece anne sütü ile bebeğini beslediği, %92,6’sının bebeğini halen emzirdiği, %47,1’inin ortalama iki saat aralıkla bebeğini emzirdiği, %41,2’sinin emzik veya biberon kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).



Tablo 4.7. Katılımcıların Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne İlişkin Algıları

Kadınların Bebek Bakımına İlişkin Algıları (n=68)	n	%
Bebek bakımı		
Sadece kendisi	36	52,9
Kendisi ve eşi	10	14,7
Kendisi ve yakınları	21	30,9
Kendisi ve bakıcı	1	1,5
Bebek bakımı yeterlilik algısı		
Yeterli	63	92,6
Orta	4	5,9
Yetersiz	1	1,5
Bebek bakımı algısı		
Kolay	23	33,8
Normal	26	38,3
Zor	19	27,9
Annelik rolünde yeterlilik algısı		
Yeterli	56	82,4
Orta	12	17,6
Bebeğe karşı duygudurum		
Şefkatli-sevecen	68	100,0
Bebek ile bağlanma durumu		
Çok iyi	62	91,2
Orta-yeterli	6	8,8
Bebeğe karşı koruyuculuk durumu		
Aşırı	46	67,6
Normal	22	32,4
Emzirme yeterlilik algısı		
Yeterli	47	69,1
Orta	16	24,5
Yetersiz	1	1,5
Bebeğin cinsiyetinden memnuniyet		
Her iki ebeveyn de memnun	68	100,0

Tablo 4.7’de katılımcıların bebek bakımı ve annelik rolüne ilişkin algılarına yer verilmiştir. Katılımcıların %52,9’unun bebek bakımını sadece kendisi yaptığı, %92,6’sının kendisini bebek bakımı konusunda yeterli hissettiği, %27,9’unun bebek bakımını zor bir eylem olarak gördüğü, %82,4’ünün kendisini annelik rolünde yeterli gördüğü, hepsinin bebeğe karşı sevecen duygular hissettiği, %91,2’sinin bebeği ile çok iyi iletişim kurduğu, %67,6’sının bebeğe karşı aşırı koruyucu duygular hissettiği, %69,1’inin emzirmede kendisini yeterli gördüğü ve tüm çiftlerin bebeklerinin cinsiyetinden memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).



Tablo 4.8. Katılımcıların Postpartum Döneme Ait Sosyal ve Günlük Yaşam Özellikleri

Kadınların Postpartum Döneme Ait Sosyal ve Günlük Yaşam Özellikleri (n=68)	n	%
Doğum sonu dönemde eş desteği		
Yeterli	65	95,6
Yetersiz	3	4,4
Doğum sonu evlilik ilişkisi		
İyi	60	88,3
Orta	6	8,8
Kötü	2	2,9
Doğum sonu izin durumu (n=25)		
Ücretli izin	22	32,4
Ücretsiz izin	3	4,4
Doğum sonu dönemin günlük yaşama etkisi		
Hiç	15	22,1
Biraz	46	67,6
Çok fazla	7	10,3
Doğum sonu stres faktörü		
Evet	16	23,5
Hayır	52	76,5

Tablo 4.8’de katılımcıların postpartum döneme ait sosyal ve günlük yaşam özelliklerine yer verilmiştir. Katılımcıların %95,6’sının doğum sonu eş desteğinin yeterli olduğu, %88,3’ünün evlilik ilişkisinin iyi olduğu, %32,4’ünün ücretli izinde olduğu, %67,6’sının doğum sonu dönemde günlük yaşantısının biraz etkilendiği ve %23,5’inin bu dönemde stres faktörü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

4.2. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarına İlişkin Bilgiler

Bu bölümde, katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomlarına ilişkin bilgileri yer almaktadır.

Tablo 4.9. Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarına Ait Ölçek Puanları

Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomları Ölçek Puanları (n=68)			
Gebelik Dönemi Depresyon Semptomları	*Ort±SS	Min	Max
EPDÖ₁	7,10±4,77	1,00	21,00
BDE₁	9,75±5,75	1,00	32,00
Postpartum Dönem Depresyon Semptomları	*Ort±SS	Min	Max
EPDÖ₂	8,63±4,80	1,00	25,00
BDE₂	11,58±7,29	1,00	34,00

**Medyan (Nonparametrik dağılım)*

EPDÖ₁: Gebelik Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₁: Gebelik Beck Depresyon Envanteri

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

Tablo 4.9’da katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomlarını değerlendiren ölçek puanlarına yer verilmiştir. Katılımcıların, gebelik döneminde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden ortalama 7,10±4,77; Beck Depresyon Envanterinden ortalama 9,75±5,75 puan aldığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde ise katılımcıların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden ortalama 8,63±4,80; Beck Depresyon Envanterinden ortalama 11,58±7,29 puan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Ölçeklerin güvenirlik analizi yapıldığında; EPDÖ cronbach alpha değeri 0,78 iken, BDE cronbach alpha değeri 0,80 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Gebelik Dönemi ve Postpartum Döneme Göre Depresyon Semptomlarındaki Değişim

Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarındaki Değişimler (n=68)			
	Ort±SS	Z	p
EPDÖ ₁	7,10±4,77	-2,913	0,004*
EPDÖ ₂	8,63±4,80		
BDE ₁	9,75±5,75	-2,374	0,018*
BDE ₂	11,58±7,29		

*Medyan (Nonparametrik dağılım)

*Wilcoxon Test

EPDÖ₁: Gebelik Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₁: Gebelik Beck Depresyon Envanteri

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

Tablo 4.10’da katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum döneme göre depresyon semptomlarındaki değişimlerine yer verilmiştir. Yapılan nonparametrik test sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

EPDÖ’ye göre gebelik dönemi ile postpartum dönem depresyon semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,913$, $p=0,004$). Postpartum dönemde, gebelik dönemine kıyasla depresyon semptomları artmıştır (Tablo 4.10).

BDE’ye göre gebelik dönemi ile postpartum dönem depresyon semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,374$, $p=0,018$). Postpartum dönemde, gebelik dönemine kıyasla depresyon semptomları artmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomlarının Görülme Oranı

Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönemde Depresyon Semptomlarının Görülme Oranı (n=68)		
Gebelik Depresyon Semptomları	Var n(%)	Yok n(%)
EPDÖ₁	11(16,2)	57(83,3)
BDE₁		
Düşük semptom	12(17,6)	53(78)
Orta semptom	1(1,5)	
Yüksek semptom	2(2,9)	
Postpartum Depresyon Semptomları	Var n(%)	Yok n(%)
EPDÖ₂	17(25)	51(75)
BDE₂		
Düşük semptom	10(14,7)	44(64,7)
Orta semptom	10(14,7)	
Yüksek semptom	4(5,9)	

EPDÖ₁: Gebelik Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₁: Gebelik Beck Depresyon Envanteri

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

Tablo 4.11’de katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları yaşama oranına yer verilmiştir. Katılımcıların gebelik döneminde EPDÖ’ye göre %16,2 oranında semptom yaşarken; BDE’ye göre %17,6 düşük, %1,5 orta, %2,9 yüksek semptom yaşadığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde EPDÖ’ye göre %17 oranında semptom yaşarken; BDE’ye göre %14,7 düşük, %14,7 orta, %5,9 yüksek semptom yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Tanıtıcı Özelliklere Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Yaş						
20-24 yaş	2	11,8	6	11,8	0,044	0,978 ¹
25-34 yaş	13	76,4	38	74,5		
35 yaş ve üzeri	2	11,8	7	13,7		
Eğitim durumu						
Okur-yazar	2	11,8	1	2,0	12,684	0,013¹
İlkokul	7	41,2	5	9,8		
Ortaokul	2	11,8	10	19,6		
Lise	2	11,8	12	23,5		
Üniversite ve üzeri	4	23,4	23	45,1		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	3	17,6	22	43,1	3,563	0,083 ²
Çalışmıyor	14	82,4	29	56,9		
Sosyal güvence						
Var	12	70,6	47	92,2	5,165	0,037²
Yok	5	29,4	4	7,8		
Algılanan gelir düzeyi						
İyi	3	17,6	19	37,3	3,825	0,148 ²
Orta	14	82,4	29	56,9		
Kötü	0	0,0	3	5,8		
Aile tipiniz						
Çekirdek aile	14	82,4	47	92,2	1,327	0,355 ²
Geniş aile	3	17,6	4	7,8		
Evlilik süresi						
0-1 yıl	0	0	10	19,6	4,133	0,127 ¹
2-4 yıl	6	35,3	12	23,5		
5 yıl ve üzeri	11	64,7	29	56,9		
İkamet edilen ilçe						
Seyhan	8	47,1	15	29,4	4,506	0,105 ¹
Yüreğir	7	41,2	16	31,4		
Çukurova	2	11,7	20	39,2		
Bağımlılık yapıcı alışkanlık						
Alışkanlık yok	11	64,7	46	90,2	6,110	0,036³
Sigara kullanımı	6	35,3	5	9,8		
Egzersiz yapma durumu						
Hiç	11	64,7	25	49,0	1,354	0,508 ¹
Hafif egzersiz	5	29,4	23	45,1		
Orta egzersiz	1	5,9	3	5,9		

X²: Ki-Kare Testi, p: Anlamlılık Değeri¹Pearson Ki-Kare Testi, ²Fisher's Ki-Kare Testi, ³Continuity Düzeltmeli Test

Tablo 4.12’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre postpartum depresyon (PPD) semptomlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %76,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %74,5’inin 25-34 yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir. PPD semptomlarına göre katılımcıların yaş grupları birbirine benzer bulunmuştur ($X^2=0,044$, $p=0,978$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %41,2’i ilkokul düzeyinde eğitim almışken, PPD semptomları olmayan grubun %45,1’i üniversite ve üzerinde eğitim almıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=12,684$, $p=0,013$). PPD semptomu olanlar, diğerlerine kıyasla daha düşük eğitim seviyesine sahiptir (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %17,6’sı, PPD semptomları olmayan grubun %43,1’i çalışmaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=3,563$, $p=0,083$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %29,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %7,8’inin sosyal güvencesi yoktur. PPD semptomlarına göre katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=5,165$, $p=0,037$). PPD semptomu olanların sosyal güvenceye sahip olma durumları daha azdır (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %56,9’unun gelir düzeyi iyidir. PPD semptomlarına göre katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=3,825$, $p=0,148$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ü, PPD semptomları olmayan grubun %92,2’si çekirdek ailedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların aile tipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=1,327$, $p=0,355$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %64,7’si, PPD semptomları olmayan grubun %56,9’u 5 yıl ve daha uzun süredir evlidir. PPD semptomlarına göre katılımcıların evlilik süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=4,133$, $p=0,127$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %47,1'i, PPD semptomları olmayan grubun %29,4'ü Seyhan ilçesinde ikamet etmektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların ikamet ettikleri ilçeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=4,506$, $p=0,105$) (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %35,3'ü, PPD semptomları olmayan grubun %9,8'i sigara kullanmaktadır. PPD semptomlarına katılımcıların bağımlılık yapıcı alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=6,110$, $p=0,036$). PPD semptomu olanların, diğerlerine kıyasla sigara kullanma oranı daha yüksektir (Tablo 4.12).

PPD semptomları olan grubun %64,7'si, PPD semptomları olmayan grubun %49'u herhangi bir egzersiz yapmamaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2=1,354$, $p=0,508$) (Tablo 4.12)

Tablo 4.13. Obstetrik Özelliklere Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Gebelik sayısı						
Primigravida	3	17,6	17	33,3	1,511	0,219 ¹
Multigravida	14	82,4	34	66,7		
Yaşayan çocuk sayısı						
Yok	2	11,8	21	41,2	5,955	0,114 ¹
Bir	10	58,8	18	35,3		
İki	4	23,5	7	13,7		
Üç ve üzeri	1	5,9	5	9,8		
Düşük ve ölü doğum öyküsü						
Var	4	23,5	12	23,5	0,000	>0,999 ²
Yok	13	76,5	39	76,5		
Gebeliği isteme durumu						
Planlı gebelik	9	52,9	38	74,5	2,779	0,173 ³
Plansız gebelik	8	47,1	13	25,5		

X²: Ki-Kare Testi, p: Anlamlılık Değeri

¹Pearson Ki-Kare Testi, ²Fisher's Ki-Kare Testi, ³Continuity Düzeltmeli Test

Tablo 4.13'te katılımcıların obstetrik özelliklerine göre PPD semptomları yaşama durumlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %82,4'ünün, PPD semptomları olmayan grubun %66,7'sinin multigravida olduğu belirlenmiştir. PPD semptomlarına göre parite durumları birbirine benzer bulunmuştur (X²=1,511; p=0,219) (Tablo 4.13).

PPD semptomları olan grubun %11,8'i, PPD semptomları olmayan grubun %41,2'si çocuk sahibi değildir. PPD semptomlarına göre katılımcıların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (X²=5,955, p=0,114) (Tablo 4.13).

PPD semptomları olan ve olmayan grubun düşük veya ölü doğum öyküsü vardır. PPD semptomlarına göre katılımcıların düşük veya ölü doğum öyküleri benzerdir (X²=0,000, p>0,999) (Tablo 4.13).

PPD semptomları olan grubun %47,1'inin, PPD semptomları olmayan grubun %25,5'inin gebeliği plansız gebeliktir. PPD semptomlarına göre katılımcıların gebeliği isteme durumları benzerdir ($X^2=0,779$, $p=0,713$) (Tablo 4.13).



Tablo 4.14. Gebelik Dönemi Sosyal Destek ve Duyguduruma Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Gebelik Dönemi Sosyal Destek ve Duygudurumları (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Gebeliği öğrendiğinde duygudurum*						
Mutlu-sevinçli	9	52,9	40	79,4	4,115	0,086 ¹
Heyecanlı	4	23,5	14	27,5	0,101	>0,999 ¹
Duygusal	4	23,5	9	17,6	0,285	0,723 ¹
Korkmuş	1	5,9	3	5,9	0,000	>0,999 ¹
Üzgün-mutsuz	3	17,6	3	5,9	2,194	0,160 ¹
Nötr	0	0,0	2	3,9	0,687	>0,999 ¹
Gebelikte eş desteği						
Her zaman	11	64,7	42	82,4	2,309	0,177 ¹
Bazen	6	35,3	9	17,6		
Gebelikte evlilik ilişkisi						
İyi	13	76,5	47	92,2	3,022	0,100 ¹
Orta	4	23,5	4	7,8		
Prenatal bağlanma						
Çoğu zaman	7	41,2	37	72,5	6,638	0,036²
Bazen	8	47,1	13	25,5		
Hiçbir zaman	2	11,7	1	2,0		
Annelik korkusu						
Çoğu zaman	2	11,7	2	3,9	3,422	0,181 ²
Bazen	8	47,1	16	31,4		
Hiçbir zaman	7	41,2	33	64,7		
Doğum korkusu						
Çok fazla	8	47,6	10	19,6	6,864	0,076 ²
Orta	4	23,6	23	45,1		
Az	0	0,0	5	9,8		
Hiç	5	27,8	13	25,5		

*Birden fazla seçenek işaretlenen soru,

X²: Ki-Kare Testi,

¹Fisher's Ki-Kare Testi, ²Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.14’de katılımcıların gebelik dönemi sosyal destek ve duygudurumlarına göre PPD semptomları yaşama durumlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %17,6’sı, PPD semptomları olmayan grubun %5,9’u gebeliğini öğrendiğinde kendisini üzgün hissetmiştir ($X^2=2,194$, $p=0,160$). PPD semptomlarına göre katılımcıların gebeliğini öğrendiğinde hissettiği duygular benzerdir (Tablo 4.14).

PPD semptomları olan grubun %64,7’si, PPD semptomları olmayan grubun %82,4’ü gebelik döneminde eşinden her zaman destek görmektedir. Eşinden destek görmeyen katılımcı yoktur. PPD semptomlarına göre katılımcıların eş desteği durumları benzerdir ($X^2=2,309$, $p=0,177$) (Tablo 4.14).

PPD semptomları olan grubun %76,5’inin, PPD semptomları olmayan grubun %92,2’sinin gebelik döneminde evlilik ilişkisi iyidir. Evlilik ilişkisi kötü olan katılımcı yoktur. PPD semptomlarına göre katılımcıların evlilik ilişkileri benzerdir ($X^2=3,022$, $p=0,100$) (Tablo 4.14).

PPD semptomları olan grubun %41,2’si, PPD semptomları olmayan grubun %64,7’si annelik korkusu yaşamamıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların annelik korkusu yaşama durumları benzerdir ($X^2=3,422$, $p=0,181$) (Tablo 4.14).

PPD semptomları olan grubun %47,6’sı, PPD semptomları olmayan grubun %19,6’sı çok fazla doğum korkusu yaşamaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum korkusu yaşama durumları benzerdir ($X^2=6,864$, $p=0,076$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Gebelik Takibi Durumlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Gebelik Takiplerine Ait Özellikler (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Antenatal takibe düzenli gitme durumu						
Düzenli takip	17	100,0	49	96,1	0,687	0,560 ¹
Düzensiz takip	0	0,0	2	3,9		
Antenatal takip yeri						
Üniversite/Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	5,9	12	23,5	3,997	0,262 ²
Devlet Hastanesi	6	35,3	9	17,6		
Özel Hastane	9	52,9	28	54,9		
Aile Sağlığı Merkez	1	5,9	2	3,4		
Gebe eğitimi alma durumu						
Evet	6	35,3	29	56,9	2,375	0,207 ³
Hayır	11	64,7	22	43,1		
Gebe eğitimi alma yeri (n=35)						
Üniversite/Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	16,7	10	34,5	1,109	0,574 ²
Özel Hastane	1	16,7	2	6,9		
Aile Sağlığı Merkez	4	66,6	17	58,6		
Folik asit, demir, D vitamini desteği*						
Folik asit kullanma	12	70,6	43	84,3	1,553	0,286 ¹
Demir kullanma	17	100,0	49	96,1	0,687	>0,999 ¹
D vitamini kullanma	11	64,7	46	90,2	6,110	0,036³

X²: Ki-Kare Testi,

¹Fisher's Ki-Kare Testi, ²Pearson Ki-Kare Testi, ³Continuity Düzeltmeli Test

Tablo 4.15'de katılımcıların gebelik takibi durumlarına göre PPD semptomları yaşama durumlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %100'ü, PPD semptomları olmayan grubun %96,1'i antenatal takiplerine düzenli gitmektedir. PPD semptomlarına göre

katılımcıların antenatal takibe gitme durumları benzerdir ($X^2=0,687$, $p=0,560$) (Tablo 4.15)

PPD semptomları olan grubun %52,9'unun, PPD semptomları olmayan grubun %54,9'unun antenatal takipleri özel hastanededir. PPD semptomlarına göre katılımcıların antenatal takip yerleri benzerdir ($X^2=3,997$, $p=0,262$) (Tablo 4.15)

PPD semptomları olan grubun %35,3'ü, PPD semptomları olmayan grubun %56,9'u gebe eğitimi almıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların gebe eğitimi alma durumları benzerdir ($X^2=2,375$, $p=0,207$) (Tablo 4.15).

PPD semptomları olan grubun %66,6'sı, PPD semptomları olmayan grubun %58,6'sı gebe eğitimini özel hastanede almıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların gebe eğitimi alma yerleri benzerdir ($X^2=1,109$, $p=0,574$) (Tablo 4.15).

PPD semptomları olan grubun %70,6'sı folik asit, %100'ü demir, %64,7'si D vitamini kullanmaktadır. PPD semptomları olmayan grubun ise %84,3'ü folik asit, %96,1'i demir, %90,2'si D vitamini kullanmaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların D vitamini kullanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($X^2=6,110$, $p=0,036$). Ancak, demir ($X^2=0,687$, $p>0,999$) ve folik asit ($X^2=1,553$, $p=0,286$) kullanımları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. PPD semptomları olmayanların, diğerlerine kıyasla D vitamini kullanma oranı daha yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Ait Özellik ve Duyguduruma Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Doğum ve Postpartum Dönem Ait Bilgileri ve Duygudurumları (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Doğum yapılan yer						
Üniversite/Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8	47,1	20	39,2	0,527	0,768 ¹
Devlet Hastanesi	1	5,8	2	3,9		
Özel Hastane	8	47,1	29	56,9		
Doğum haftası						
37-40. hafta	16	94,1	50	98,0	0,687	0,440 ²
41. hafta ve sonrası	1	5,9	1	2,0		
Doğum şekli						
Normal doğum	6	35,3	14	27,5	0,378	0,552 ²
Sezaryen	11	64,7	37	72,5		
Doğumda indüksiyon uygulama (n=6)						
Uygulandı	0	0,0	6	11,8	2,194	0,325 ²
Uygulanmadı	17	100,0	45	88,2		
Doğumda duygudurum*						
Mutlu-sevinçli	5	29,4	28	54,9	3,317	0,123 ³
Heyecanlı	6	35,3	20	39,2	0,083	>0,999 ³
Duygusal	9	52,9	17	33,3	2,076	0,249 ³
Korkmuş	11	64,7	21	41,2	2,833	0,161 ³
Üzgün-mutsuz	0	0,0	1	2,0	0,338	>0,999 ²
Nötr-bir şey hissetmeme	0	0,0	2	3,9	0,687	>0,999 ²
Doğum sonrası kontrol						
Kontrole gitti	17	100,0	48	94,1	1,046	0,568 ²
Kontrole gitmedi	0	0,0	3	5,9		
Doğum sonrası kontrol yeri (n=65)						
Üniversite/Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8	47,1	20	40,8	3,329	0,189 ¹
Devlet Hastanesi	1	5,8	0	0,0		
Özel Hastane	8	47,1	29	59,2		

¹Fisher's Ki-Kare Testi, ²Pearson Ki-Kare Testi, ³Continuity Düzeltmeli Test

Tablo 4.16’da katılımcıların doğum ve doğum sonrası dönem ait bilgileri ve duygudurumlarına göre PPD semptomları yaşama durumlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %47,1’i, PPD semptomları olmayan grubun %56,9’u özel hastanede doğum yapmıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum yaptıkları yerler benzer bulunmuştur ($X^2=0,527$; $p=0,768$) (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan grubun %94,1’i, PPD semptomları olmayan grubun %98’i termde (37-40.hafta) doğum yapmıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum yaptıkları haftalar benzer bulunmuştur ($X^2=0,687$; $p=0,440$) (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan grubun %64,7’si, PPD semptomları olmayan grubun %72,5’i sezaryen ile doğum yapmıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum şekli benzer bulunmuştur ($X^2=0,378$; $p=0,552$) (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan gruptaki kadınlara indüksiyon uygulanmamıştır. PPD semptomları olmayan grubun ise %11,8’ine indüksiyon uygulanmıştır. PPD semptomlarına göre katılımcılara indüksiyon uygulanma durumları benzer bulunmuştur ($X^2=2,194$; $p=0,325$) (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan grubun %64,7’si, PPD semptomları olmayan grubun %41,2’si doğum sırasında korkmuştur ($X^2=2,833$, $p=0,161$). PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sırasında hissettiği duygular benzer bulunmuştur (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan grubunun hepsi doğum sonrası kontrole gitmiştir. PPD semptomları olmayan grubun ise %94,1’i kontrole gitmiştir. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sonrası kontrole gitme durumları benzer bulunmuştur ($X^2=1,046$; $p=0,568$) (Tablo 4.16).

PPD semptomları olan grubunun %47,1’inin, PPD semptomları olmayan grubun ise %59,2’sinin doğum sonrası kontrol yeri özel hastanedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sonrası kontrole gitme yerleri benzer bulunmuştur ($X^2=0,329$; $p=0,189$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Yenidoğan ve Emzirme Durumlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Yenidoğan ve Emzirme Durumlarına Ait Özellikler (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Bebek cinsiyeti						
Erkek	8	47,1	20	39,2	0,324	0,776 ¹
Kız	9	52,9	31	60,8		
Bebegin doğum kilosu						
2400 gram ve altı	1	5,9	3	5,9	0,339	0,844 ³
2500-3999 gram	16	94,1	47	92,1		
4000 gram ve üzeri	0	0,0	1	2,0		
Bebegin doğum boyu						
40-45 cm	3	17,6	2	3,9	5,273	0,072 ³
46-52 cm	14	82,4	43	84,3		
53 cm ve üzeri	0	0,0	6	11,8		
Postpartum dönem haftası						
4.Hafta	3	17,6	17	33,3	7,634	0,022 ³
8.Hafta	3	17,6	20	39,2		
12.Hafta	11	64,8	14	27,5		
Bebegin gelişimi						
Haftası ile uyumlu	14	82,4	49	96,1	3,528	0,095 ²
Haftasından geride	3	17,6	2	3,9		
Bebek beslenmesi						
Sadece anne sütü	10	58,8	36	70,6	4,300	0,116 ³
Anne sütü ve formül mama	7	41,2	10	19,6		
Formül mama	0	0,0	5	3,8		
İlk emzirme zamanı						
Hiç	0	0,0	2	3,9	1,879	0,391 ³
0-30 dakika	16	94,1	41	80,4		
31-60 dakika	1	5,9	8	15,7		
Emzirme durumu						
Hiç	0	0,0	2	3,9	1,799	0,407 ³
Birkaç hafta	0	0,0	3	5,9		
Halen	17	100,0	46	90,2		
Günlük emzirme sıklığı (n=65)						
1-10 kez (3 saat ve üzeri aralıklarla)	8	47,0	18	39,1	1,043	0,594 ³
11-19 kez (ortalama 2 saat aralıkla)	7	41,2	25	54,3		
20 kez ve üzeri (ortalama 1 saat aralıkla)	3	11,8	4	6,5		

¹Continuity Düzeltmeli Test, ²Fisher's Ki-Kare Testi, ³Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.17’de katılımcıların yenidoğan özelliklerine göre PPD semptomları yaşama durumlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %52,9’u, PPD semptomları olmayan grubun %60,8’i kız bebeğe sahiptir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerinin cinsiyetleri benzer bulunmuştur ($X^2=0,339$ $p=0,844$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %94,1’inin, PPD semptomları olmayan grubun %92,1’inin bebeğinin doğum ağırlığı 2501-3999 gramdır. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıkları benzer bulunmuştur ($X^2=0,339$ $p=0,844$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %84,3’ünün bebeğinin doğum boyu 46-52 cm’dir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerinin doğum boyları benzer bulunmuştur ($X^2=5,273$ $p=0,072$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %64,8’i, PPD semptomları olmayan grubun %27,5’i postpartum 12. haftadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların postpartum dönem haftaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($X^2=7,634$; $p=0,022$). PPD semptomları olanların çoğunluğu postpartum 12. haftasındadır (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %96,1’inin bebeğinin gelişimi normaldir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerinin gelişimleri benzerdir ($X^2=3,528$; $p=0,095$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %58,8’i, PPD semptomları olmayan grubun %70,6’sı bebeğini sadece anne sütü ile beslemektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerini besleme şekilleri benzerdir ($X^2=4,300$; $p=0,116$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %94,1’i, PPD semptomları olmayan grubun %80,4’ü bebeğini doğduktan sonra ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerini emzirmeye başlama zamanları benzerdir ($X^2=1,879$ $p=0,391$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %100'ü, PPD semptomları olmayan grubun %90,2'si bebeğini halen emzirmektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerini emzirme durumları benzerdir ($X^2=1,799$; $p=0,407$) (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %47'si, PPD semptomları olmayan grubun %39,1'i bebeğini günde 1-10 kez emzirmektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerini emzirme sıklıkları benzerdir ($X^2=1,043$; $p=0,594$). (Tablo 4.17).

PPD semptomları olan grubun %41,2'sinin, PPD semptomları olmayan grubun %41,2'sinin bebeği emzik veya biberon kullanmamaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerinin emzik veya biberon kullanma durumları benzerdir ($X^2=1,351$; $p=0,717$).

Tablo 4.18. Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne Ait Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Karşılaştırılması

Kadınların Bebek Bakımı ve Annelik Rolüne Ait Özellikler (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X²	p
	n	%	n	%		
Emzirme yeterlilik algısı						
Yeterli	10	58,8	37	78,8	3,458	0,177 ¹
Orta	7	41,2	9	19,1		
Yetersiz	0	0,0	1	2,1		
Bebek bakımı						
Sadece kendisi	12	70,6	24	47,1	7,149	0,067 ¹
Kendisi ve eşi	2	11,8	8	15,7		
Kendisi ve yakınları	2	11,8	19	37,2		
Kendisi ve bakıcı	1	5,8	0	0,0		
Bebek bakımı yeterlilik algısı						
Yeterli	14	82,4	49	96,0	5,926	0,052 ¹
Orta	3	17,6	1	2,0		
Yetersiz	0	0,0	1	2,0		
Bebek bakımı algısı						
Kolay	3	17,6	20	39,2	7,285	0,026¹
Normal	5	29,5	21	41,2		
Zor	9	52,9	10	19,6		
Annelik rolünde yeterlilik algısı						
Yeterli	11	64,7	45	88,2	4,857	0,028¹
Orta	6	35,3	6	11,8		
Annelik korkusu						
Hayır	12	70,6	48	94,1	6,844	0,033¹
Kararsızım	2	11,8	1	2,0		
Evet	3	17,6	2	3,9		
Bebek ile bağlanma durumu						
Çok iyi	14	82,4	48	94,1	2,194	0,160 ²
Orta-yeterli	3	17,6	3	5,9		
Bebeğe karşı koruyuculuk durumu						
Aşırı	13	76,5	33	64,7	0,806	0,549 ³
Normal	4	23,5	18	35,3		

X²: Ki-Kare Testi, p: Anlamlılık Değeri, *Birden fazla seçenek işaretlenen soru,

¹Pearson Ki-Kare Testi, ²Fisher's Ki-Kare Testi, ³Continuity Düzeltmeli Test

Tablo 4.18’de katılımcıların bebek bakımı ve annelik rolüne göre PPD semptomlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %58,8’i, PPD semptomları olmayan grubun %78,8’i emzirmesini yeterli bulmaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların emzirme yeterlilik algıları benzerdir ($X^2=3,458$; $p=0,177$) (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %70,6’sı, PPD semptomları olmayan grubun %47,1’i bebeğinin bakımını kendisi sağlamaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerine bakma durumları benzerdir ($X^2=7,149$; $p=0,067$) (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ü, PPD semptomları olmayan grubun %96’sı bebek bakımında kendisini yeterli görmektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeklerine bakımı yeterlilik algıları benzerdir ($X^2=5,926$; $p=0,052$) (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %52,9’u, PPD semptomları olmayan grubun %19,6’sı bebek bakımını zor olarak algılamaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebek bakım algıları arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=7,285$; $p=0,026$). PPD semptomu yaşayanlar, bebek bakımında daha fazla zorlanmıştır (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %64,7’si, PPD semptomları olmayan grubun %88,2’si annelik rolünde kendini yeterli bulmaktadır. PPD semptomlarına göre katılımcıların annelik yeterlilik algıları arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=4,857$; $p=0,028$). PPD semptomu olmayanlar, annelik rolünde kendisini daha yeterli hissetmiştir (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %70,6’sının, PPD semptomları olmayan grubun %94,1’inin annelik korkusu yoktur. PPD semptomlarına göre katılımcıların annelik korkuları arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=6,844$; $p=0,033$). PPD semptomu yaşayanlar, daha fazla annelik korkusu yaşamıştır (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %82,4’ünün, PPD semptomları olmayan grubun %94,1’inin bebeği ile iletişimi çok iyidir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebekleri ile iletişimleri benzerdir. ($X^2=2,194$; $p=0,160$) (Tablo 4.18).

PPD semptomları olan grubun %76,5'i, PPD semptomları olmayan grubun %64,7'si bebeğine karşı aşırı koruyuculuk duygusu hissetmektedir. PPD semptomlarına göre katılımcıların bebeğine karşı koruyuculuk duyguları hissetme durumları benzerdir ($X^2=0,806$; $p=0,549$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Postpartum Sosyal ve Günlük Yaşamlarına Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kadınların Postpartum Sosyal ve Günlük Yaşam Özellikleri (n=68)						
	PPD semptomları var		PPD semptomları yok		X^2	p
	n	%	n	%		
Doğum sonu izin durumu						
Ücretli izin	1	33,3	21	95,5	9,648	0,029²
Ücretsiz izin	2	66,7	1	4,5		
Doğum sonu stres faktörü						
Evet	3	17,6	13	25,5	0,436	0,743 ²
Yok	14	82,4	38	74,5		
Doğum sonu dönemin günlük yaşama etkisi						
Hiç	0	0,0	15	29,4	26,261	<0,001¹
Biraz	10	58,8	36	70,6		
Çok fazla	7	41,2	0	0,0		
Doğum sonu dönemde eş desteği						
Yeterli	14	82,4	51	100,	9,415	0,014²
Yetersiz	3	17,6	0	0,0		
Doğum sonu evlilik ilişkisi						
İyi	11	64,7	49	96,0	12,978	0,002¹
Orta	5	29,4	1	2,0		
Kötü	1	5,9	1	2,0		

X^2 : Ki-Kare Testi, p: Anlamlılık Değeri, ¹Fisher's Ki-Kare Testi, ²Pearson Ki-Kare Testi,

Tablo 4.19'da katılımcıların postpartum sosyal ve günlük yaşamlarına göre PPD semptomlarına yer verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

PPD semptomları olan grubun %66,7'si, PPD semptomları olmayan grubun %4,5'i ücretsiz izne ayrılmıştır. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sonu izin durumları bakımından istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=9,648$; $p=0,029$). PPD semptomu olan kadınların ücretsiz izne ayrılma oranı daha yüksektir (Tablo 4.19).

PPD semptomları olan grubun %82,4'ünün, PPD semptomları olmayan grubun %74,5'inin stres faktörü yoktur. PPD semptomlarına göre katılımcıların stres faktörü durumları benzerdir ($X^2=0,436$; $p=0,743$) (Tablo 4.19).

PPD semptomları olan grubun %41,2'sinin, doğum sonu dönemde günlük yaşamı çok fazla etkilenmiştir. PPD semptomları olmayan gruptakilerin %29,4'ünün günlük yaşamı hiç etkilenmemiştir. PPD semptomlarına göre katılımcıların günlük yaşamlarının etkilenme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=26,261$; $p<0,001$). PPD semptomu olanların, postpartum dönemde günlük yaşamları daha çok etkilenmiştir (Tablo 4.19).

PPD semptomları olan grubun %82,4'ü, PPD semptomları olmayan grubun %100'ü doğum sonu dönemde eşinden yeterli destek görmüştür. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sonu eş destekleri arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=9,415$; $p=0,014$). PPD semptomu olmayanlar, eşinden daha fazla destek görmüştür (Tablo 4.19).

PPD semptomları olan grubun %64,7'sinin, PPD semptomları olmayan grubun %96'sının doğum sonu evlilik ilişkisi iyidir. PPD semptomlarına göre katılımcıların doğum sonu evlilik ilişkileri arasında istatistiksel açıdan anlamı bir farklılık bulunmuştur ($X^2=12,978$; $p=0,002$). PPD semptomu olmayanların evlilik ilişkisi daha iyidir (Tablo 4.19).

4.3. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Oksitosin Düzeylerine İlişkin Bilgiler

Bu bölümde, katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönemde ölçülen oksitosin düzeylerine ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4.20. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Oksitosin Düzeyleri

Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Oksitosin Düzeyleri (n=68)			
Oksitosin Düzeyleri	Ort±SS	Min	Max
Gebelik Oksitosin Düzeyi (pg/ml)	42,76±18,99	15,15	80,87
Postpartum Oksitosin Düzeyi (pg/ml)	36,59±17,95	14,02	84,97

Tablo 4.20’de katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönem oksitosin düzeylerine yer verilmiştir. Katılımcıların, gebelik döneminde oksitosin düzeyinin ortalaması 42,76±15,15 pg/ml iken, postpartum dönemde oksitosin düzeyinin ortalaması 36,59±17,95 pg/ml’dir (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Katılımcıların Gebelik Dönemi ve Postpartum Döneme Göre Oksitosin Düzeyindeki Değişim

Gebelik Dönemi ve Postpartum Döneme Göre Oksitosin Düzeyindeki Değişim (n=68)			
	Ort±SD	Z	p
OT₁ (pg/ml)	42,76±18,99	-3,012	0,003**
OT₂ (pg/ml)	36,59±17,95		

*Medyan (Nonparametrik dağılım)

**Wilcoxon Test

Tablo 4.21’de katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum döneme göre oksitosin düzeylerindeki değişimlere yer verilmiştir. Yapılan Wilcoxon testi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Gebelik dönemi ile postpartum dönem oksitosin düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Z=-3,012, p=0,003). Postpartum dönemde, gebelik dönemine kıyasla oksitosin düzeylerinde azalma meydana gelmiştir (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=68)				
	OT ₁ (pg/ml)		OT ₂ (pg/ml)	
	Z / χ^2	p	Z / χ^2	p
Yaş	0,121	0,942 ¹	0,142	0,932 ¹
Eğitim düzeyi	7,464	0,113 ¹	7,843	0,097 ¹
Çalışma durumu	-0,439	0,661 ²	-0,604	0,546 ²
Sosyal güvence durumu	-1,330	0,183 ²	-0,561	0,575 ²
Gelir düzeyi	1,677	0,432 ¹	1,618	0,445 ¹
Aile tipi	-0,414	0,679 ²	-0,918	0,358 ²
Evlilik süresi	1,977	0,372 ¹	0,340	0,844 ¹
Bağımlılık yapan alışkanlık kullanımı	-2,057	0,040²	-1,865	0,062 ²
Egzersiz yapma durumu	0,670	0,715 ¹	7,460	0,024¹
İkamet edilen ilçe	7,696	0,021¹	2,159	0,340 ¹

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi

¹Kruskal-Wallis Test, ²Mann-Whitney Test

OT₂: Postpartum Oksitosin Düzeyi

Tablo 4.22’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre oksitosin düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir. Yapılan nonparametrik testler sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların; yaş ($X^2=0,121$, $p=0,942$), eğitim düzeyi ($X^2=7,464$, $p=0,113$), çalışma ($Z=-0,439$, $p=0,661$), sosyal güvence ($Z=-1,330$, $p=0,182$), gelir düzeyi ($X^2=1,677$, $p=0,432$), aile tipi ($Z=-0,414$, $p=0,679$), evlilik süresi ($X^2=1,977$, $p=0,372$), egzersiz ($X^2=0,670$, $p=0,715$) durumlarına göre gebelik oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.22).

Katılımcıların, bağımlılık yapan alışkanlık kullanma durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,057$, $p=0,040$). Sigara kullanan kadınların oksitosin düzeyi, kullanmayanlara kıyasla daha düşük seviyededir (Tablo 4.22).

Katılımcıların, ikamet edilen ilçeye göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=7,696$, $p=0,021$). Yüreğir bölgesinde ikamet eden kadınların oksitosin düzeyi, Çukurova ve Seyhan ilçelerine kıyasla daha düşük seviyededir (Tablo 4.22).

Katılımcıların; yaş ($X^2=0,142$, $p=0,932$), eğitim düzeyi ($X^2=7,843$, $p=0,097$), çalışma ($Z=-0,604$, $p=0,546$), sosyal güvence ($Z=-0,561$, $p=0,575$), gelir düzeyi ($X^2=1,618$, $p=0,445$), aile tipi ($Z=-0,918$, $p=0,358$), evlilik süresi ($X^2=0,340$, $p=0,844$), bağımlılık yapan alışkanlık ($Z=-1,865$, $p=0,062$), ikamet edilen ilçe ($X^2=2,159$, $p=0,340$), durumlarına göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.22).

Katılımcıların, egzersiz yapma durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=0,746$, $p=0,024$). Egzersiz yapan kadınların oksitosin düzeyi, yapmayanlara kıyasla daha düşük seviyededir (Tablo 4.22).



Tablo 4.23. Katılımcıların Gebelik Özelliklerine Göre Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı

Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyini Etkileyen Faktörler (n=68)				
	Gebelik Oksitosin Düzeyleri (pg/ml)		Postpartum Oksitosin Düzeyleri (pg/ml)	
	Z / χ^2	p	Z / χ^2	P
Gebelik sayısı	6,143	0,046¹	1,271	0,530 ¹
Çocuk sayısı	1,513	0,469 ¹	3,921	0,141 ¹
Düşük veya ölü doğum öyküsü	-0,058	0,954 ²	-1,063	0,288 ²
İlk gebelik yaşı	-1,057	0,291 ²	-0,025	0,980 ²
Son gebelik ile şimdiki arasındaki süre (n=49)	0,727	0,695 ¹	1,735	0,420 ¹
Gestasyonel yaş	-2,106	0,035²	-1,657	0,097 ¹
Gebeliği isteme durumu	-0,657	0,511 ²	-0,113	0,910 ²
Antenatal takip alma durumu	-0,036	0,971 ²	-1,270	0,204 ²
Antenatal takip yeri	1,669	0,644 ¹	4,869	0,182 ¹
Gebe eğitimi	-0,730	0,465 ²	-2,184	0,029²
Gebe eğitimi yeri (n=35)	0,441	0,802 ¹	2,925	0,232 ¹
D vitamini kullanımı (n=57)	-3,373	0,001²	-0,641	0,521 ²
Folik asit kullanımı (n=55)	-2,628	0,009²	-1,232	0,218 ²
Demir kullanımı (n=66)	-0,508	0,611 ²	-0,799	0,425 ²
Gebelikte eş desteği	0,029	0,865 ¹	0,217	0,641 ¹
Gebelikte evlilik ilişkisi	3,696	0,055 ¹	0,117	0,732 ¹
Prenatal iletişim	1,091	0,580 ¹	1,073	0,585 ¹
Annelik korkusu	3,044	0,218 ¹	3,680	0,159 ¹
Doğum korkusu	2,027	0,363 ¹	0,323	0,851 ¹

¹Kruskal-Wallis Test, ²Mann-Whitney Test

Tablo 4.23'te katılımcıların gebelik dönemi özelliklerine göre oksitosin düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir. Yapılan nonparametrik testler sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, gebelik sayısına göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=6,143$, $p=0,046$). Primigravidaaların oksitosin düzeyi, multigravidaalara göre daha yüksek seviyededir. Gebelik sayısına göre ise postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($X^2=1,271$, $p=0,530$) (Tablo 4.23).

Katılımcıların, çocuk sayısına göre gebelik ($X^2=1,513$, $p=0,469$) ve postpartum ($X^2=3,921$, $p=0,141$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, düşük veya ölü doğum yapma öykülerine göre gebelik ($Z=-0,058$, $p=0,954$) ve postpartum ($Z=-1,063$, $p=0,288$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, ilk gebelik yaşına göre gebelik ($Z=-1,057$, $p=0,291$) ve postpartum ($Z=-0,025$, $p=0,980$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, gebelikler arasındaki süreye göre gebelik ($X^2=0,727$, $p=0,695$) ve postpartum ($X^2=1,735$, $p=0,420$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, gestasyonel yaşa göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,106$, $p=0,035$). Gebelik haftası 35. hafta ve üzeri olanların, oksitosin düzeyi diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Gestasyonel yaşa göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-1,657$, $p=0,097$) (Tablo 4.23).

Katılımcıların, gebeliği isteme durumuna göre gebelik ($Z=-0,657$, $p=0,511$) ve postpartum ($Z=-0,113$, $p=0,910$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, antenatal takip alma durumuna göre gebelik ($Z=-0,036$, $p=0,971$) ve postpartum ($Z=-1,270$, $p=0,204$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, antenatal takip alma yerine göre gebelik ($X^2=1,669$, $p=0,644$) ve postpartum ($X^2=4,869$, $p=0,182$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, gebe eğitimine katılma durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-0,730$, $p=0,465$). Gebe eğitimini özel hastanede alanların oksitosin düzeyi diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Gebe eğitimine katılma durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,184$, $p=0,029$) (Tablo 4.23).

Katılımcıların, D vitamini kullanma durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-3,373$, $p=0,001$). D vitamini kullananların oksitosin düzeyi, kullanmayanlara kıyasla daha yüksektir. D vitamini kullanma durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-0,641$, $p=0,521$) (Tablo 4.23).

Katılımcıların, folik asit kullanma durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,628$, $p=0,009$). Folik asit kullananların oksitosin düzeyi, kullanmayanlara kıyasla daha yüksektir. Folik asit

kullanma durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-1,232$, $p=0,218$) (Tablo 4.23).

Katılımcıların, demir kullanma durumuna göre gebelik ($Z=-0,508$, $p=0,612$) ve postpartum ($Z=-0,799$, $p=0,425$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, gebelikte eş desteği görme durumuna göre gebelik ($X^2=0,029$, $p=0,865$) ve postpartum ($X^2=0,217$, $p=0,641$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, evlilik ilişkilerine göre gebelik ($X^2=3,696$, $p=0,055$) ve postpartum ($X^2=0,117$, $p=0,732$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.13).

Katılımcıların, prenatal iletişim kurma durumlarına göre gebelik ($X^2=1,091$, $p=0,580$) ve postpartum ($X^2=1,073$, $p=0,585$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, annelik korkusu yaşama durumlarına göre gebelik ($X^2=3,044$, $p=0,218$) ve postpartum ($X^2=3,680$, $p=0,159$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Katılımcıların, doğum korkusu yaşama durumlarına göre gebelik ($X^2=2,027$, $p=0,363$) ve postpartum ($X^2=0,323$, $p=0,851$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Katılımcıların Doğum ve Doğum Sonrası Dönem Özelliklerine Göre Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı

Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Oksitosin Düzeyini Etkileyen Faktörler (n=68)				
	Gebelik Oksitosin Düzeyleri (pg/ml)		Postpartum Oksitosin Düzeyleri (pg/ml)	
	Z / χ^2	p	Z / χ^2	p
Doğum yapılan hafta	-0,835	0,404 ²	-0,944	0,345 ²
Doğum şekli	-0,256	0,798 ²	-1,258	0,208 ²
Doğumda indüksiyon (n=6)	-0,065	0,958 ²	-0,692	0,505 ²
Doğum yapılan yer	4,853	0,088 ¹	9,181	0,010¹
Doğum sonu kontrole gitme	-0,254	0,800 ²	-0,702	0,483 ²
Doğum sonu kontrol yeri (n=65)	0,435	0,804 ¹	5,719	0,057 ¹
Bebek cinsiyeti	-0,486	0,627 ²	-0,125	0,901 ²
Bebğin doğum ağırlığı	1,184	0,553 ¹	1,851	0,396 ¹
Bebğin doğum boyu	2,431	0,296 ¹	7,259	0,027¹
Postpartum dönem haftası	6,503	0,039¹	0,259	0,878 ¹
Bebek gelişimi	0,050	0,823 ¹	0,331	0,565 ¹
Bebekle iletişim	2,491	0,114 ¹	1,915	0,166 ¹
Bebeğe karşı koruyuculuk	0,091	0,763 ¹	0,941	0,332 ¹
Bebek beslenmesi	3,762	0,152 ¹	1,778	0,411 ¹
İlk emzirme zamanı	3,155	0,206 ¹	0,077	0,962 ¹
Emzirme süresi	3,048	0,218 ¹	1,979	0,372 ¹
Emzirme sıklığı (n=65)	2,289	0,318 ¹	2,150	0,341 ¹
Emzirme yeterlilik algısı (n=65)	4,416	0,110 ¹	3,275	0,194 ¹
Bebek bakımını sağlayan kişiler	2,649	0,449 ¹	0,384	0,943 ¹
Bebek bakımını zorluk algısı	1,314	0,519 ¹	4,044	0,132 ¹
Bebek bakımında yeterlilik algısı	5,045	0,080 ¹	2,930	0,231 ¹
Annelik rolünde yeterlilik	5,823	0,016¹	0,886	0,347 ¹
Postpartum dönemde eş desteği	-2,344	0,019²	-1,747	0,081 ²
Postpartum dönemde evlilik ilişkisi	4,382	0,112 ¹	0,120	0,942 ¹
Stres faktörü	-0,217	0,828 ²	-1,157	0,247
PPD semptomları	-2,741	0,006²	-0,871	0,384 ²

¹Kruskal-Wallis Test, ²Mann-Whitney Test

Tablo 4.24'te katılımcıların doğum ve doğum sonrası dönem özelliklerine göre oksitosin düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir. Yapılan nonparametrik testler sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, doğum yaptığı haftalara göre gebelik ($Z=-0,835$, $p=0,404$) ve postpartum ($Z=-0,944$, $p=0,345$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, doğum şekline göre gebelik ($Z=-0,256$, $p=0,798$) ve postpartum ($Z=-1,258$, $p=0,208$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, doğumda indüksiyon alma durumuna göre gebelik ($Z=-0,065$, $p=0,958$) ve postpartum ($Z=-0,692$, $p=0,505$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, doğum yaptıkları yere göre gebelik oksitosin düzeyleri ($X^2=4,853$, $p=0,088$) birbirine benzerdir. Kadınların doğum yaptıkları yere göre postpartum oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=9,181$, $p=0,010$) (Tablo 4.24). Özel hastanede doğum yapanların postpartum oksitosin düzeyleri daha düşüktür.

Katılımcıların, doğum sonu kontrole gitme durumlarına göre gebelik ($Z=-0,254$, $p=0,800$) ve postpartum ($Z=-0,702$, $p=0,483$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, doğum sonu kontrol yerlerine göre gebelik ($X^2=0,435$, $p=0,804$) ve postpartum ($X^2=5,719$, $p=0,057$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerinin cinsiyetine göre gebelik ($Z=-0,486$, $p=0,627$) ve postpartum ($Z=-0,125$, $p=0,901$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerinin doğum ağırlığına göre gebelik ($X^2=1,184$, $p=0,553$) ve postpartum ($X^2=1,851$, $p=0,396$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerinin doğum boyuna göre gebelik oksitosin düzeyleri benzerdir ($X^2=2,431$, $p=0,296$). Doğum boyuna göre postpartum oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=7,259$, $p=0,027$) (Tablo 4.24).

Katılımcıların, postpartum dönem haftasına göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=6,503$, $p=0,039$). Postpartum 12. haftada olan kadınların gebelik oksitosin düzeyleri diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Postpartum dönem haftasına göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($X^2=0,259$, $p=0,878$) (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerinin gelişimine göre gebelik ($X^2=0,050$, $p=0,823$) ve postpartum ($X^2=0,331$, $p=0,565$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebekleri ile iletişimine göre gebelik ($X^2=2,491$, $p=0,114$) ve postpartum ($X^2=1,915$, $p=0,166$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerine karşı koruyuculuk duygularına göre gebelik ($X^2=0,091$, $p=0,763$) ve postpartum ($X^2=0,941$, $p=0,332$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerini besleme şekillerine göre gebelik ($X^2=3,762$, $p=0,152$) ve postpartum ($X^2=1,778$, $p=0,411$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların ilk emzirme zamanlarına göre gebelik ($X^2=3,155$, $p=0,206$) ve postpartum ($X^2=0,077$, $p=0,962$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, emzirme süresine göre gebelik ($X^2=3,048$, $p=0,218$) ve postpartum ($X^2=1,979$, $p=0,372$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, emzirme sıklığına göre gebelik ($X^2=2,289$, $p=0,318$) ve postpartum ($X^2=2,150$, $p=0,341$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların emzirme yeterlilik algısına göre gebelik ($X^2=4,416$, $p=0,110$) ve postpartum ($X^2=3,275$, $p=0,194$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebeklerinin bakımını sağlayan kişilere göre gebelik ($X^2=2,649$, $p=0,449$) ve postpartum ($X^2=0,384$, $p=0,943$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebek bakımı zorluk algısına göre gebelik ($X^2=1,314$, $p=0,519$) ve postpartum ($X^2=4,044$, $p=0,132$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, bebek bakımında yeterlilik algısına göre gebelik ($X^2=5,045$, $p=0,080$) ve postpartum ($X^2=2,930$, $p=0,231$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, annelik rolünde yeterlilik algısına göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=5,823$, $p=0,016$). Kendisini annelik rolünde yeterli hissedenlerin oksitosin düzeyi, diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Ancak, annelik rolünde yeterlilik algısına göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($X^2=0,259$, $p=0,878$) (Tablo 4.24).

Katılımcıların, postpartum dönemde eş desteği alma durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,344$, $p=0,019$).

Eş desteği iyi olanların, gebelik oksitosin düzeyi daha yüksektir. Ancak, eş desteği alma durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-1,747$, $p=0,081$) (Tablo 4.24).

Katılımcıların, postpartum dönemde evlilik ilişkilerine göre gebelik ($X^2=4,382$, $p=0,112$) ve postpartum ($X^2=0,120$, $p=0,942$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, stres faktörüne göre gebelik ($Z=-0,217$, $p=0,828$) ve postpartum ($Z=-1,157$, $p=0,247$) oksitosin düzeyleri benzerdir (Tablo 4.24).

Katılımcıların, PPD semptomları yaşama durumuna göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,741$, $p=0,006$). PPD semptomu yaşayanların, gebelik oksitosin düzeyi daha düşüktür. Ancak, PPD semptomları yaşama durumuna göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir ($Z=-0,871$, $p=0,871$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Oksitosin Düzeylerine Göre Postpartum Depresyon Semptomlarının Dağılımı

Oksitosin Düzeylerinin Dağılımı (n=68)				
	PPD Semptomları Var	PPD Semptomları Yok	F	p
	Ort±SS	Ort±SS		
OT₁ (pg/ml)	31,43±4,35	46,54±2,51	9,033	0,004*
OT₂ (pg/ml)	31,05±4,31	38,44±2,49	2,200	0,143*

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi

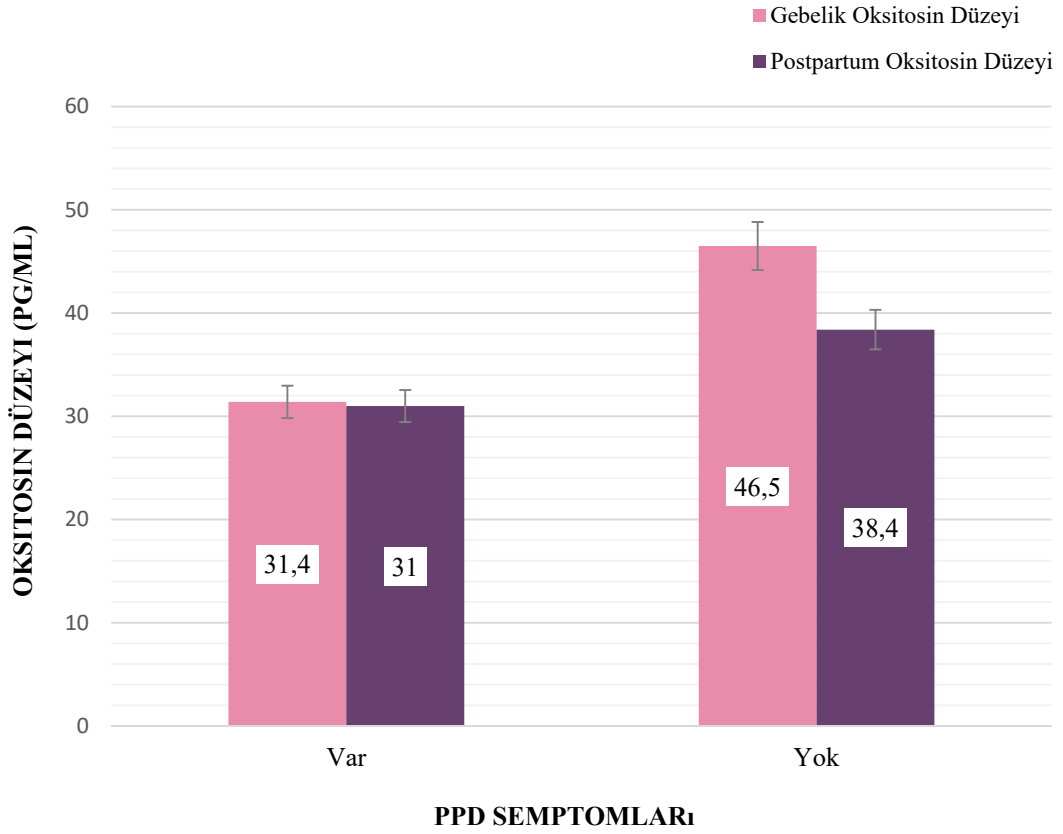
*MANOVA

OT₂: Postpartum Oksitosin Düzeyi

Tablo 4.25'te katılımcıların oksitosin düzeylerine göre postpartum depresyon semptomları yaşama dağılımına yer verilmiştir. Yapılan MANOVA analizi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, PPD semptomları varlığına göre gebelik oksitosin düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir (F=9,033, p=0,004). PPD semptomları olanların, olmayanlara kıyasla gebelik oksitosin düzeyleri daha düşüktür (Tablo 4.14) (Şekil 4.1).

Katılımcıların, PPD semptomları varlığına göre postpartum oksitosin düzeyleri benzerdir (F=2,200, p=0,143) (Tablo 4.25).



Şekil 4.1. Postpartum Depresyon Semptomları Varlığına Göre Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri

4.4. Katılımcıların Oksitosin Düzeyleri ile Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki

Bu bölümde, katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönem oksitosin düzeyleri ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiye ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4.25. Katılımcıların Oksitosin Düzeyleri ile Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomları İlişkisi

Oksitosin Düzeyi, Gebelik Dönemi ve Postpartum Dönem Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki (n=68)												
	OT ₁		OT ₂		EPDÖ ₁		EPDÖ ₂		BDE ₁		BDE ₂	
	r / R	P	r	p	R	p	r / R	p	R	p	r / R	p
OT ₁	1	-	0,329*	0,006 ¹	-0,434*	<0,001 ¹	-0,291*	0,016 ¹	-0,475**	<0,001 ¹	-0,257*	0,034 ¹
OT ₂	0,329**	0,006 ¹	1	-	0,113	0,358 ¹	-0,290	0,813 ¹	0,690	0,575 ¹	-0,181	0,140 ¹
EPDÖ ₁	-0,434*	<0,001 ¹	0,113	0,358 ¹	1	-	0,560**	<0,001 ¹	0,797***	<0,001 ¹	0,450**	<0,001 ¹
EPDÖ ₂	-0,291*	0,016 ¹	-0,290	0,813 ¹	0,560**	<0,001 ¹	1	-	0,407**	0,001 ¹	0,781***	<0,001 ¹
BDE ₁	-0,475**	<0,001 ¹	0,690	0,575 ¹	0,797***	<0,001 ¹	0,407*	0,001 ¹	1	-	0,357**	0,003 ¹
BDE ₂	-0,257*	0,034 ¹	-0,181	0,140 ¹	0,450**	<0,001 ¹	0,781***	<0,001 ¹	0,357**	0,003 ¹	1	-

*Zayıf güçte ilişki (0-0.3),

**Orta güçte ilişki (0.3-0.7),

***Güçlü ilişki (0.7-1)

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi,

OT₂: Postpartum Oksitosin Düzeyi

EPDÖ₁: Gebelik Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₁: Gebelik Beck Depresyon Envanteri

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

¹Spearman's correlation coefficient

Tablo 4.26’da katılımcıların gebelik dönemi ve postpartum dönemde oksitosin düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, gebelik ile postpartum EPDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.560$, $p<0,001$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik ile postpartum BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.357$, $p=0,003$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik EPDÖ ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı güçlü pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0,797$, $p<0,001$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik EPDÖ ile postpartum BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0,450$, $p<0,001$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum EPDÖ ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı güçlü pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.407$, $p=0,001$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum EPDÖ ile postpartum BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı güçlü pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0,781$, $p<0,001$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik ve postpartum oksitosin düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta güçte pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=0.329$, $p<0.006$). Gebelik döneminde oksitosin düzeyi yüksek olanların, postpartum dönemde de oksitosin düzeyleri yüksek seyretmektedir (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik oksitosin düzeyleri ile gebelik EPDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf güçte negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0.434$, $p<0,001$). Katılımcıların, gebelik oksitosin düzeyleri ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf güçte negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0.475$, $p<0,001$) (Tablo 4.26). Gebelik oksitosin düzeyi azaldıkça, gebelik dönemi depresyon semptomları artmaktadır (Tablo 4.26).

Katılımcıların, gebelik oksitosin düzeyleri ile postpartum EPDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf güçte negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0.291$, $p=0,016$). Katılımcıların, gebelik oksitosin düzeyleri ile postpartum BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf güçte negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r=-0.257$,

$p=0,034$). Gebelik oksitosin düzeyi azaldıkça, postpartum depresyon semptomları artmaktadır (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum oksitosin düzeyleri ile gebelik EPDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,113$, $p=0,358$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum oksitosin düzeyleri ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,690$, $p=0,575$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum oksitosin düzeyleri ile postpartum EPDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0,290$, $p=0,813$) (Tablo 4.26).

Katılımcıların, postpartum oksitosin düzeyleri ile postpartum BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0,181$, $p=0,140$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki Regresyon Modeli

Gebelik Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki (n=68)				
	EPDÖ ₂		BDE ₂	
	R	p	R	p
OT ₁	-0.320 ^{**}	0,008 ¹	-0,323 ^{**}	0,007 ¹

^{**}Orta güçte ilişki (0.3-0.7)

¹Linear Regresyon

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi,

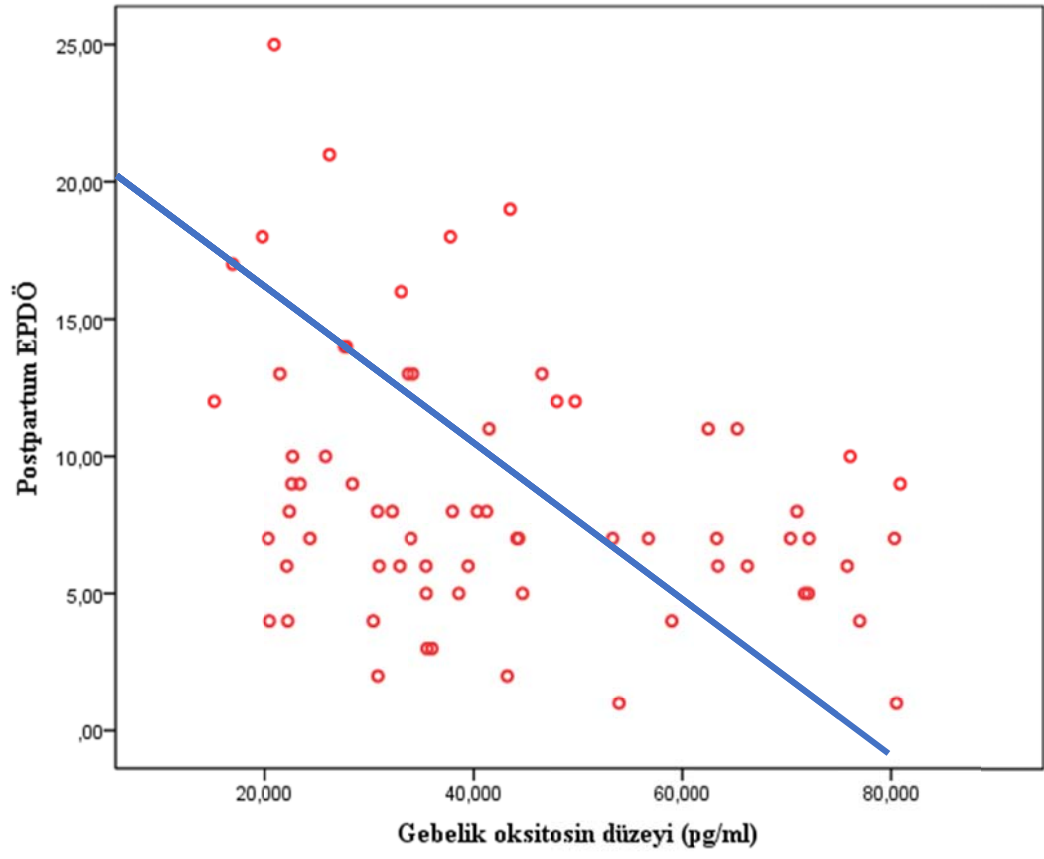
EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

Tablo 4.27’de katılımcıların gebelik döneminde oksitosin düzeyleri ile postpartum depresyon semptomları arasındaki ilişkiye ait bilgilerine yer verilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Gebelik dönemi oksitosin düzeyi ile postpartum EPDÖ arasında orta güçte negatif yönlü bir ilişki modeli anlamlı bulunmuştur (R=-0.320, p=0,008) (Şekil 4.2). Gebelik döneminde düşük oksitosin düzeyi, EPDÖ ile ölçülen artmış postpartum depresyon semptomlarının %32’si ile ilişkilidir (Tablo 4.27).

Gebelik oksitosin düzeyi ile postpartum BDE arasında orta güçte negatif yönlü bir ilişki modeli anlamlı bulunmuştur (R=-0.323, p=0,007). Gebelik döneminde düşük oksitosin düzeyi, BDE ile ölçülen artmış postpartum depresyon semptomlarının %32,3’ü ile ilişkilidir (Tablo 4.27).



Şekil 4.2. Gebelik Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki

Tablo 4.27. Katılımcıların Postpartum Dönem Haftasına Göre Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki

Postpartum Dönem Haftasına Göre Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyi ile Postpartum Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki (n=68)				
	EPDÖ ₂		BDE ₂	
	R	p	R	p
OT ₁ (pg/ml)	-0,259*	0,034 ¹	-0,280*	0,022 ¹
OT ₂ (pg/ml)	-0.163	0,189 ¹	-0,216	0,079 ¹

*Zayıf güçte ilişki (0.3-0.7)

¹Partial Korelasyon

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi

OT₂: Postpartum Oksitosin Düzeyi

EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

Tablo 4.28’de katılımcıların postpartum dönem haftasına göre gebelik oksitosin düzeyleri ile postpartum depresyon semptomları arasındaki ilişkiye ait bilgilerine yer verilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, postpartum dönem haftasına göre gebelik oksitosin düzeyleri ile postpartum EPDÖ (R=-0.259, p=0,034) ve BDE (R=-0.280, p=0,022) puanları arasında orta güçte negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Postpartum dönem haftası, gebelik döneminde düşük oksitosin düzeyi, EPDÖ ile ölçülen artmış postpartum depresyon semptomlarının %25,9’u ile ilişkilidir. Postpartum dönem haftası, gebelik döneminde düşük oksitosin düzeyi, EPDÖ ile ölçülen artmış postpartum depresyon semptomlarının %28’i ile ilişkilidir (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyinin Postpartum Depresyon Semptomlarında Prediktif Biyobelirteç Olma Durumu

Gebelik Oksitosin Düzeylerinin PPD Semptomlarında Prediktif Biyobelirteç Olma Durumu (n=68)				
	EPDÖ₂		BDE₂	
	AUC	p	AUC	p
OT₁ AUC	0,723	0,006¹	0,678	0,016¹

OT₁: Gebelik Oksitosin Düzeyi

¹*ROC eğrisi*

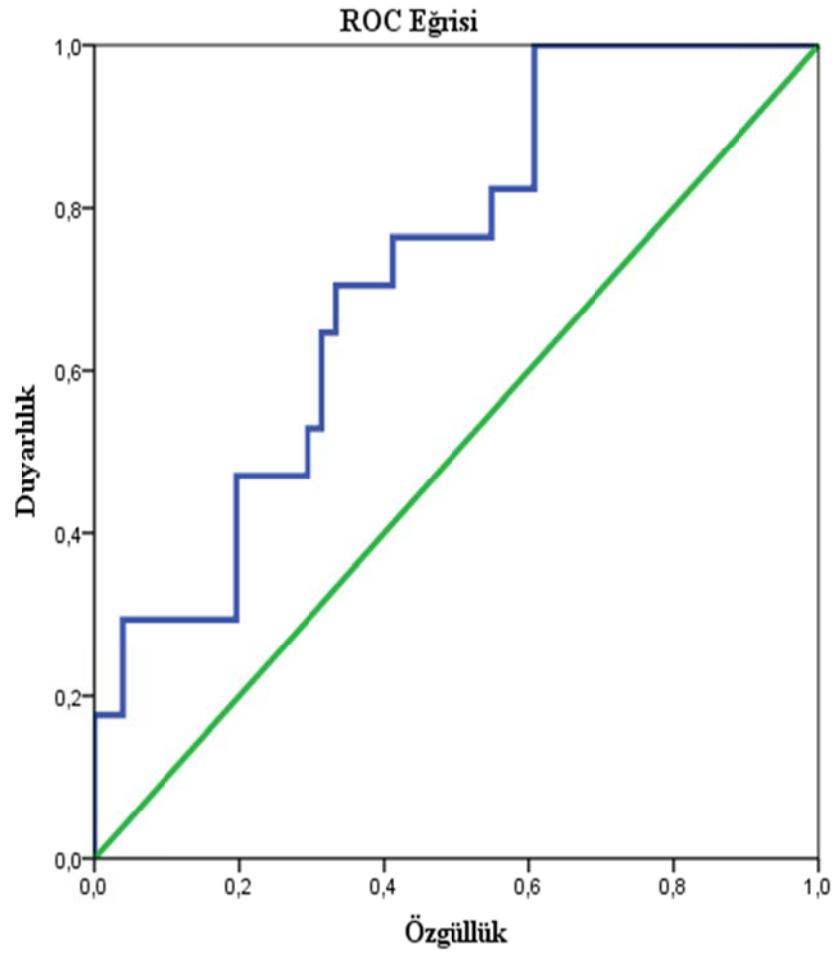
EPDÖ₂: Postpartum Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

BDE₂: Postpartum Beck Depresyon Envanteri

AUC: Eğri Altında Kalan Alan

Tablo 4.29’da katılımcıların gebelik dönemi oksitosin düzeyinin postpartum depresyon semptomlarında prediktif biyobelirteç olma durumuna ait bilgilere yer verilmiştir. Yapılan ROC analizi sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Katılımcıların, postpartum EPDÖ puanına göre AUCOT₁=0,723’tür (p=0,006) (Şekil 4.3). Postpartum BDE puanına göre AUCOT₁=0,678’dir (p=0,016). Gebelik dönemi oksitosin düzeyinin PPD semptomları için orta düzeyde bir prediktif biyobelirteç olabileceği belirlenmiştir (Tablo 4.29).



Şekil 4.3. Gebelik Dönemi Oksitosin Düzeyinin Postpartum Depresyon Semptomlarında Prediktif Biyobelirteç Olma Durumu

5. TARTIŞMA

Postpartum depresyon gelişiminde; düşük benlik algısı, stresli gebelik, sosyal destek yetersizliği, gebeliğe karşı olumsuz tutum, plansız gebelik, obstetrik komplikasyonlar, düşük eğitim seviyesi, yaş, madde kullanımı, düşük sosyoekonomik durum, işsizlik gibi faktörler rol almaktadır. Bu faktörlerin yanı sıra diğer önemli etken hormonal değişimlerdir. Kuşaklar arası etkileri ile nörobiyolojik bir sistem olan oksitosin sisteminin, postpartum depresyon gelişmesinde rolü bulunmaktadır (2,8,41,66). Bu çalışmada, eğitim seviyesi, sosyal destek, vitamin kullanımı, sigara kullanımı, gebe eğitimi alma, bazı obstetrik özellikler ve gebelik döneminde ölçülen oksitosin düzeyleri ile PPD semptomları ilişkili bulunmuştur.

Dünya ve Türkiye’de PPD Semptomlarının Görülme Oranı

Literatürde, EPDÖ’ye göre PPD sıklığını inceleyen çalışmalar incelendiğinde; PPD görülme sıklığının ortalama olarak dünyada %2,6-30,5, Türkiye’de ise %12,5-39,7 olduğu görülmektedir (3,67). Zekowitz et al. (68) gebelik döneminde depresyon semptomları görülme oranının %10, EPDÖ puan ortalamasının $5,69 \pm 4,27$ iken; postpartum dönemde depresyon semptomları görülme oranının %6, EPDÖ puan ortalamasının $4,73 \pm 4,00$ olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada, gebelik döneminde depresyon semptomları görülme oranının %16,2, EPDÖ puan ortalamasının $7,10 \pm 4,77$ olduğu; postpartum dönemde depresyon semptomları görülme oranının %25, EPDÖ puan ortalamasının $8,63 \pm 4,80$ olduğu belirlenmiştir.

Sosyodemografik Özelliklere Göre PPD Semptomlarının Dağılımı

Yapılan bazı çalışmalarda, düşük eğitim düzeyi ile PPD semptomları ilişkilendirilmektedir (8,68-71). Garfield et al. (71), yaşı daha küçük olan, tek yaşayan ve çalışmayan kadınların daha fazla depresyon semptomları yaşadığını bildirmektedir. Azad et al. (8) ise, gebelikte çalışıp, postpartum dönemde çalışmayı bırakan kadınlarda PPD semptomlarının daha fazla görüldüğünü ifade etmektedir. Skrunduz et al. (13), PPD semptomları olan ve olmayan kadınların, sosyodemografik özellikleri bakımından birbirine benzer olduğunu ifade etmektedir. Azad et al. (8), PPD semptomlarının gelir düzeyi ile ilgili olmadığını, ancak sosyokültürel düzeyi daha

düşük bölgede yaşayan kadınların, diğerlerine kıyasla PPD semptomlarını daha fazla yaşadığını bildirmektedir. Bu çalışmada, PPD semptomları kadınların yaşı, yaşadığı yer, çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, PPD semptomlarını daha az yaşadığı belirlenmiştir.

Aile İlişkilerine Göre PPD Semptomlarının Dağılımı

Odinka et al. (70), Meçe (72), evlilik ilişkisi kötü olanlarda, PPD semptomlarının daha fazla yaşandığını bildirmektedir. Bu çalışmada, evlilik ilişkileri bakımından kadınların PPD semptomları birbirine benzerdir. Azad ve et al. (8), Garfield et al. (71), yetersiz eş desteği ve yüksek stres düzeyine sahip olan kadınların, depresyon semptomlarını daha fazla yaşadığını bildirmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada, eş desteği yeterli olmayanlarda PPD semptomları daha fazla yaşanmıştır. Ancak, stres faktörüne göre kadınların depresyon semptomları yaşama durumu birbirine benzerdir.

Sağlık Alışkanlıklarına Göre PPD Semptomlarının Dağılımı

Salimi et al. (73), gebelikte sigara kullanan ve postpartum dönemde kullanmaya devam eden kadınların, PPD semptomlarını daha fazla yaşadığını ifade etmektedir. Bizim çalışmamız da bu bulguları destekler niteliktedir.

Poyatos-Leon et al. (74), gebelik ve postpartum dönemde yapılan fiziksel aktivitenin, PPD semptomlarını daha az yaşama ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Coll et al. (75) ise, gebelikte yapılan egzersizin antenatal depresyonu azalttığını ama PPD'yi etkilemediğini ifade etmektedir. Bu çalışmada, egzersiz yapma bakımından kadınların PPD semptomları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Eyles et al. (76), D vitaminin diğer nörostreoidler kadar beyin gelişiminde ve mental hastalıklar üzerinde etkili olduğunu, özellikle gebeler olmak üzere halk sağlığı açısından önemli bir vitamin olduğunu bildirmektedir. Opie et al. (36), Hoang et al. (77), düşük D vitamini seviyelerinin, artmış depresyon ve mod bozuklukları ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada, gebeliğinden itibaren düzenli olarak D vitamini kullanan kadınların, gebelik ve postpartum dönemde depresyon semptomlarını daha az yaşadığı belirlenmiştir.

Yan et al. (78), altı aydan daha uzun süre folik asit kullananların daha az PPD semptomu yaşadıklarını bildirmektedir. Bu çalışmada, folik asit kullanımı bakımından kadınların PPD semptomu yaşama durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Obstetrik Özelliklere Göre PPD Semptomlarının Dağılımı

Azad et al. (8), istenmeyen gebeliklerde, PPD semptomlarının daha fazla yaşandığını bildirmektedir. Bu çalışmada, gebeliği isteme durumuna göre PPD semptomları birbirine benzerdir.

Garfield et al. (71), multigravida ve gestasyonel yaşı daha az olanlarda, daha fazla depresyon semptomu yaşandığını ifade etmektedir. Skrunduz et al. (13), kadınların parite, doğum şekli, bebek cinsiyeti ve doğum ağırlığına göre PPD semptomlarının benzer olduğunu belirtmektedir. Azad et al. (8), gebelik arasındaki süre bakımından, kadınların PPD semptomları açısından benzer olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada, kadınların parite, gestasyonel yaş, doğum şekli, bebek cinsiyeti ve doğum ağırlığı bakımından PPD semptomları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Massey et al. (79), üçüncü trimesterde yaşanan depresyon semptomlarının, PPD semptomlarını öngördüğünü ifade etmektedir. Azad et al. (8), gebeliğinde depresyon semptomları yaşayanlarda, PPD riskinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bizim çalışmamız da bu bulguları desteklemektedir. Gebelik döneminde depresyon semptomları yaşayanların, postpartum dönemde bu semptomları diğerlerine kıyasla daha fazla yaşadığı belirlenmiştir.

Stuebe et al. (20), emziren ve emzirmeyen kadınların, PPD semptomlarının benzer olduğunu bildirmektedir. Grewen et al. (64), Lara-Cinisomo et al. (18) ve Dennis (44), bebeği emzirmeyi bırakanların daha fazla PPD yaşadığını ifade etmektedir. Bu çalışmada, emzirme durumuna göre kadınların PPD semptomları birbirine benzer bulunmuştur.

Oksitosin Düzeyini Etkileyen Faktörler

Normal şartlarda, gebelik süresince artan oksitosin seviyesi, postpartum sekizinci haftadan sonra azalmaya başlamaktadır (14,15). Bu çalışmada, kadınların gebelik oksitosin düzeyleri ortalaması $42,76 \pm 18,99$ bulunurken, postpartum dönem

oksitosin düzeyi $36,59 \pm 17,95$ olarak bulunmuştur. Postpartum dönemde, gebelik dönemine kıyasla oksitosin düzeyinde anlamlı bir düşüş yaşandığı belirlenmiştir. Postpartum dönem aylarına göre oksitosin düzeyleri birbirine benzerdir.

Oksitosin düzeyini, sosyokültürel durum, bazı obstetrik özellikler, maternal davranışlar, sosyal destek, emzirme gibi faktörler etkilemektedir (14,57,58,63,64,69).

Buckley (14), gebeliğin son dönemlerinde primigravidaların oksitosin düzeyinin, multigravidalara kıyasla daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada da primigravidaların oksitosin düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Eapen et al. (58), düşük oksitosin düzeyinin zayıf prenatal bağlanma ve maternal davranışlar ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada, prenatal bağlanma ve maternal davranışlar bakımından kadınların oksitosin düzeylerinin birbirine benzer olduğu belirlenmiştir.

Kim et al. (69) ve Sara et al. (57), eş desteği ve davranışları iyi olan kadınların daha yüksek oksitosin düzeylerine sahip olduğunu ifade etmektedir. Seay et al. (63), kadınların immün sisteminin zayıf olması, stres faktörü varlığı, sosyal destek yetersizliği gibi durumlarda oksitosin düzeyinin azaldığını bildirmektedir. Bu çalışmada da eş desteği ve evlilik ilişkileri iyi olan kadınların oksitosin düzeylerinin daha yüksek seyrettiği görülürken, stres faktörü bakımından kadınların oksitosin düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur.

Grewen et al. (64), bebeğini emzirerek besleyen kadınların, formül mama ile besleyenlere kıyasla, oksitosin düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada, prenatal bağlanma, maternal davranışlar ve bebeğin beslenmesi bakımından kadınların oksitosin düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Ayrıca bu çalışmada, oksitosin düzeyini etkileyen çeşitli faktörler belirlenmiştir. D vitamini ve folik asit kullanımı, gebe eğitimi alma gibi durumlar oksitosin düzeyinin yükselmesine katkıda bulunurken; sigara kullanmanın oksitosin düzeyinin azalmasına yol açtığı tespit edilmiştir. Bunların dışında, egzersiz yapan kadınların oksitosin düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebinin, postpartum dönemde kadınların vücutlarında meydana gelen değişimlerden ötürü hissettiği memnuniyetsizlik duygusu ve gebelik öncesi kilosuna dönme arzusu olduğu düşünülmektedir.

Oksitosin Düzeyi ile PPD Semptomları Arasındaki İlişki

Literatürde, gebelik döneminde ölçülen oksitosin düzeyi ile gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (13,16-21). Stuebe et al. (20), postpartum ikinci hafta oksitosin düzeyi ile depresyon semptomlarının ilişkili olduğunu, sekizinci haftada ise ilişkili olmadığını belirtmektedir. Skrunduz et al. (13), gebelik oksitosin düzeyinin ikinci ayda postpartum depresyon semptomları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Eapen et al. (58), postpartum üçüncü ayda kadınların oksitosin düzeyi ile anksiyete ve depresyon semptomlarının ilişkili olduğunu belirtmektedir. Prevost et al. (15), PPD açısından düşük risk grubundaki kadınların, gebelik ve postpartum dönemdeki oksitosin düzeyleri, yüksek riskli gruptakilere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada, gebelik oksitosin düzeyi ile gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Skrundz et al. (13), artmış oksitosin düzeyinin, postpartum dönemde üç ay emzirmeyi öngördüğünü ve erken PPD riskinin azalmasına katkı sağladığını bildirmektedir. Prevost et al. (15), gebelik oksitosin düzeyinin doğum şekli, indüksiyon alma durumu için öngörü olur iken, emzirme için öngörü olmadığını ifade etmektedir. Bu çalışmada oksitosin düzeyinin, doğum şekli, indüksiyon ve emzirme için öngörü olmadığı belirlenmiştir. Ancak, postpartum dönemde depresyon semptomları için öngörücü bir faktör olduğu tespit edilmiştir.

Gebelik oksitosin düzeyi ile gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Massey et al. (79) ve Skrundz et al. (13), gebelik oksitosin düzeyinin gebelik depresyon semptomları ile ilişkili olmadığını bildirirken; Zelkowitz et al. (68), gebelik oksitosin düzeyinin postpartum depresyon semptomları ile ilişkili olmadığını ifade etmektedir. Bu çalışmada, gebelik döneminde ölçülen oksitosin düzeyi, gebelik dönemi ve postpartum dönem depresyon semptomları ile ilişkili bulunmuştur. Gebelik döneminde oksitosin düzeyi azaldıkça, gebelik dönemi ve postpartum dönemde kadınların PPD semptomları artış göstermiştir. Ancak, postpartum dönemde ölçülen oksitosin düzeyi ile PPD semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Düşük oksitosin ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu ileri süren görüşlerin aksine, yüksek oksitosin düzeyi ile artmış depresyon semptomları ve anksiyete ile

ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum, stres varlığında homeostazis onarımı için oksitosin salınımının artması şeklinde açıklanmaktadır (14,80-82). Cyranowski et al. (80), depresyon semptomları olan kadınların, oksitosin düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu durum, majör depresyon veya oksitosin disregölasyonu ile açıklanmaktadır. Bu çalışmada ise, majör depresyon bulgusuna sahip olan katılımcılar, çalışmadan veri analizi sırasında dışlanmıştır. Analizden dışlanan kadınların, katılımcıların oksitosin düzeylerinin neredeyse dokuz katı kadar oksitosin düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bakımdan, bizim bulgularımız da bu çalışmaları kısmen destekler niteliktedir. Ancak, bu konuda daha kapsamlı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma hipotezleri test edildiğinde;

- GH_0 hipotezi reddedilmiş, GH_1 hipotezi kabul edilmiştir. Yani, gebelik oksitosin düzeyleri ile gebelik ve postpartum depresyon semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.
- PH_0 hipotezi kabul edilmiş, PH_1 hipotezi reddedilmiştir. Yani, postpartum dönem oksitosin düzeyleri ile postpartum depresyon semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Oksitosin düzeyi ile PPD semptomlarını birbirleri dışında etkileyen faktörler de bulunmuştur. PPD semptomları; yüksek eğitim düzeyi, iyi prenatal ve maternal iletişim, yeterli eş desteği, iyi evlilik ilişkisi, D vitamini kullanma gibi faktörler varlığında daha az görülmüştür. Sosyal güvence yokluğu, sigara kullanımı, annelik korkusu, bebek bakımında ve annelik rolünde yetersiz hissetme gibi durumlar da ise PPD semptomları daha fazla görülmüştür. Oksitosin düzeyleri; sigara kullanımı, sosyoekonomik düzeyi daha düşük bölgede yaşama, artmış gebelik sayısı, annelik rolünde yetersizlik algısı durumunda daha düşük düzeydedir. Yeterli eş desteği, gebe eğitimi, D vitamini ve folik asit kullanımı ise oksitosin düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, gebelik oksitosin düzeyinin postpartum depresyon için prediktif bir biyobelirteç olabileceği bulgusuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuç doğrultusunda, gebelik oksitosin düzeyinin, PPD riskini öngörmede faydalı bir yöntem olabileceği düşünülmektedir. Bu uygulama ile PPD riski olan kadınlara erken tanı ve tedavi fırsatı sunulabilecektir. Böylece, kadınların postpartum dönemde mental sağlıklarının sürdürülmesine ve daha kaliteli annelik deneyimi yaşamalarına olanak sağlanmış olacaktır.

Elde edilen çalışma sonuçları doğrultusunda bazı öneriler sunulmaktadır:

- Gebeliğin son trimesterinde, kadınların oksitosin düzeylerinin ölçülmesi ve depresyon semptomlarının değerlendirilmesi,
- Gebelik öncesi ve erken gebelik dönemindeki kadınların folik asit kullanması,

- Gebelerin, gebe eğitim sınıflarına katılmalarına olanak sağlanması,
- Kadınların gebelik ve postpartum dönemde D vitamini takviyesi alması,
- Gebelik ve postpartum dönemde eş desteği ve diğer sosyal desteklerin artırılması,
- Gebelik ve postpartum dönemde kadınların, takibinde olduğu hekim ve ebelerle iletişiminin güçlendirilmesi,
- Gebelik ve postpartum dönemde, mental sağlığı iyileştirmek adına kadınlar için uygun aktiviteler planlanması,
- Gebelik ve postpartum dönemde sigara kullanan kadınların, sigarayı bırakmaya teşvik edilmesi,
- Postpartum dönemde anne ve bebeğin ten tene temasının ve iletişiminin güçlendirilmesi,
- Kadının isteği dışında gebelikleri ve artmış gebelik sayısını önlemek için aile planlaması danışmanlığı hizmetlerine yönlendirilmesi,
- Emzirmenin desteklenmesi ve emzirmeyenlerde meme ucu stimülasyonu,
- Postpartum dönemde, PPD için riskli grupta olan kadınların belirlenmesi,
- PPD için riskli grupta olan kadınlara uygun danışmanlığın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2014**.
2. **Yeaton-Massey A, Herrero T.** Recognizing maternal mental health disorders: beyond postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol*, **2019**; 31(2):116-119. Doi: 10.1097/GCO.0000000000000524
3. **Kolukırmık Ü.** Postpartum depresyon belirtisini etkileyen etmenler ve postpartum depresyon belirtisinin emzirme ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, **2016**.
4. **Duman BU.** Postpartum depresyon, eş desteği ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2019**.
5. **Taylor CL, Stewart RJ, Howard LM.** Relapse in the first three months postpartum in women with history of serious mental illness. *Schizophrenia Research*, **2019**; 204:46-54. Doi: 10.1016/j.schres.2018.07.037
6. **Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG.** Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*, **2018**; 17(18). Doi: 10.1186/s12991-018-0188-0
7. **Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S.** Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2009**; 29(1).
8. **Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, Chowdhury MAK, Arifeen SE, Billah SM.** Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. *PLoS One*, **2019**; 14(5):e0215735. Doi: 10.1371/journal.pone.0215735
9. **Gabbe S, Niebly JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA, Berghella V, Grobman WA.** *Obstetrics*. 7.Edition, Elsevier, **2017**: 246-249.
10. **Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS.** *Williams Obstetrics*. 24nd Ed. McGraw-Hill Education, **2014**:408-429.
11. **Erickson EN.** Physiologic function of oxytocin after birth: influence on postpartum blood loss and lactation. A Dissertation, Oregon Health & Science University School of Nursing, Oregon, **2018**. Doi: 10.6083/GJ0W18

12. Jobst A, Krause D, Maiwald C, Härtl K, Myint AM, Kästner R, Obermeier M, Padberg F, Brücklmeier B, Weidinger E, Kieper S, Schwarz M, Zill P, Müller N. Oxytocin course over pregnancy and postpartum period and the association with postpartum depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health*, **2016**; 19:571-579. Doi: 10.1007/s00737-016-0644-2
13. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, **2011**; 36(9):1886. Doi: 10.1038/npp.2011.74
14. Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. **2015**. Erişim: (<http://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>) 2019. Erişim tarihi: 23.09.2019
15. Prevost M, Zelkowitz P, Tulandi T, Hayton B, Feeley N, Carter CS, Joseph L, Pournajafi-Nazarloo H, Ping EY, Abenhaim H, Gold L. Oxytocin in pregnancy and the postpartum: relations to labor and its management. *International Journal of Child Health and Human Development*, **2014**; 2(1). Doi: 10.3389/fpubh.2014.00001
16. Mah BL. Oxytocin, postnatal depression, and parenting: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, **2016**; 24(1):1-13. Doi: 10.1097/HRP.0000000000000093
17. McErlean R, Eapen V. Perinatal anxiety and depression: associations with oxytocin and mother-infant interactions. 2012. Erişim: (<https://www.intechopen.com/books/perinatal-depression/perinatal-anxiety-and-depression-associations-with-oxytocin-and-mother-infant-interactions->) 2019. Erişim tarihi: 28.07.2019
18. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations between postpartum depression, breastfeeding, and oxytocin levels in Latina mothers. *Breastfeeding Medicine*, **2017**; 12:7. Doi: 10.1089/bfm.2016.0213
19. Lara-Cinisomo S, Zhu K, Fei K, Bu Y, Weston AP, Ravat U. Traumatic events: exploring associations with maternal depression, infant bonding, and oxytocin in Latina mothers. *BMC Women's Health*, **2018**; 13:31. Doi: 10.1186/s12905-018-0520-5
20. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health*, **2013**; 22(4). Doi: 10.1089/jwh.2012.3768
21. De Cagna F, Fusar-Poli L, Damiani S, Rocchetti M, Giovanna G, Mori A, Politi P, Brondino N. The role of intranasal oxytocin in anxiety and depressive disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, **2019**; 17(1):1-11.
22. World Health Organization. Depression A Global Public Health Concern. 2012. Erişim: (https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf) 2019. Erişim tarihi: 28.07.2019

23. **Tuman TC.** DSM-5 Kriterlerine göre tanı konan depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastalarında serum oksitosin düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, **2015**.
24. **Sertçelik S.** Depresyon. Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. 2013. Erişim: (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/depresyon_2013.pdf) 2019. Erişim tarihi: 21.09.2019
25. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. 2017. Erişim: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>) 2019. Erişim tarihi: 22.09.2019
26. **Türen E.** Prenatal anne-bebek bağlanmasında maternal oksitosin, kortizol ve prolaktin düzeylerinin etkisi ve annenin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, **2014**.
27. **Poyraz B.** Acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda depresyon sıklığının ve depresyon öngörü özelliklerinin saptanması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, **2018**.
28. **Karaathı İ.** Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile serum oksitosin düzeylerinin ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri, **2014**.
29. Mayo Clinic. 2018. Erişim: (<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>) 2019. Erişim tarih: 05.08.2019
30. **Pariante CM.** Depression, stress and the adrenal axis. *Journal of Neuroendocrinology*, **2003**; 15(8): 811-812. Doi: 10.1046/j.1365-2826.2003.01058.x
31. **Tolentino JC, Schmidt SL.** DSM-5 Criteria and depression severity: implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, **2018**; 9;450. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00450.
32. **Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF.** Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2003**; 12(8):287.
33. **Zayman EP.** DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Cukurova Medical Journal*, **2016**; 41(2):360-362. Doi: 10.17826/cutf.207909
34. **Şuer T.** Posttravmatik stres bozukluğu. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, **2005**; 47:205-210.
35. **Mete HE.** Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **2008**; 11(3):3-18.

36. **Opie RS, Itsiopoulos C, Parletta N, Sanchez-Villegas A, Akbaraly TN, Ruusunen A, Jacke FN.** Dietary recommendations fort he prevention of depression. *Nutritional Neuroscience*, **2017**; 20(3):161-171. Doi:10.1179/1476830515Y.0000000043
37. **Harvey SB, Qverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M.** Exercise and the prevention of depression: result of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry*, **2018**; 175(1):28-36. Doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223
38. **Cuijpers P, Shields-Zeeman L, Walters BH, Petrea L.** Prevention of depression and promotion of resilience-Consensus Paper. 2016.
Eriřim:(https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf)
2020. Erişim tarih: 10.05.2020
39. **Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N.** Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000-2017 araştırma sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2018**; 9(3):147-152. Doi: 10.14744/phd.2018.31549
40. **Üstgöröl S, Yanikkerem E.** Postpartum dönemde kadınların psikosoyol durumları ve etkileyen risk faktörleri. *Journal of Academic Research in Nursing*, **2017**; 3(1):61-68. Doi: 10.5222/jaren.2017.1012
41. **Haight SC, Byatt N, Simas TAM, Robbins CL, Ko YK.** Recorded Diagnoses of depression during delivery hospitalizations in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, **2019**; 133:1216-23. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003291
42. **Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A.** Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2014**; 57:246-251.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. 2018.
Erişim:(https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ruh_sagligi/kadin_rs/2018_dogum_sonubakreh.pdf) 2019. Erişim tarih: 13.08.2019
44. **Erdem Ö, Bucaktepe GE.** Postpartum depresyon görölme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **2012**; 39(3):458-461. Doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182
45. **Dennis CL.** Detection, prevention and treatments of postpartum depression. In Stewart, DE, Robertson, E, Dennis, CL, Grace, SL, Wallington, T. Postpartum depression: *Literature review of risk factors and interventions*. In Toronto Public Health, **2003**.
46. **Bobo WV, Yawn BP.** Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clinic Proceedings*, **2014**; 89(6):835-844. Doi:10.1016/j.mayocp.2014.01.027
47. **Mah BL, Ijzendoorn RS, Bakermans-Kranenburg MJ.** Oxytocin in postnatally depressed mothers: Its influence on mood and expressed emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, **2013**; 40:267-272

48. **Beydağ KD.** Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6):479-484.
49. **Hanna B, Jarman H, Savage S, Layton K.** The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2004**; 33(2):191-197. Doi: 10.1177/0884217504262972
50. **Mauthner NS.** Postnatal depression: how can midwives help?. *Midwifery*, **1997**;13(4): 163-171. Doi: 10.1016/S0266-6138(97)80002-2
51. **Tezel A, Gözüml S.** Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2005**; 12(2):62-68.
52. **Gimpl G, Fahrenholz F.** The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. *Physiological Reviews*, **2001**; 81(2). Doi: 10.1152/physrev.2001.81.2.629
53. **Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC.** *Goodmans and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 13th.Ed. United States: McGraw-Hill, **2018**; 782-786.
54. **Abdel-Sater.** Physiological positive feedback mechanisms. *American Journal of Biomedical Sciences*, **2011**; 3(2):145-155. Doi: 10.5099/aj110200145
55. **Hughes EJ.** Newly discovered physiological effect of oxytocin. *Endocrinology & Metabolic Syndrome*, **2018**; 7(3). Doi: 10.4172/2161-1017.1000288
56. **Mete S.** Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergi*, **2013**; 6(2):93-98.
57. **Sara BA, Kurtz LE, Grewen K.** Oxytocin and social bonds: The role of oxytocin in perceptions of romantic partners' bonding behavior. *Psychological Science*, **2017**; 28(12):1763-1772.
58. **Eapen V, Dadds M, Barnett B, Kohlhoff J, Khan F, Radom N, Silove DM.** Separation anxiety, attachment and inter-personal representations: disentangling the role of oxytocin in the perinatal period. *Plos One*, **2014**; 9(9). Doi: 10.1371/journal.pone.0107745
59. **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.** Detection of postnatal depression development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, **1987**; 150(6):782-786. Doi: 10.1192/bjp.150.6.782
60. **Engindeniz AN, Küey L, Kültür S.** Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 1. Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara: **1997**; 51-52.
61. **Beck AT, Ward C, Mendelson M.** Beck depression inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, **1961**; 4(6):561-571.

62. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1988**; 6(23):3-13.
63. Seay JS, Lattie E, Schneiderman N, Antoni MH, Fekete EM, Mendez AJ, Szeto A, Fletcher MA. Linear and quadratic associations of plasma oxytocin with depressive symptoms in ethnic minority women living with HIV. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, **2014**; 19(1):70-78. Doi: 10.1111/jabr.12016
64. Grewen KM, Davenport RE, Light KC. An investigation of plasma and salivary oxytocin responses in breast-and formula-feeding mothers of infants. *Psychophysiology*, **2010**; 47(4):625-632. Doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00968.x.
65. IBM SPSS for Windows. Version 22.0, USA: SPSS Inc., 2015.
66. Apter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, Ebstein RP, Feldman R. Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, **2013**; 170(10):1161-1168. Doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121597
67. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorder*, **2015**; 175:34-52. Doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041
68. Zolkowitz P, Gold I, Feeley N, Hayton B, Carter CS, Tulandi T, Abenhaim HA, Levin P. Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Hormones and Behavior*, **2014**; 66(2):351-360. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2014.06.014
69. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, Swain JE. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, **2011**; 52(8):907-915. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x.
70. Odinka JI, Nwoke M, Chukwuorji JC, Egbuagu K, Mefoh P, Odinka PC, Amadi KU, Muomah RC. Post-partum depression, anxiety and marital satisfaction: A perspective from Southeastern Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, **2018**; 24(1). Doi: 10.4102/sajpsy.2018.v24i0.1109
71. Garfield L, Giurgescu C, Carter CS, Holditch-Davis D, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, White-Traut R. Depressive symptoms in the second trimester relate to low oxytocin levels in African-American women: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, **2015**; 18(1):123-129. Doi: 10.1007/s00737-014-0437-4
72. Meçe D. Postpartum depression and marital relationship. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, **2013**; 2(4):319. Doi: 10.5901/ajis.2013.v2n4p319
73. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The relationship between postpartum depression and perinatal cigarette smoking: an analysis of PRAMS data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **2015**; 56:34-38. Doi: 10.1016/j.jsat.2015.03.004

74. **Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Caverro-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V.** Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, **2017**; 44(3):200-208. Doi: 10.1111/birt.12294
75. **Coll CDVN, Domingues MR, Stein A, da Silva BGC, Bassani DG, Hartwig FP, da Silva ICM, da Silva MF, da Silva SG, Bertoldi AD.** Efficacy of regular exercise during pregnancy on the prevention of postpartum depression: the pamela randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, **2019**; 2(1):e186861. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6861
76. **Eyles DW, Burne TH, McGrath JJ.** Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. *Frontiers in Neuroendocrinology*, **2013**; 34(1):47-64. Doi: 10.1016/j.yfrne.2012.07.001
77. **Hoang MT, DeFina LF, Willis BL, Leonard DS, Weiner MF, Brown ES.** Association between low serum 25-hydroxyvitamin D and depression in a large sample of healthy adults: the Cooper Center longitudinal study. *Mayo Clinic Proceedings*, **2011**; 86(11):1050-1055. Doi: 10.4065/mcp.2011.0208
78. **Yan J, Liu Y, Cao L, Zheng Y, Li W, Huang G.** Association between duration of folic acid supplementation during pregnancy and risk of postpartum depression. *Nutrients*, **2017**; 9(11):1206. Doi: 10.3390/nu9111206
79. **Massey SH, Schuette SA, Pournajafi-Nazarloo H, Wisner KL, Carter CS.** Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. *Archives of Women's Mental Health*, **2016**; 19(5):799-808. Doi: 10.1007/s00737-016-0616-6
80. **Cyranowski JM, Hofkens TL, Frank E, Seltman H, Cai HM, Amico JA.** Evidence of dysregulated peripheral oxytocin release among depressed women. *Psychosomatic Medicine*, **2008**; 70(9):967. Doi:10.1097/PSY.0b013e318188ade4
81. **Parker KJ, Kenna HA, Zeitzer JM, Keller J, Blasey CM, Amico JA, Schatzberg AF.** Preliminary evidence that plasma oxytocin levels are elevated in major depression. *Psychiatry Research*, **2010**; 178(2):359-362. Doi:10.1016/j.psychres.2009.09.017
82. **Moura D, Canavarro MC, Figueiredo-Braga M.** Oxytocin and depression in the perinatal period-a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, **2016**; 19:561-570. Doi: 10.1007/s00737-016-0643-3

EKLER

EK-1. İlk Görüşme Veri Toplama Formu

GEBELERİN OKSİTOSİN DÜZEYLERİ İLE POSTPARTUM DEPRESYON DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı, bu çalışma; gebelerin oksitosin düzeyleri ile postpartum depresyon durumları arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmak isterseniz aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ederiz. Tüm bu bilgiler bilimsel değerlendirme dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Ayseren ÇEVİK,

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Sultan ALAN

A. DEMOGRAFİK BİLGİLERE İLİŞKİN SORULAR

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz: 1.Okur-yazar() 2.İlkokul() 3.Ortaokul() 4.Lise() 5.Üniversite ve üzeri()
3. Çalışma durumunuz: 1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor ()
4. Sosyal güvenceniz: 1.Var () 2.Yok ()
5. Gelir Düzeyiniz: 1.Çok iyi () 2.İyi () 3.Orta () 4.Kötü ()
6. Aile tipiniz: 1.Çekirdek aile () 2.Geniş aile ()
7. Evlilik süreniz: yıl/ay
8. İkamet ettiğiniz ilçe: Seyhan () Çukurova () Yüreğir ()
9. Bağlı olduğunuz ASM (Aile Sağlığı Merkezi):

B. GENEL SAĞLIĞA VE PSİKOSOSYAL ETMENLERE İLİŞKİN SORULAR

10. Mevcut herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Açıklayınız. 1.Evet ()..... 2.Hayır ()
11. Mevcut alışkanlıklarınız var mı? 1.Yok () 2.Sigara () 3.Alkol () 4.Madde/diğer..... ()
12. Egzersiz yapma durumunuz nedir? 1.Hiç () 2.Hafif egzersiz () 3.Orta egzersiz () 4.Ağır egzersiz ()
13. Geçirilmiş herhangi bir psikolojik hastalığınız (depresyon, psikoz vb.) var mı? Açıklayınız. 1.Evet()..... 2.Hayır()
14. Birinci derece yakınınızda psikolojik hastalık öyküsü var mı? Açıklayınız. 1.Evet ()..... 2.Hayır ()
15. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizde ne hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) 1.Mutlu-Sevinçli () 2.Heyecanlı () 3.Duygusal () 4.Korkmuş () 5.Üzgün-Mutsuz () 6.Nötr-Bir şey hissetmeme ()
16. Gebelikte eşiniz size destek oldu mu? 1.Her zaman () 2.Bazen () 3.Hiçbir zaman ()

17. Gebelikte eşiniz ile evlilik ilişkiniz nasıl? İyi () Orta () Kötü ()
18. Gebeliğiniz süresince bebeğinizle iletişiminiz/duygusal bağınız nasıldı?
1.İyi () 2.Orta () 3.Kötü ()
19. Annelik sizi korkutuyor mu? 1.Çoğu zaman() 2.Bazen() 3.Hiçbir zaman()
20. Doğum korkunuz var mı? 1.Çok fazla () 2.Orta () 3.Az () 4.Hiç ()

C. GEBELİĞE İLİŞKİN SORULAR

21. Gebelik sayınız: 1.Bir () 2.İki () 3.Üç () 4.Dört ve üzeri ()
22. Yaşayan çocuk sayınız: 1.Yok () 2.Bir () 3.İki () 4.Üç () 5.Dört ve üzeri ()
23. Düşük veya ölü doğum öykünüz var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()
24. İlk gebelik yaşıınız:
25. Mevcut gebelik haftanız:.....
26. Mevcut gebeliğiniz ile bir önceki gebeliğiniz arasındaki süre? yıl/ay
(İlk gebeliğiniz ise diğer soruya geçiniz.)
27. Gebe olma şekliniz: 1.Doğal gebelik () 2.Üremeye yardımcı teknikler ile gebelik ()
28. Gebeliğinizi isteme durumunuz: 1.Planlı gebelik () 2.Plansız Gebelik ()
29. Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Açıklayınız. 1.Evet ().... 2.Hayır ()
30. Antenatal takip ve kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz? 1.Evet () 2.Hayır ()
31. Antenatal takiplerinizi nerede yapıyor? (Cevabınız “hayır” ise 32.soruya geçiniz.)
1.Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi () 2.Devlet Hastanesi () 3.Özel Hastane ()
4.ASM () 5.Diğer ().....
32. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında eğitim aldınız mı? Nereden aldınız?
1.Evet()..... 2.Hayır()
33. Gebeliğinizde folik asit, demir, D vitamini desteği/destekleri aldınız mı?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1.Folik asit () 2.Demir () 3.D vitamini ()

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- **0.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 - 1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2.Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - 3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- **0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 - 1.Gelecek hakkında karamsarım.
 - 2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - 3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- **0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 - 1.Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - 2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - 3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- **0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 - 1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 - 2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - 3.Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- **0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 - 1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - 2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - 3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6- **0.Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.**
1.Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2.Cezalandırılmayı bekliyorum.
3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- **0.Kendimden memnunum.**
1.Kendi kendimden pek memnun değilim.
2.Kendime çok kızıyorum.
3.Kendimden nefret ediyorum.
- 8- **0.Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- **0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2.Kendimi öldürmek isterdim.
3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- **0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1.Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2.Çoğu zaman ağlıyorum.
3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- **0.Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2.Şimdi hep sinirliyim.
3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- **0.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- **0.Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3.Artık hiç karar veremiyorum.

- 14- **0.Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3.Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- **0.Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3.Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- **0.Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- **0.Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2.Yaptığım her şey beni yoruyor.
3.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- **0.İştahım her zamanki gibi.**
1.İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2.İştahım çok azaldı.
3.Artık hiç iştahım yok.
- 19- **0.Son zamanlarda kilo vermedim.**
1.İki kilodan fazla kilo verdim.
2.Dört kilodan fazla kilo verdim.
3.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- **0.Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**
1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21- **0.Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3.Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-2. İkinci Görüşme Veri Toplama Formu

A. DOĞUM VE DOĞUM SONU DÖNEME İLİŞKİN SORULAR

1. Doğumunuzu kaçınıcı gebelik haftasında yaptınız? haftada
2. Doğumunuzu nerede yaptınız?
1.Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi () 2.Devlet Hastanesi () 3.Özel Hastane ()
4.Ev () 5.Diğer ().....
3. Doğum şekliniz nedir?
1.Epizyotomisiz-Dikişsiz normal doğum() 2.Epizyotomili-Dikişli normal doğum() 3.Sezaryen()
4. Doğumda herhangi bir komplikasyon gelişti mi? 1.Evet ()..... 2.Hayır ()
5. Doğumda indüksiyon (suni sancı) aldınız mı? 1.Evet () 2.Hayır ()
6. Doğumunuzda duygudurumunuz nasıldı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1.Mutlu-Sevinçli () 2.Heyecanlı () 3.Duygusal () 4.Korkmuş () 5.Üzgün-Mutsuz () 6.Nötr-Bir şey hissetmeme () 7.Diğer ().....
7. Doğum sonrası kontrole gittiniz mi? 1.Evet () 2.Hayır () (Cevabınız “Hayır” ise 9. soruya geçiniz.)
8. Doğum sonrası kontrolünüz nerede yapıldı?
1.Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanesi () 2.Devlet Hastanesi () 3.Özel Hastane ()
4.ASM () 5.Diğer ().....
9. Doğum sonrasında bebeğiniz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yattı mı?
1.Evet ().....gün 2.Hayır ()
10. Bebeğinizin sağlık durumu nasıl? Varsa hastalık adını yazınız. 1.Sağlıklı 2.Hasta ().....
11. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? 1.Erkek () 2.Kız ()
12. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz? 1.Evet () 2.Hayır () 3.Kararsızım ()
13. Eşiniz bebeğinizin cinsiyetinden memnun mu? 1.Evet () 2.Hayır () 3.Bilmiyorum ()
14. Bebeğinizin doğum kilosu: gr
15. Bebeğinizin doğum boyu: cm
16. Bebeğiniz şu an kaç haftalık/aylık: hafta/ay
17. Bebeğinizin gelişimi (boy,kilo vb.) nasıl? 1.Haftası ile uyumlu () 2.Haftasından ileride ()
3.Haftasından geride ()
18. Doğumdan sonra ilk emzirmeyi ne zaman gerçekleştirdiniz?
1.İlk 1 saat içinde () 2.İlk 1 saatten sonra () 3.Hiç ()
19. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz? (Cevabınız “formül mama” ise 23.soruya geçiniz.)
1.Sadece anne sütü () 2.Anne sütü ve formül mama () 3.Formül mama () 4.Diğer ().....
20. Bebeğinizi emzirme süreniz nedir? 1.Hiç () 2.Birkaç hafta () 3.Halen ()
21. Bebeğinizi anne sütü ile besliyorsanız ne sıklıkla emziriyorsunuz? Günde Kez
22. Emzirmenizi nasıl buluyorsunuz? 1.Yeterli () 2.Orta () 3.Yetersiz ()
23. Bebeğinize emzik veya biberon kullandınız mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

24. Bebeğinizin bakımını kim sağlıyor? 1.Kendim () 2.Eşim () 3.Yakınlarım () 4.Bakıcı ()
25. Bebek bakımı konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?
1.Yeterli () 2.Orta () 3.Yetersiz ()
26. Bebek bakımını nasıl buluyorsunuz? 1.Kolay () 2.Normal () 3.Zor ()
27. Kendinizi annelik rolünde nasıl hissediyorsunuz? 1.Yeterli () 2.Orta () 3.Yetersiz ()
28. Annelik sizi korkutuyor mu? 1.Evet () 2.Kararsızım () 3.Hayır ()
29. Bebeğinize karşı duygudurumunuz nedir? 1.Şefkatli-Sevecen () 2.Kızgın-Öfkeli () 3.Nötr-Hiçbir şey hissetmeme () 4.Diğer ().....
30. Bebeğiniz ile iletişiminiz (bağlanma) nasıl? 1.Çok iyi () 2.Orta-yeterli () 3.Kötü-yetersiz () 4.Hiç ()
31. Bebeğinize karşı koruyuculuk duygudurumunuz nedir? 1.Çok fazla () 2.Orta () 3.Hiç ()
32. Şu anda hayatınızda ciddi bir stres (aile problemleri, bir yakının ölümü, iş kaybı) var mı? Açıklayınız. 1.Evet ()..... 2.Hayır ()
33. Doğum sonu dönemde eş ve sosyal desteğiniz yeterli mi? 1.Evet () 2.Hayır ()
34. Doğum sonu dönemde eşiniz ile evlilik ilişkiniz nasıl? 1.İyi () 2.Orta () 3.Kötü ()
35. Doğum sonu dönemde izin durumunuz nedir? (Çalışmayanların cevaplandırmasına gerek yoktur.)
1.Ücretli izin () 2.Ücretsiz izin () 3.Diğer ()
36. Doğum sonu dönem günlük yaşantınızı olumsuz yönde etkiledi mi?
1.Çok fazla () 2.Biraz () 3.Hiç ()

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- **0.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 - 1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2.Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - 3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- **0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 - 1.Gelecek hakkında karamsarım.
 - 2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - 3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- **0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 - 1.Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - 2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - 3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- **0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 - 1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 - 2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - 3.Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- **0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 - 1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - 2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - 3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6- **0.Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.**
1.Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2.Cezalandırılmayı bekliyorum.
3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- **0.Kendimden memnunum.**
1.Kendi kendimden pek memnun değilim.
2.Kendime çok kızıyorum.
3.Kendimden nefret ediyorum.
- 8- **0.Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- **0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2.Kendimi öldürmek isterdim.
3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- **0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1.Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2.Çoğu zaman ağlıyorum.
3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- **0.Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2.Şimdi hep sinirliyim.
3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- **0.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- **0.Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3.Artık hiç karar veremiyorum.

- 14- **0.Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3.Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- **0.Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3.Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- **0.Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- **0.Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2.Yaptığım her şey beni yoruyor.
3.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- **0.İştahım her zamanki gibi.**
1.İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2.İştahım çok azaldı.
3.Artık hiç iştahım yok.
- 19- **0.Son zamanlarda kilo vermedim.**
1.İki kilodan fazla kilo verdim.
2.Dört kilodan fazla kilo verdim.
3.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- **0.Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**
1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- **0.Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3.Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

**Kadınların Gebelik ve Postpartum Dönemde Tükürük Örneği İle Belirlenen
Oksitosin Düzeyleri**

Ölçüm zamanı	Oksitosin Düzeyi (pg/ml)
1.Ölçüm (Gebelik Dönemi/Hafta)	
2.Ölçüm (Postpartum Dönem/Hafta)	



EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATMA VE ONAM FORMU ÖRNEĞİ

Bu çalışma, Adana’da yaşayan kadınların, gebelik ve doğum sonu dönemdeki oksitosin düzeyleri ile postpartum depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma iki görüşmede gerçekleştirilecektir. İlk görüşme gebeliğinizin 30-38. haftasında, ikinci görüşme ise doğumdan sonra bebeği aşı izlemine getirdiğiniz 4, 8 veya 12. haftada yapılacaktır. Sizden; araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikleriniz, gebelik ve doğum sonu döneme ait bilgileriniz, depresyon durumunuz ile ilgili sorulardan oluşan anket formunu doldurmanız ve oksitosin düzeyinizi belirleyebilmek için tükürük örneği vermeniz istenecektir. Her iki görüşmede aynı işlemler tekrarlanacaktır.

Araştırmaya katılmama ve istediğiniz zaman ayrılma hakkınız vardır. Araştırmadan ayrıldığınız takdirde teşhis-tedavi süreciniz aksamayacaktır. Araştırma giderleri size veya sosyal güvenlik kurumuna yansıtılmayacaktır. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Ek bilgi talebiniz olduğu takdirde sözlü olarak karşılanacaktır. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

Doç. Dr. Sultan ALAN
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

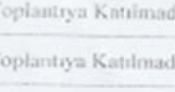
Adı Soyadı, Tarih, İmza

EK-4. Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
90 -	5 Temmuz 2019

KARAR NO 38- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sultan Alan yönetiminde, Ayseren Çevik tarafından yürütülmesi öngörülen, "Gebelerin Oksitosin Düzeyleri ile Postpartum Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Sarıaç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kaygın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balçalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-5. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası

ClinicalTrials.gov PRS Protocol Registration and Results System

[Contact ClinicalTrials.gov PRS](#)

Org: CukurovaU User: SAlan [Logout](#)

Quick Links

[New Record](#)

[Quick Start Guide](#)

[Problem Resolution Guide](#)

Records ▾ Accounts ▾ Help ▾

Email: tasalann@gmail.com [[Update](#)]

Help us improve: [PRS Survey](#)

Record List

Showing: 1 record

[Show/Hide Columns](#)

	Protocol ID ▴ ▾	ClinicalTrials.gov ID ▴ ▾	Brief Title ▴ ▾	Record Status ▴ ▾	Last Update ▾	Responsible Party ▴ ▾	Problems ▴ ▾
Open	TYL-2019-12476	NCT04427410	The Relationship Between Oxytocin Level and Postpartum Depression	Public	06/10/2020 03:58	Sultan Alan tasalann@gmail.com	

KEY: Results Delayed Results Study Documents PRS Review

XML Upload No longer public PRS Review Comments

[Download...](#)

EK-6. Bap Desteği



T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Konu: Yürürlüğe Giren Proje Öneriniz

Tarih
19.11.2019

Sayın Doç.Dr. SULTAN ALAN

Aşağıda bilgileri özetlenen proje önerinize yönelik değerlendirme süreci tamamlanmış ve BAP Komisyonu tarafından desteklenmesi uygun görülen projeniz, proje sözleşmesinin Rektörlük Makamı tarafından onaylanmasıyla yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Tebrik eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,

Prof.Dr. Faruk KARADAĞ
Koordinatör

Proje Başlığı: Gebelerin Oksitosin Düzeyleri ile Postpartum Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Proje No: TYL-2019-12476

Proje Türü: Y.Lisans

Süresi: 12 ay

Başlama Tarihi: 19.11.2019

Onaylanan Bütçesi: 9.957,38 TL

Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. SULTAN ALAN

Araştırmacı(lar): AYSEREN ÇEVİK

EK-7. Tez Öneri Kararı

Tarih ve Sayı: 20/09/2019-E.134289



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 58998516-050.02.04/
Konu : Yüksek Lisans Tez Önerisi (Ayseren
ÇEVİK) hk.

Sayın Doç.Dr. Sultan ALAN

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 19.09.2019 tarih ve 27/58-30 no'lu kararı
aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 30- Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 17.09.2019 tarih ve 131250 sayılı
yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi Ayseren ÇEVİK'in "*Gebelerin Oksitosin Düzeyleri İle
Postpartum Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" başlıklı tez önerisinin
kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez
Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile
karar verildi.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Doç.Dr. Sultan ALAN

EK-8. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Ayseren
ÇEVİK)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayseren ÇEVİK tarafından yapılması planlanan " Gebelerin Oksitosin Düzeyleri ile Postpartum Depresyon Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bilimsel çalışmasını Seyhan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Yüreğir İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapmak istemesi ile ilgili bilimsel çalışma başvuru talebi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Ayseren ÇEVİK, 1994 yılında Adana’da doğdu. İlköğretimi Necatibey İlköğretim Okulu’nda, lise eğitimini Adana Erkek Lisesi’nde tamamladı. 2013 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu’nda ebelik lisans eğitimine başladı. 2014 yılından itibaren eğitime, Çukurova Üniversitesi’nde devam ederek, 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden birincilik derecesiyle mezun oldu. 2017-2018 Akademik Yılı Bahar Dönemi’nde Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek Lisans eğitimine başladı. Yabancı dili İngilizce olan, alanı ile ilgili çeşitli uluslararası bilimsel etkinliklere katılan, bildirileri ve yayınları bulunan araştırmacı akademik çalışmalarına devam etmektedir.