



**KARABÜK İLİNDE YAŞAYAN 0-18 AY
ARALIĞINDA BEBEĞİ OLAN KADINLARDA
POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK
FAKTÖRLERİ**

**2025
TIPTA UZMANLIK TEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Zozan ÖZAKÇİL

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN**

**KARABÜK İLİNDE YAŞAYAN 0-18 AY ARALIĞINDA
BEBEĞİ OLAN KADINLARDA POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ**

Zozan ÖZAKÇİL

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Aybala Cebecik ÖZCAN**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalında
Tıpta Uzmanlık Tezi
Olarak hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Ağustos 2025**

Zozan ÖZAKÇİL tarafından hazırlanan “KARABÜK İLİNDE YAŞAYAN 0-18 AY ARALIĞINDA BEBEĞİ OLAN KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ ” başlıklı bu tezin Tıpta Uzmanlık Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN
Tez Danışmanı, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir. 01/08/2025

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu) İmzası

Başkan : Doç. Dr. Habibe İNCİ (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat ŞAHİN (KBÜ)

Bu tez Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından TIPTA UZMANLIK tezi olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. İsmail AK
Tıp Fakültesi Dekanı



“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Zozan ÖZAKÇİL

ÖZET

Tıpta Uzmanlık Tezi

KARABÜK İLİNDE YAŞAYAN 0-18 AY ARALIĞINDA BEBEĞİ OLAN KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Zozan ÖZAKÇİL

Karabük Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN

Ağustos 2025, 65 sayfa

Amaç: Yeni doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon (PPD) için erken tanı, depresyonun ilerlememesi ve olumsuz sonuçlara maruziyetin en aza indirilmesi için önem arz etmektedir. Kadınların doğum sonrası ruhsal açıdan da değerlendirilmesi, PPD taraması ile ilgili farkındalığın arttırılması ve risk faktörlerine etkili müdahale stratejilerinin geliştirilebilmesi önemlidir. Bu gerekçeyle bu çalışmada, Karabük ilinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlarda PPD sıklığının araştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma TC Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği poliklinikleri ve Karabük İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine Nisan 2025-Haziran 2025 tarihlerinde başvuran 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlara yönelik yapıldı. Katılımcılara 42 soruluk anket

sunulmuş olup 32 soru sosyodemografik bilgi içerirken 10 soru Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDPÖ) sorularıydı.

EDPÖ ilk olarak 1987 yılında kadınlarda doğumdan sonraki dönemde depresyon varlığını ve şiddetini belirlemek için Cox ve Holden tarafından geliştirilmiştir. 10 soru içeren dördümlü Likert şeklinde, katılımcıların kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Bu ölçekte en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. 12 puan ve altı postpartum depresyon için risksiz, 13 ve üzeri puanlar riskli olduğunu ifade etmektedir. EDPÖ tanı koydurucu değil bulguları tarama, risk düzeyini belirleme amacıyla kullanılmaktadır. Ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1996 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80, kesme noktası 13 olarak alınmıştır. Ölçekteki 1., 2., ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktayken 3.,5.,6.,7.,8.,9.,10. maddeler ters olarak 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanmaktadır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 30,22 ($\pm 5,47$) olup, yaş değerleri 18 ile 43 arasında değişmektedir; ortanca yaş 30'dur. Katılımcıların %20,5'i (n=42) doğum sonrası depresyon (PPD) riski taşımaktadır; %79,5'i (n=163) risk taşımamaktadır. Çalışmamızda; sosyal medyada fenomen anneleri hiç takip etmeyenlerde PPD riski orta düzeyde ve sıklıkla takip edenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p < 0,05$). Daha önce depresyon öyküsü olanlarda PPD riski depresyon öyküsü olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p = 0,010$). Katılımcılardan eşi ile ilişkisini ve eşinin kendisine ve bebeğine ayırdığı vakti iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,05$). Benzer şekilde annesi veya eşinin annesiyle ilişkisini iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,01$). Son gebeliği planlı olanların depresyon riski planlı olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Diğer değişkenlerde anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuçlar: PPD belirtileri yaygın olabilmesine rağmen, tanı alma oranları düşüktür. Risk altındaki bireylerle ilk karşılaşan sağlık birimi genelde birinci basamak

olmaktadır. Dolayısıyla önlem alma, erken tanı ve yönlendirme açısından birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü çok önemlidir. Çalışmamızda PPD riskinin yüksek bulunması, postpartum kadınların ruh sağlığının korunması ve desteklenmesinin nedenli önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Postpartum depresyon, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Risk faktörleri

Bilim Kodu: 1004



ABSTRACT

Ph. D. Thesis

FREQUENCY AND RISK FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WITH BABIES BETWEEN 0-18 MONTHS LIVING IN KARABÜK PROVINCE

Zozan ÖZAKÇIL

**Karabük University
Faculty of Medicine
Department of Family Medicine**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Aybala CEBECİK ÖZCAN

August 2025, 65 pages

Objective: Early diagnosis of PPD in women who have recently given birth is important to prevent the progression of depression and to minimize exposure to negative outcomes. It is important to evaluate women's mental health after birth, to increase awareness of PPD screening, and to develop effective intervention strategies for risk factors. For this reason, this study aimed to investigate the frequency of PPD and to determine risk factors in women with babies between 0-18 months of age living in Karabük province.

Materials and Methods: This study was conducted on women with babies between 0-18 months of age who applied to Karabük University Education and Research Hospital and Karabük Provincial Health Directorate Family Health Centers between April 2025-June 2025. Participants were presented with a 42-question survey, 32 of

which included sociodemographic information, while 10 were Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) questions. EPDS was first developed by Cox and Holden in 1987 to determine the presence and severity of depression in women after childbirth. It is a 10-question, four-point Likert-type scale in which participants evaluate themselves. The lowest score on this scale is 0, and the highest score is 30. A score of 12 and below indicates no risk for postpartum depression, and a score of 13 and above indicates risk. The EPDS is not used for diagnosis but for screening purposes and determining the risk level. The reliability and validity study in our country was conducted by Engindeniz and his colleagues in 1996, and the internal consistency coefficient of the scale was 0.79, split-half reliability was 0.80, and the cut-off point was 13. While the 1st, 2nd, and 4th items in the scale are scored as 0, 1, 2, 3, 4, the 3rd, 5th, 6th, 7th, 8th, 9th, and 10th items are scored in reverse as 3, 2, 1, 0.

Findings: The mean age of the participants was 30.22 (± 5.47), and the age values ranged from 18 to 43; the median age was 30. 20.5% (n=42) of the participants were at risk for postpartum depression (PPD); 79.5% (n=163) were not at risk. In our study, the risk of PPD was found to be moderate in those who never followed phenomenon mothers on social media and statistically significantly lower than those who frequently followed them ($p < 0.05$). The risk of PPD was statistically significantly higher in those with a history of depression than those without a history of depression ($p = 0.010$). The depression risk of the participants who evaluated their relationship with their spouse and the time their spouse spent with them and their baby as good was found to be moderate/bad compared to those who evaluated their depression risk as moderate/bad ($p < 0.05$). Similarly, the depression risk of those who evaluated their mother or their spouse's relationship with their mother as good was found to be statistically significantly lower than those who evaluated their relationship with their mother as moderate/bad ($p < 0.01$). The depression risk of those whose last pregnancy was planned was found to be statistically significantly lower than those whose last pregnancy was not planned ($p < 0.05$). No significant relationship was found in other variables.

Conclusion: Although PPD symptoms can be common, diagnosis rates are low. The first healthcare unit to encounter individuals at risk is usually the primary care unit. Therefore, the role of primary care workers is very important in terms of taking

precautions, early diagnosis and guidance. The high risk of PPD in our study shows how important it is to protect and support the mental health of postpartum women.

Key Word: Postpartum depression, Edinburgh postpartum depression scale,
Risk factors

Science Code: 1004



TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca ve tez yazım süresince, güler yüzlülüğü, ilgisi, sabrı ve bilgisi ile yol gösteren, destek olan kıymetli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN'a

Tıpta uzmanlık eğitimimde bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Habibe İNCİ'ye,

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi M. Murat ŞAHİN'e,

Rotasyonlarımda emeği geçen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tüm kıymetli hocalarıma,

Asistanlık sürecim boyunca destek ve yardımlarını hissettiğim ve birlikte uyum içinde çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

KBÜ EAH'ta çalıştığım süre boyunca güler yüzleri ve destekleriyle uyumlu bir ekip olarak çalıştığımız tüm sağlık çalışanlarına,

Hayatımın her anında sonsuz sevgilerini, desteklerini hissettiren canım annem Türkan ÖZAKÇİL, babam Nurettin ÖZAKÇİL, ablam Mehriban ÖZAKÇİL, abim Barış ÖZAKÇİL ve kardeşim Özgür ÖZAKÇİL'e,

Tez yazım sürecimde ve her zaman yanımda olan bilgisi ve tecrübesiyle desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Zeynep SÖYLEMEZ ve Şeyda Nur KIRDI'ya

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	viii
TEŞEKKÜR.....	x
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
BÖLÜM 2	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. DEPRESYON	3
2.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tanı Kriterleri	3
2.2. POSTPARTUM DÖNEM.....	4
2.2.1. Postpartum Dönem Tanımı	4
2.2.2. Postpartum Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler	4
2.2.2.1. Üreme Organında Değişiklikler	4
2.2.2.2. Kanama (Lochia).....	4
2.2.2.3. Hormonal Değişiklikler.....	5
2.2.2.4. Diğer Durumlar	5
2.2.3. Psikolojik Değişiklikler ve Duygusal Durum	5
2.2.3.1. Doğum Sonrası Hüzün (Baby Blues).....	5
2.2.3.2. Postpartum Depresyon (PPD)	6
2.2.3.3. Postpartum Anksiyete Bozuklukları	6
2.2.3.4. Postpartum Psikoz.....	6
2.2.4. Postpartum Dönemde Anne Sağlığı ve Bakımı	7
2.2.4.1. Postpartum Dönemde Annenin Beslenmesi.....	7

2.2.4.2. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite	7
2.2.4.3. Emzirme ve Annenin Süt Sağlığı	7
2.2.4.4. Psikolojik Destek ve Duygusal İyileşme	8
2.2.4.5. Postpartum Dönemde Anne Sağlığına Yönelik Tıbbi Takip ve Testler	8
2.3. POSTPARTUM DEPRESYON.....	9
2.3.1. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi.....	9
2.3.1.1. Hormonal Değişiklikler.....	9
2.3.1.2. Genetik Faktörler	9
2.3.1.3. Psikososyal Faktörler	9
2.3.1.4. Doğumla İlişkili Faktörler.....	10
2.3.1.5. Biyokimyasal ve Nörotransmitter Değişiklikler	10
2.3.2. PPD Tanımı ve Klinik Özellikleri.....	10
2.3.3. PPD Ayırıcı Tanısı	11
2.3.4. PPD Tedavisi.....	11
2.3.5. PPD Prognozu	13
2.3.6. PPD Komplikasyonları	13
2.3.6.1. Anneye Bağlı Komplikasyonlar	14
2.3.6.2. Bebek Üzerindeki Komplikasyonlar	14
2.3.6.3. Aile ve Sosyal Hayat Üzerindeki Komplikasyonlar	14
BÖLÜM 3	16
GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	16
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	17
3.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	17
BÖLÜM 4	18
BULGULAR.....	18

BÖLÜM 5	30
TARTIŞMA	30
BÖLÜM 6	43
SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	57
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	57
EK-2: KURUM BİLİMSEL ARAŞTIRMA ONAYI	58
EK-3: KURUM BİLİMSEL ARAŞTIRMA ONAYI	59
EK-4: ANKET FORMU	60
ÖZGEÇMİŞ	65

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Katılımcıların yaşları.....	1
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	1
Tablo 3. Katılımcıların aile ile ilgili özellikleri.....	2
Tablo 4. Katılımcıların gebelik ve doğumla ilgili tıbbi öyküleri ve düşünceleri	3
Tablo 5. Katılımcıların gebelik süresince eksiklik tespit edilip aldıkları tedaviler	4
Tablo 6. Katılımcıların EDPÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	4
Tablo 7. Katılımcıların EDPÖ toplam puanları.....	5
Tablo 8. Katılımcıların Depresyon risk durumları	6
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküleriyle depresyon risk durumlarının karşılaştırılması	6
Tablo 10. Katılımcıların aile özellikleri, tıbbi öyküleriyle ve düşünceleriyle depresyon risk durumlarının karşılaştırılması	7
Tablo 11. Katılımcıların depresyon risk durumlarıyla yaş ve çocuk sayılarının karşılaştırılması	8
Tablo 12. Depresyon riski ile ilişkili değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi	9

KISALTMALAR DİZİNİ

- PPD : Postpartum Depresyon
EDPÖ : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI : Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
TMS : Transkraniyel Manyetik Stimülasyon
EKT : Elektrokonvülsif Tedavi
GAD : Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ark : Arkadaşlar

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğum, ebeveynlik kadın hayatında fizyolojik ve psikososyal açıdan oldukça fazla değişimin yaşandığı dönemlerdir. Bu dönemlerde karşılaşılan hormonal dalgalanmaların yaşamın herhangi bir dönemine göre çok daha artması nedeniyle, kadınların stres tepkilerinde değişikliklere yol açabilmektedir. Bu süreçlerde yaşanan fizyolojik ve psikososyal değişiklikler eşliğinde stres, anksiyete, kaygı bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal problemler daha yaygın olarak görülebilmektedir. Kadının deneyimlediği bu süreçler hakkında bilgi sahibi olmaması, kendindeki duygudurum değişikliğini farkedememesi, bebeğinin sağlığına ilişkin endişe duyması, doğum korkusu ve travmatik doğum deneyimi gibi birçok neden ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir [1].

Postpartum dönem kadınlar arasında depresyonun gelişebileceği önemli bir zaman aralığıdır. Postpartum dönemde sık görülebilen depresyon, ciddi sosyal ve mesleki işlevsel bozukluklara neden olur ve sadece anneyle ilgili değil baba, aile ve bebekle etkileşimdeki problemlerle yakından ilişkilidir [2]. Bu yüzden postpartum depresyonun (PPD) risk faktörlerini araştırıp oluşumunda rol oynayan biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri belirleyerek erken tanı ve müdahale imkanı sunmak kadınların ve ailelerin bu süreçte daha iyi destek almasına önemli katkılar sağlayacaktır. Örneğin stresli durumlar, sosyal desteğin yetersiz olması, aile içi geçimsizlik ve geçmiş depresyon öyküsü gibi faktörlerin postpartum depresyon riskini artırabildiği bilinmektedir. Bu tür etkenleri bilmek, sağlık profesyonellerinin ve ailelerin risk altındaki kadınları erken dönemde tespit etmelerine ve gerekli psikososyal desteği sağlamalarına olanak tanır. Ayrıca, doğum esnasında saygısızlık ve istismara maruziyetin PPD riskini artırdığı gösterilmiştir. Bu bulgu, doğum sürecinde kadınlara karşı tutum ve davranışların önemini vurgulayarak sağlık

hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kadınların doğum deneyimlerinin olumlu yönde şekillendirilmesi gerektiğini göstermektedir [3].

Yeni doğum yapan kadınlarda erken tanı, depresyonun ilerlememesi ve olumsuz sonuçlara maruziyetin en aza indirilmesi için önem arz etmektedir. Dolayısıyla güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak PPD belirlenmelidir. PPD'yi tespit edebilmek için, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılabilir. Bu ölçekler, kadınlarda doğum sonrası depresyon riskini belirlemek için tarama amaçlı olarak hazırlanmıştır, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlarla birlikte hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilmesi doğru olacaktır.

Çalışmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDPÖ) kullanılmış olup doğum sonrası dönemde kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Her bir soru 0 ile 3 arasında puanlanan ve toplam en yüksek 30 puan alınabilen 10 sorudan oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. EDPÖ ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak saptanmıştır. Kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiş; 13 ve üzeri puan alan kadınlar postpartum depresyon açısından riskli kabul edilmiştir [4].

Kadınların doğum sonrası ruhsal açıdan da değerlendirilmesi, PPD taraması ile ilgili farkındalığın artırılması ve risk faktörlerine etkili müdahale stratejilerinin geliştirilebilmesi önemlidir. Bu gerekçeyle bu çalışmada, Karabük ilinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlarda PPD sıklığının araştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tanı Kriterleri

Depresyon, bireyin duygudurumunda belirgin bir çöküntü, enerji azalması, ilgi ve zevk kaybı, uyku ve iştahta değişiklik gibi çeşitli psikolojik ve fizyolojik belirtilerle ortaya çıkan yaygın görülen bir ruh sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon, küresel hastalık yükünün önde gelen sebeplerinden biri olup kişinin kişisel, sosyal ve mesleki işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir [5].

DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı koyabilmek için aşağıdaki belirtilerden en az beşinin, en az iki hafta boyunca, hemen her gün ve günün büyük bir kısmında görülmesi gerekmektedir:

1. Depresif duygu durum bulunması (hüzün, boşluk veya umutsuzluk hissi)
2. Önceden keyif alınan aktivitelere karşı ilgi ve zevk kaybı olması (anhedoni)
3. Belirgin kilo kaybı veya kilo alımı, iştah değişiklikleri olması
4. Uykusuzluk (insomni) veya aşırı uyuma (hipersomni) bulunması
5. Psikomotor ajitasyon veya retardasyon (huzursuzluk veya hareketlerde yavaşlama) olması
6. Enerji kaybı, bitkinlik halinin mevcut olması
7. Değersizlik veya aşırı suçluluk duygularının bulunması
8. Düşünme, odaklanma veya karar vermede güçlük yaşanması
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar planları veya girişimlerinin olması

Bu belirtilerin bireyin günlük yaşamını önemli ölçüde etkilemesi ve başka bir tıbbi durum veya madde kullanımına bağlı olmaması gerekmektedir [6].

2.2. POSTPARTUM DÖNEM

2.2.1. Postpartum Dönem Tanımı

Postpartum dönem, doğumdan hemen sonra başlayan ve annenin gebelikten önceki fizyolojik ve psikolojik durumuna döndüğü ve bebeğiyle bağ kurduğu kritik ve çok özel bir süreçtir [7]. Bu süreçte birçok değişim yaşanır. Özellikle hormon düzeylerinin aniden düşmesi, postpartum duygusal değişimlere ve depresyon riskine zemin hazırlayabilmektedir [8].

2.2.2. Postpartum Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Postpartum dönemde, anne vücudu gebelik öncesi haline dönebilmek için birçok fizyolojik değişiklik geçirmektedir. Bu değişiklikler, hem annenin fiziksel iyileşme sürecini hem de yenidoğanın bakımını etkileyebilmektedir.

2.2.2.1 Üreme Organında Değişiklikler

Doğumdan sonra uterus, gebelik öncesi boyutuna geri dönmeye başlar. Bu süreç involüsyon olarak adlandırılır ve yaklaşık 6 hafta sürer. Uterus, plasenta yerinin iyileşmesiyle beraber küçülür [9].

2.2.2.2. Kanama (Lochia)

Doğumdan sonra ilk birkaç hafta içinde, uterustaki kan, plasenta ve diğer materyallerin dışarı atılmasına yönelik kanama (lochia) görülür. Bu kanama, doğumdan sonra haftalar içinde azalır ve sonunda tamamen durur [10].

2.2.2.3. Hormonal Değişiklikler

Gebelik sürecinde artmış olan hormon seviyeleri, doğumdan sonra hızla düşer. Bu durum, annenin vücudunda fizyolojik değişimlere yol açarken, aynı zamanda ruhsal durumunu da etkileyebilmektedir. Örneğin, prolaktin seviyesi, emzirmeyi desteklerken; östrojen ve progesteronun seviyeleri düşer. Emzirme süreci başladıkça süt üretiminin artmasıyla birlikte meme dokusunda değişiklikler meydana gelir. Annenin memeleri, süt doldukça büyür ve rahatsızlık verebilir [11]. Doğum sonrası, vücut fazla sıvıları atmaya başlar ve bu da miksiyon sıklığını artırır. Bununla beraber annede ödem azalır [10].

2.2.2.4. Diğer Durumlar

Bu durumlarla beraber kardiyovasküler sistem değişiklikleri (artmış olan kan hacminde azalma, emboli riskinin artması, kalbin iş yükünde azalma), immünolojik ve hematolojik değişiklikler (lökosit, hemoglobin ve hematokrit seviyelerinin normale dönmesi), metabolik ve gastrointestinal sistemde değişiklikler (insülin duyarlılığında artma, konstipasyon ve flatulans, idrar retansiyonu ve mesane fonksiyonlarında değişim) görülebilmektedir [10].

2.2.3. Psikolojik Değişiklikler ve Duygusal Durum

2.2.3.1. Doğum Sonrası Hüzün (Baby Blues)

Doğumdan sonra ilk 2 hafta içinde anne, baby blues adı verilen bir dönem yaşayabilmektedir. Bu dönemde duygusal dalgalanmalar, ani ağlama nöbetleri ve

huzursuzluk gibi belirtiler görülmektedir. Bu durum genellikle kendiliğinden düzelir ve uzun süreli depresyondan bağımsızdır [12].

2.2.3.2. Postpartum Depresyon (PPD)

PPD, genellikle doğumdan sonra 2-3 hafta içinde başlayan ve doğumdan sonraki 1-2 yıla kadar uzayabilen duygu durum bozukluğudur. PPD belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzer. Bunlar; “kendini değersiz hissetme, suçluluk hissi, ağlamaklı his ve kontrolsüzce ağlama, hareketlerde ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları, duygusal dengesizlik, öfkeli hissetmek, yetersizlik hissi, ölüm ve intihar ile ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma olması, enerji ve motivasyon kaybı yaşanması, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, içe kapanıklık, cinsel isteksizlik, bellekte zayıflama, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik olması, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme” ile ilgili düşüncelerdir [13].

2.2.3.3. Postpartum Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları da doğum sonrası dönemde yaygın olarak görülebilmektedir. Kaygı, obsesif düşünceler ve panik atak gibi belirtiler, annelerin ruh halini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum, anne-bebek bağlanmasında zorluk oluşturabilir [14].

2.2.3.4. Postpartum Psikoz

Nadir ancak ciddi bir durumdur ve genellikle doğumdan sonraki ilk 2 hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum, annenin gerçeklikten kopmasına ve halüsinasyonlar, sanrılar, aşırı neşe veya sinirlilik, uyku ve yeme düzeninde aşırı değişiklikler, kendini veya bebeğini tehlikeye atma düşünceleri gibi durumlara yol açabilmektedir. Psikoz öyküsü (özellikle bipolar bozukluk), ailede psikotik hastalık öyküsü, postpartum

hormonal değişiklikler ve stres risk faktörleri arasında sayılabilir. Antipsikotik ilaçlar ve bazen yatış tedavisi önerilebilmektedir. Psiko-eğitim, aile desteği, güvenli ortam sağlanması önem arz etmektedir [15].

2.2.4. Postpartum Dönemde Anne Sağlığı ve Bakımı

2.2.4.1. Postpartum Dönemde Annenin Beslenmesi

Postpartum dönemde annenin sağlıklı bir şekilde iyileşmesi ve süt üretimi için doğru beslenme çok kritik bir rol oynamaktadır. Bu dönemde özellikle anne sütü üretimini destekleyen gıdalar (örneğin yulaf, badem, ceviz, dereotu, kimyon) önerilmektedir [16]. Kasların toparlanması ve iyileşebilmesi için yeterli miktarda protein alınması önem arz etmektedir. Balık, tavuk, kırmızı et ve baklagiller gibi protein kaynakları önerilmektedir [17]. Annenin bağışıklık sisteminin güçlü kalabilmesi için A, C, D ve E vitaminler, demir ve kalsiyum gibi minerallerin yeterince alınması gerekmektedir [18]. Yeterli su tüketimi, emziren anneler için dikkat edilmesi gereken bir diğer husustur. Çünkü emzirme sırasında vücut daha fazla su kaybetmektedir [17].

2.2.4.2. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Postpartum dönemde fiziksel iyileşme için egzersiz yapmak önemli olsa da, yapılan egzersizin türü ve şiddeti dikkatle seçilmelidir. Hafif yürüyüşler veya yoga gibi hafif yoğunluklu egzersizler, kasları güçlendirebilmek ve vücudun toparlanabilmesine yardımcı olmak için idealdir [19]. Egzersiz yapmaya genellikle doğumdan 6 hafta sonra, doktorun onayı ile başlanması önerilmektedir. Sezaryen doğum yapan anneler için bu süre daha uzun olabilmektedir [20]. Pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri), vücut için çok faydalı olmakla birlikte karın kaslarını güçlendirecek egzersizler de bölgesel iyileşmeye yardımcı olmaktadır [20].

2.2.4.3. Emzirme ve Annenin Süt Sağlığı

Emzirme, hem anne hem de bebek için çok önemli ve özeldir. Doğru tekniklerle yapılmalıdır. Bebeği doğru bir şekilde tutmak, anneye süt üretimi konusunda yardımcı olur ve emzirme sürecini rahatlatır [21]. Sık sık emziren, ılık banyo ile desteklenen, stresten uzak ve mutlu bir annede süt üretimi artar. Ayrıca annenin beslenmesine dikkat etmesi, yeterli su içmesi ve dinlenmesi süt üretimini artıracaktır [22]. Bazı annelerde, meme çatlakları veya ağrı gibi sorunlar oluşabilir. Bu durumlar genelde yanlış emzirme tekniğinden kaynaklanmaktadır ve profesyonel yardım almak önemlidir [23].

2.2.4.4. Psikolojik Destek ve Duygusal İyileşme

Postpartum dönemde verilebilen psikolojik destek, annenin duygusal iyileşmesi için kritik öneme sahiptir. Bu dönemde anneler, hem fiziksel hem de duygusal olarak zorlu bir süreçten geçebilmektedirler. Bu süreçte birçok anne, depresyon veya anksiyete gibi duygusal zorluklar yaşayabilmektedir. Postpartum depresyon, tedavi edilmezse daha uzun süre devam edebilir bu yüzden erken tanı ve tedavi çok önemlidir [24]. Eş ve aile desteği oldukça önemlidir, annenin kendini güvende hissetmesine yardımcı olur. Sosyal destek gruplarına katılmak da faydalı olabilir [25]. Meditasyon gibi teknikler, annenin stresle başa çıkmasına yardımcı olabileceğinden önerilebilir [26].

2.2.4.5. Postpartum Dönemde Anne Sağlığına Yönelik Tıbbi Takip ve Testler

Postpartum dönemde annenin sağlık durumu, hem doğumdan sonraki iyileşme sürecini hem de gelişebilecek sağlık sorunlarını izlemek açısından düzenli tıbbi takip gerektirir. Bu takipler, gerekebilecek müdahalelerin zamanında yapılmasını sağlar. Doğumdan sonraki 6 hafta içinde, annelerin doktor kontrolünden geçmesi önerilmektedir. Bu muayenede, uterus toparlanması, sütür iyileşmesi, kanamalar ve vajinal bölgedeki iyileşme durumu incelenmektedir [27]. Postpartum dönemde annelerde anemi gelişebilir, hemoglobin, demir seviyelerinin kontrol edilmesi

açısından kontrol önemlidir [28]. Gebelikten sonra hormon düzeylerinin normale dönmesi zaman alabilir. Özellikle tiroid fonksiyonları, prolaktin seviyeleri ve diğer hormonlar kontrol edilmelidir [29].

2.3. POSTPARTUM DEPRESYON

2.3.1. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi

PPD etiyolojisi multifaktöryel olup biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır.

2.3.1.1. Hormonal Değişiklikler

Gebelik süresince yüksek seyreden östrojen ve progesteron düzeyleri doğumdan sonra ani bir düşüş göstermektedir. Bu düşüşün, serotonerjik ve dopaminerjik sistem üzerindeki etkileri postpartum depresyon gelişiminde rol oynayabilmektedir [30].

2.3.1.2. Genetik Faktörler

Ailede depresyon veya postpartum depresyon öyküsünün olması, genetik yatkınlıkla ilişkili olabilmektedir. İkiz çalışmaları, genetik faktörlerin PPD gelişiminde önemli bir yerde rol aldıklarını göstermektedir [31].

2.3.1.3. Psikososyal Faktörler

Daha önce depresyon veya anksiyete tanısı almış kadınlarda postpartum depresyon riski daha yüksek olmaktadır [32]. Annenin eş, aile veya çevreden yeterli destek alamaması da postpartum depresyon riskini artırabilmektedir [33]. Evlilikte yaşanan tartışmalar duygusal stres oluşturarak depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir.

2.3.1.4. Doğumla İlişkili Faktörler

Travmatik doğum gerçekleşmesi ve doğum sırasında komplikasyon oluşması, PPD gelişiminde etkili olabilmektedir [34]. İstenmeyen veya planlanmamış olan gebelikler de PPD riskini artıran faktörler arasındadır [35].

2.3.1.5. Biyokimyasal ve Nörotransmitter Değişiklikler

Serotonin, dopamin ve norepinefrin seviyelerindeki değişimler depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır [36]. Kortizol ve stres yanıtının bozulması da PPD ile ilişkilendirilmiştir [37].

2.3.2. PPD Tanımı ve Klinik Özellikleri

PPD, genellikle doğumdan sonra 2-3 hafta içinde başlayıp doğumdan sonra 1-2 yıla kadar uzayabilen bir duygu durum bozukluğudur. Postpartum dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biridir ve anneler ile aileleri açısından önemli olumsuz sonuçları olmaktadır [38]. Güçsüz anne-bebek bağına, emzirmenin başarısız olmasına, olumsuz ebeveynlik uygulamalarına, evlilik anlaşmazlığına ve ayrıca bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişimi ile ilgili daha kötü sonuçlara yol açabilmektedir [39]. Doğumdan sonra artan sorumluluklarla baş edememek, yalnızlık hissi, uyku düzenin bozulması, kendine vakit ayıramamak, değersizlik hissi, sinirlilik gibi belirtiler olabilmektedir. Anne kendini yenidoğan bebeğine karşı yetersiz hissedebilmektedir [40,41]. PPD tanısı major depresyon tanısından belirgin farklılık göstermemekle beraber en az iki hafta boyunca süren, DSM-V'teki dokuz depresif belirtiden en az beşi omalıdır. Bu beş belirtiden en az biri depresif duygu hali veya anhedoni (ilgi kaybı) olmalıdır [42,43]. PPD erken tanı çok önemli olmakla beraber mevcut birkaç tarama aracı vardır ve en sık kullanılanlardan biri Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir (EDPÖ). Bu, hastalar tarafından doldurulan 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Hastaların PPD gelişme riskini belirlemek için 13'e eşit veya daha büyük bir EDPÖ kesme puanı

önerilmektedir. Klinik değerlendirmenin amaçları, kesin tanıyı koyabilmek, suisit ve adam öldürme riskini (özellikle sahip olduğu bebeği) değerlendirebilmek ve diğer psikiyatrik hastalıkları dışlayabilmektir [44,45].

2.3.3. PPD Ayırıcı Tanısı

PPD, benzer semptomlar gösterebilen diğer hastalıklardan ayrılmalıdır. Ayırıcı tanı yapılması gereken durumlardan biri olan postpartum hüzün, doğum sonrası dönemde yaygın olarak görülen geçici bir durumdur. Semptomlar genellikle 2-3 gün sürüp 2 haftayı geçmemektedir. Belirtiler daha hafif seyretmekte ve işlevselliği etkilememektedir. PPD, 2 haftadan uzun süren ve işlevselliği bozan daha belirgin semptomlarla karakterizedir. Ayırıcı tanı yapılması gereken bir diğer durum bipolar bozukluktur, depresif epizodlar arasında manik veya hipomanik dönemler bulunmaktadır. PPD ise sadece depresif belirtilerle seyretmektedir. Genellikle yoğun kaygı, korku ve panik ataklarla karakterize olan anksiyete bozukluğu ise fiziksel belirtiler (çarpıntı, terleme) ve kaygının baskın olmasıyla PPD'den ayrılır. PPD'nin daha şiddetli bir formu olan postpartum psikozda ise gerçeklikten kopma, halüsinasyonlar veya sanrılar gibi psikotik belirtiler gözlenmektedir. Kişinin gerçeklik algısı ciddi şekilde bozulur ve acil müdahale gerektirir. PPD'de ise psikotik belirtiler beklenmez. PPD ile karıştırılabilecek önemli bir hastalık ise hipotiroidizmdir. Yorgunluk, depresyon, kilo alma, uyku gibi belirtiler olabilir. Tiroid fonksiyon testlerinde anormallikler saptanır [46,47].

2.3.4. PPD Tedavisi

Uygun tedavi seçiminde depresyonun şiddetine, annenin emzirip emzirmediğine ve annenin tercihinin dikkat edilmedir. Psikoterapi, hafif ile orta derecede postpartum depresyonu olan ve ilaç kullanmak istemeyen kadınlar için birinci tedavi seçeneğidir. Psikoterapi türü olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) postpartum depresyon tedavisinde en yaygın kullanılan terapötik yaklaşımdır ve bireyin olumsuz düşünce ve

davranışlarını değiştirerek depresyon belirtilerini azaltmayı amaçlamaktadır. Destekleyici terapi ise annelere, yaşadıkları zor süreç hakkında duygusal destek sağlayıp sorun çözme becerilerini geliştirmeyi hedefler. İnterpersonal terapi kişinin sosyal ilişkilerindeki bozulmalarla başa çıkmasına yardımcı olmaya çalışır, postpartum depresyonun yaygın bir özelliği olan yalnızlık ve ilişki sorunlarına odaklanmaktadır [46–48].

Orta ve şiddetli depresyonu olan anneler için ise terapiyle birlikte antidepresan ajan kullanılması önerilmektedir [49]. Bu ajanlardan ilk seçenek seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Emzirmede oluşabilecek riskler görece düşüktür ve hasta antidepresan kullanırken emzirmeye teşvik edilebilmektedir. En fazla veri sertralinin kullanımına ilişkindir. SSRI'ya yanıtız durumlarda serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler) veya mirtazapine tercih edilebilmektedir. Belirtilerin tekrarlamasını önlemek için tedavi 6-12 ay devam etmelidir. PPD'nin uzamasında önemli olan diğere bir faktör de tedavinin gecikmesidir.

Emziren ve ilaç kullanmak istemeyen kadınlarda alternatif tedavi seçeneği Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS)'dur [50]. Beynin belirli bölgelerine manyetik alanlar aracılığı ile elektriksel uyarılar gönderebilen non-invaziv bir tedavi türüdür. TMS tedavisi genellikle birkaç hafta sürebilen seanslardan oluşmaktadır. Her seans yaklaşık 20-40 dakika sürmektedir ve tedavi sırasında hasta uyanıktır. Cihaz kafa derisine yerleştirilir ve tedavi esnasında baş ağrısı veya rahatsızlık hissi olabilir fakat bu genellikle geçici olmaktadır [51,52].

Bir diğere tedavi yöntemi olan Elektrokonvülsif Tedavi (EKT), PPD'nin şiddetli olduğu psikoterapi ve farmakoterapiye (Ardışık dört ilaç denemesine dirençli hastalar için) yanıt vermeyen hastalarda önerilmektedir. Kontrollü bir şekilde beyne elektrik akımı uygulanarak nöbet oluşturmayı hedefleyen bir biyolojik tedavi yöntemidir. İşlem sırasında hasta bilinçsizdir, ağrı hissetmez. Kafa derisine elektrotlar yerleştirilerek yapılır. Genellikle 6-12 seans yapılır ve seanslar haftada 2-3 kez uygulanmaktadır.

Tam olarak nasıl etkili olduğu bilinmemekle birlikte, beyindeki nörotransmitterlerin seviyelerini değiştirdiği ve nöronlar arasındaki bağlantıları g¼c¼lendirdiđi d¼ř¼n¼lmektedir. Kısa s¼reli hafıza kaybı, baş ağrısı ve mide bulantısı, kas ağrıları gibi kısa s¼reli yan etkiler g¼r¼lebilir [53,54]. EKT bilhassa psikotik depresyonu olan, intihar veya bebeğini öld¼rmeyi d¼ř¼nen ve yemek yemeyi reddederek yetersiz beslenme ve dehidratasyona yol a¼an hastalarda faydalı olmaktadır [55,56].

EKT'ye de yanıt vermeyen hastalar için bir diğer tedavi se¼eneđi intravenöz Brexanolonedir. Progesteron metaboliti olan allopregnanolone'un akışkan bir formudur. Klinik deneyim sınırlıdır [57,58].

2.3.5. PPD Prognozu

PPD prognozu bireysel fakt¼rlere bağlı olarak değişiklik g¼stermektedir. Erken tanı ve uygun tedavi ile çoğu anne tamamen iyileşebilirken, tedavi edilmediğinde ya da ge¼ kalındığında depresyon kronikleşebilir ve anne ile bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz etkileyebilir. Uygun psikoterapi, ila¼ tedavisi ve sosyal destek ile çoğu anne 6 ay içinde belirgin iyileşme g¼stermektedir. Fakat bazı hastalar 1 yıla kadar semptomlar yaşamaya devam edebilmektedir. PPD tedavi edilmezse maj¼r depresif bozukluğa ¼evrilme riski %25-50 arasına ¼ıkmaktadır. PPD ge¼iren kadınların %30-50'sinde sonraki doğumlarda PPD tekrarlayabilmektedir. Prognozu k¼t¼leřtiren etkenler arasında şiddetli bařlangı¼ ve erken yaşta g¼r¼lmesi, önceden depresyon öyk¼s¼ olması, sosyal destek d¼ř¼kl¼đ¼, evlilik veya aile i¼i sorunlar, emzirme başarısızlıkları ve uyku d¼zensizlikleri sayılabilir. Prognozu iyileştiren etkenler ise erken tanı ve m¼dahale, psikososyal destek (eş ve aile desteği), d¼zenli uyku ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) veya farmakoterapi ile tedavi olarak sayılabilir [56,59].

2.3.6. PPD Komplikasyonları

PPD tedavi edilmezse hem anne hem de bebek için ciddi fiziksel, psikolojik ve sosyal komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlar, hem kısa hem de uzun vadeli etkiler gösterebilmektedir.

2.3.6.1. Anneye Bağlı Komplikasyonlar

Tedavi edilmezse majör depresif bozukluk oluşma riski yüksektir. PPD'li annelerde genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAD), panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) gelişebilmektedir. Özellikle altta yatan yatkınlık varsa, postpartum depresyon bipolar bozukluğa dönüşebilir. PPD, özellikle ağır vakalarda psikotik belirtilerle seyreden postpartum psikoza evrilebilir.

Stres ve depresyon, bağışıklık sistemine olumsuz etkiyerek enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır. Depresyon, hipertansiyon ve kalp-damar hastalıkları riskini artırabilmektedir. PPD'li kadınlarda intihar riski genel popülasyona göre daha yüksek olmaktadır. Postpartum dönemde intihar, anne ölümlerinin önemli bir nedenini oluşturmaktadır ve bu nedenle erken teşhis ve tedavi çok mühim olmaktadır.

2.3.6.2. Bebek Üzerindeki Komplikasyonlar

Depresyondaki anne, bebeğiyle yeterince etkileşemeyebilir. Bu da bebeğin duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. PPD'li anneler emzirmeyi erken bırakabilmekte veya emzirme sıklığı azalabilmektedir. Yapılan çalışmalar, PPD'li annelerin bebeklerinde azalmış dil gelişimi ve motor beceri geriliği oluşabileceğini göstermektedir. PPD'li annelerin çocuklarında daha fazla anksiyete, depresyon, saldırganlık ve sosyal uyum sorunları gelişme riski yüksek olmaktadır. PPD'li annelerin bebeklerinde kolik, emme-yeme reddi ve uyku bozuklukları daha sık görülmektedir.

2.3.6.3. Aile ve Sosyal Hayat Üzerindeki Komplikasyonlar

PPD, çiftler arasında iletişim kopukluğu, tartışmalar ve duygusal uzaklaşmaya neden olabilmektedir. PPD'li anneler, iş hayatına dönmekte veya sosyal çevreleriyle iletişim kurmakta zorlanabilmektedir. Annenin duygudurumundaki bozulma, aile içinde artmış stres ve çocuk ihmali ile sonuçlanabilmektedir [56,60].



BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın amacı Karabük ilinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlarda PPD sıklığını belirlemek, PPD'nin yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, maddi geliri, sosyal medyada zaman geçirme sıklığı, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, depresyon öyküsü, eş ve aile ile iletişimi, çocuk sayısı, doğumun türü gibi durumlarla ilişkisini değerlendirmek, annelerin ve sağlık çalışanlarının PPD farkındalığını artırmaktır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

Bu çalışma TC Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Karabük İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine Nisan 2025- Haziran 2025 tarihlerinde başvuran 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlara yönelik yapıldı. Katılımcılara 42 soruluk anket sunulmuş olup 32 soru sosyodemografik bilgi içerirken 10 soru Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDPÖ) sorularıydı.

EDPÖ ilk olarak 1987 yılında kadınlarda doğumdan sonraki dönemde depresyon varlığını ve şiddetini belirlemek için Cox ve Holden tarafından geliştirilmiştir. 10 soru içeren, dörtlü Likert şeklinde, katılımcıların kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Bu ölçekte en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. 12 puan ve altı postpartum depresyon için risksiz, 13 ve üzeri puanlar riskli olduğunu ifade etmektedir. EDPÖ tanı koydurucu değil bulguları tarama, risk düzeyini belirleme amacıyla kullanılmaktadır. Ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1996 yılında

Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80, kesme noktası 13 olarak alınmıştır. Ölçekteki 1., 2., ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3, 4 şekilde puanlanmaktayken 3.,5.,6.,7.,8.,9.,10. maddeler ters olarak 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanmaktadır [61].

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya Karabük ilinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olup 18 yaş üzerinde olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar dahil edildi. 18 yaş altı, 0-18 ay aralığında bebeği olmayan ve sorulara cevap veremeyecek derecede bilişsel sorun olan kişiler çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Araştırmamızda elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 30 programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde ile ifade edildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare ve Fisher's Exact test ile karşılaştırıldı. Bağımsız risk faktörlerinin postpartum depresyon riskini yordamasına ilişkin analizler çok değişkenli lojistik regresyon analiziyle (Metot: Enter) yapıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 30,22 ($\pm 5,47$) olup, yaş değerleri 18 ile 43 arasında değişmektedir; ortalama yaş 30'dur (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların yaşları

	Ortanca maks.)	(Min.-Ortalama \pm std. sapma
Yaş	30 (18-43)	30,22 \pm 5,47

Katılımcıların %98,5'i (n=202) evli, %70,2'si (n=144) il merkezinde yaşamaktadır. Eğitim düzeyinde en yüksek oran %43,9 (n=90) ile üniversite mezunlarındadır. %70,2'si (n=144) çalışmamaktadır. Ekonomik olarak katılımcıların %64,9'u (n=133) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Sosyal medya kullanım süresi en çok %50,7 (n=104) ile 1-4 saat aralığındadır. Fenomen anne takibi %46,8 (n=96) ile orta düzeyde, sigara ve alkol kullanımı sırasıyla %16,6 (n=34) ve %2 (n=4) düzeyindedir. Kronik hastalık oranı %14,6 (n=30), sürekli ilaç kullanımını %12,7 (n=26), daha önce depresyon geçirme oranı ise %12,2 (n=25) olarak bildirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n (%)
Medeni durum	Evli	202 (98,54)
	Bekar	1 (0,49)
	Boşanmış/dul	2 (0,98)
Yerleşim yeri	İl merkezi	144 (70,24)
	İlçe merkezi	52 (25,37)
	Köy/kasaba	9 (4,39)

Eğitim durumu	Okuryazar	3 (1,46)
	İlköğretim	51 (24,88)
	Lise	51 (24,88)
	Üniversite	90 (43,9)
	Y. lisans/doktora	10 (4,88)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	144 (70,24)
	Tam zamanlı	11 (5,37)
	Yarı zamanlı	10 (4,88)
	Doğum izni/Ücretsiz izin	40 (19,51)
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	29 (14,15)
	Gelir gidere eşit	133 (64,88)
	Gelir giderden az	43 (20,98)
Günde kaç saat sosyal medyada zaman geçirirsiniz?	0-1 saat	84 (40,98)
	1-4 saat	104 (50,73)
	4 saatten fazla	17 (8,29)
Sosyal medyada fenomen anneleri ne sıklıkla takip edersiniz?	Hiç	95 (46,34)
	Orta düzeyde	96 (46,83)
	Sıklıkla	14 (6,83)
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	34 (16,59)
	Hayır	171 (83,41)
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	4 (1,95)
	Hayır	201 (98,05)
Kronik hastalığınız?	Var	30 (14,63)
	Yok	175 (85,37)
Psikiyatrik hastalığınız?	Var	4 (1,95)
	Yok	201 (98,05)
Sürekli kullandığınız bir ilaç?	Var	26 (12,68)
	Yok	179 (87,32)
Hayatınızın herhangi bir döneminde depresyon geçirdiniz mi?	Evet	25 (12,2)
	Hayır	180 (87,8)

Katılımcıların %82,9'u (n=170) çekirdek ailede yaşamakta, %91,6'sı (n=185) eşleriyle ilişkilerini iyi olarak değerlendirmektedir. Eşin bebeğe ve anneye ilgisi %81,7 (n=165) oranında iyi olarak belirtilmiştir. Anne veya kayınvalideyle ilişki %84,4 (n=173) oranında iyi, psikolojik destek alabilecek yakınlıkta birinin bulunması ise %77,6 (n=159) oranındadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların aile ile ilgili özellikleri

		n (%)
Aile tipiniz nasıldır?	Çekirdek aile	170 (82,93)
	Geniş aile	35 (17,07)
Kaç çocuğunuz var?	2 ve altı	158 (77,1)
	2 üstü	47 (22,9)
Ailenizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	185 (91,58)
	Orta	15 (7,43)
	Kötü	2 (0,99)
Eşinizin size ve bebeğinize ayırdığı vakit/ ilgiyi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	165 (81,68)
	Orta	33 (16,34)
	Kötü	4 (1,98)
Annemiz eşinizin annesiyle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	173 (84,39)
	Orta	27 (13,17)
	Kötü	5 (2,44)
Etrafınızda size psikolojik destek verecek yakınınız var mı?	Evet	159 (77,56)
	Hayır	46 (22,44)

Katılımcıların %71,7'si (n=147) son gebeliğinin planlı olduğunu belirtirken, %28,3'ü (n=58) plansız gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların oranı %32,7 (n=67), yaşamayanların oranı ise %67,3 (n=138) olarak bulunmuştur. Doğum şekli açısından katılımcıların çoğunluğu %68,8 (n=141) ile sezaryen doğum yaparken, %31,2'si (n=64) normal doğum gerçekleştirmiştir.

Bebeklerin doğum zamanlamasına bakıldığında %73,2'si (n=150) zamanında, %22,4'ü (n=46) erken, %4,4'ü (n=9) ise geç doğmuştur. Bebeğin yaş grubuna göre dağılımda en yüksek oran %23,9 (n=49) ile 0–1 ay aralığındadır; bunu %22,4 (n=46) ile 12–18 ay grubu izlemektedir. Katılımcıların %77,6'sı (n=159) bebeğini emzirdiğini belirtmiştir. Bebek bakımını zor olarak değerlendirenlerin oranı %44,9 (n=92) ile en yüksek düzeydeyken, %41,9'u (n=86) bakımın normal düzeyde olduğunu, %13,2'si (n=27) ise kolay olduğunu ifade etmiştir. Bebeklerin %12,7'sinde (n=26) kronik hastalık bulunduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %97,6'sı (n=200) iyi bir anne olduğunu düşünürken, %2,4'ü (n=5) bu ifadeye katılmamıştır. Son olarak, %59,5'i (n=122) daha önce bir sağlık çalışanı tarafından depresif hislerle ilgili sorgulandığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların gebelik ve doğumla ilgili tıbbi öyküleri ve düşünceleri

		n (%)
Son gebeliğiniz planlı mıydı?	Evet	147 (71,71)
	Hayır	58 (28,29)
Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşandı mı?	Evet	67 (32,68)
	Hayır	138 (67,32)
Son doğumunuz nasıl oldu?	Normal doğum	64 (31,22)
	Sezaryen	141 (68,78)
Bebeğiniz ne zamanda doğdu?	Erken	46 (22,44)
	Zamanında	150 (73,17)
	Geç	9 (4,39)
Bebeğiniz şu an kaç haftalık/aylık?	0-1 ay	49 (23,9)
	1-3 ay	26 (12,68)
	3-6 ay	31 (15,12)
	6-9 ay	26 (12,68)
	9-12 ay	27 (13,17)
	12-18 ay	46 (22,44)
Bebeğinizi emziriyor musunuz?	Evet	159 (77,56)

	Hayır	46 (22,44)
Sizce bebek bakımı zor mu?	Kolay	27 (13,17)
	Normal	86 (41,95)
	Zor	92 (44,88)
Bebegin kronik hastalığı var mı?	Evet	26 (12,68)
	Hayır	179 (87,32)
İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	200 (97,56)
	Hayır	5 (2,44)
Daha önce bir sağlık çalışanı tarafından nasıl hissettiğiniz (depresyona yönelik) soruldu mu?	Evet	122 (59,51)
	Hayır	83 (40,49)

Katılımcıların %52,6'sı (n=51) demir, %45,4'ü (n=44) levotiroksin, %28,9'u (n=28) vitamin D ve %21,6'sı (n=21) vitamin B12 eksikliği nedeniyle bu preparatları kullanmıştı (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların gebelik süresince eksiklik tespit edilip aldıkları tedaviler

		n (%)
Gebelik süresince hangilerinin eksikliğini yaşayıp tedavi aldınız?	Demir	51 (52,6)
	Levotiroksin	44 (45,4)
	Vit. D	28 (28,9)
	Vit. B12	21 (21,6)
Total		144 (148,5)

Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Çalışmada EDPÖ sorularına verilen yanıtlar tablo 6'da gösterilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların EDPÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

		n (%)
--	--	-------

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	Her zaman olduğu kadar	151 (73,66)
	Artık pek o kadar değil	46 (22,44)
	Artık kesinlikle o kadar değil	4 (1,95)
	Artık hiç değil	4 (1,95)
2) Geleceğe hevesle bakıyorum.	Her zaman olduğu kadar	143 (69,76)
	Her zamankinden biraz daha az	48 (23,41)
	Her zamankinden kesinlikle daha az	8 (3,9)
	Hemen hemen hiç	6 (2,93)
3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	Evet, çoğu zaman	30 (14,63)
	Evet, bazen	107 (52,2)
	Çok sık değil	20 (9,76)
	Hayır, hiçbir zaman	48 (23,41)
4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	Hayır, hiçbir zaman	60 (29,27)
	Çok seyrek	48 (23,41)
	Evet, bazen	71 (34,63)
	Evet, çoğu zaman	26 (12,68)
5) İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.	Evet, çoğu zaman	29 (14,15)
	Evet, bazen	62 (30,24)
	Hayır, çok sık değil	34 (16,59)
	Hayır, hiçbir zaman	80 (39,02)
6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum	21 (10,24)
	Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum	82 (40)
	Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum	13 (6,34)
	Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum	89 (43,41)
7) Öylesine mutsuzum ki	Evet, çoğu zaman	12 (5,85)

uyumakta zorlanıyorum.	Evet, bazen	24 (11,71)
	Çok sık değil	35 (17,07)
	Hayır, hiçbir zaman	134 (65,37)
8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	Evet, çoğu zaman	15 (7,32)
	Evet, oldukça sık	18 (8,78)
	Çok sık değil	82 (40)
9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	Hayır, hiçbir zaman	90 (43,9)
	Evet, çoğu zaman	3 (1,46)
	Evet, oldukça sık	11 (5,37)
10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	Çok seyrek	72 (35,12)
	Hayır, asla	119 (58,05)
	Evet, oldukça sık	0 (0)
	Bazen	5 (2,44)
	Hemen hemen hiç	6 (2,93)
	Asla	194 (94,63)

EDPÖ toplam puan ortalaması 7,93 ($\pm 5,23$) olup, ortanca değer 8'dir (0–22 aralığında değişmektedir) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların EDPÖ toplam puanları

	Ortanca (Min.-Ortalama \pm std. maks.)	sapma
EDPÖ Toplam Puan	8 (0-22)	7,93 \pm 5,23

Katılımcıların %20,5'i (n=42) doğum sonrası depresyon (PPD) riski taşımaktadır; %79,5'i (n=163) risk taşımamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Depresyon risk durumları

	n (%)
--	-------

EDPÖ	PPD riski yok	163 (79,51)
	PPD riski var	42 (20,49)

Sosyal medyada fenomen anneleri hiç takip etmeyenlerde postpartum depresyon riski orta düzeyde ve sıklıkla takip edenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Daha önce depresyon öyküsü olanlarda postpartum depresyon riski depresyon öyküsü olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,010$). Diğer değişkenlerde anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküleriyle depresyon risk durumlarının karşılaştırılması

		EDPÖ		p
		PPD riski yok	PPD riski var	
		n (%)	n (%)	
Yaş grubu	30 ve altı	81 (75,7)	26 (24,3)	^a 0,158
	30 üstü	82 (83,67)	16 (16,33)	
Yerleşim yeri	İl merkezi	114 (79,17)	30 (20,83)	^a 0,851
	İlçe merkezi/Köy/kasaba	49 (80,33)	12 (19,67)	
Eğitim durumu	Lise ve altı	82 (78,1)	23 (21,9)	^a 0,607
	Üniversite ve üstü	81 (81)	19 (19)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	116 (80,56)	28 (19,44)	^a 0,732
	Çalışıyor	17 (80,95)	4 (19,05)	
	Doğum izni/Ücretsiz izin	30 (75)	10 (25)	
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	22 (75,86)	7 (24,14)	^a 0,846
	Gelir gidere eşit	106 (79,7)	27 (20,3)	
	Gelir giderden az	35 (81,4)	8 (18,6)	
Günde kaç saat	0-1 saat	71 (84,52)	13 (15,48)	^a 0,279
Sosyal medyada	1-4 saat	80 (76,92)	24 (23,08)	
Zaman geçirirsiniz?	4 saatten fazla	12 (70,59)	5 (29,41)	
Sosyal medyada fenomen	Hiç	85 (89,47)	10 (10,53)	^a <0,001**

anneleri ne sıklıkla takip	Orta düzeyde	71 (73,96)	25 (26,04)	
adersiniz?	Sıklıkla	7 (50)	7 (50)	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	23 (67,65)	11 (32,35)	^a 0,061
	Hayır	140 (81,87)	31 (18,13)	
Kronik hastalığınız?	Var	24 (80)	6 (20)	^a 0,943
	Yok	139 (79,43)	36 (20,57)	
Sürekli kullandığınız	Var	20 (76,92)	6 (23,08)	^a 0,726
bir ilaç?	Yok	143 (79,89)	36 (20,11)	
Hayatınızın herhangi bir	Evet	15 (60)	10 (40)	^a 0,010*
döneminde depresyon	Hayır			
geçirdiniz mi?		148 (82,22)	32 (17,78)	

^aPearson ki kare, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Katılımcılardan eşi ile ilişkisini ve eşinin kendisine ve bebeğine ayırdığı vakti iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,05$). Benzer şekilde annesi veya eşinin annesiyle ilişkisini iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,01$). Son gebeliği planlı olanların depresyon riski planlı olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların aile özellikleri, tıbbi öyküleriyle ve düşünceleriyle depresyon risk durumlarının karşılaştırılması

		EDPÖ		
		PPD riski yok	PPD riski var	p
		n (%)	n (%)	
Aile tipiniz nasıldır?	Çekirdek aile	137 (80,59)	33 (19,41)	^a 0,400
	Geniş aile	26 (74,29)	9 (25,71)	
Eşinizle ilişkinizi	İyi	153 (82,7)	32 (17,3)	^b 0,007**
nasıl değerlendirirsiniz?	Orta/kötü	9 (52,94)	8 (47,06)	

Eşinizin size ve bebeğinize ilgisini/ayırdığı vakti nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	137 (83,03)	28 (16,97)	^a0,033*
	Orta/kötü	25 (67,57)	12 (32,43)	
Anneniz veya eşinizin annesiyle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	143 (82,66)	30 (17,34)	^a0,009**
	Orta/kötü	20 (62,5)	12 (37,5)	
Etrafınızda size psikolojik destek verecek yakınınız var mı?	Evet	131 (82,39)	28 (17,61)	^a 0,058
	Hayır	32 (69,57)	14 (30,43)	
Çocuk sayısı	2 ve altı	124 (78,48)	34 (21,52)	^a 0,502
	2 üstü	39 (82,98)	8 (17,02)	
Son gebeliğiniz planlı mıydı?	Evet	123 (83,67)	24 (16,33)	^a0,019*
	Hayır	40 (68,97)	18 (31,03)	
Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşandı mı?	Evet	52 (77,61)	15 (22,39)	^a 0,639
	Hayır	111 (80,43)	27 (19,57)	
Gebelik süresince D vitamini, demir, levostiroksin, B12 tedavisi aldı mı?	Almadım	88 (81,48)	20 (18,52)	^a 0,461
	Aldım	75 (77,32)	22 (22,68)	
Son doğumunuz nasıl oldu?	Normal doğum	51 (79,69)	13 (20,31)	^a 0,967
	Sezaryen	112 (79,43)	29 (20,57)	
Bebeğiniz ne zamanda doğdu?	Erken	39 (84,78)	7 (15,22)	^a 0,414
	Zamanında	118 (78,67)	32 (21,33)	
	Geç	6 (66,67)	3 (33,33)	
Bebeğiniz şu an kaç haftalık/0-1 aylık?	0-1 ay	39 (79,59)	10 (20,41)	^a 0,771
	1-3 ay	22 (84,62)	4 (15,38)	
	3-6 ay	26 (83,87)	5 (16,13)	
	6-9 ay	18 (69,23)	8 (30,77)	
	9-12 ay	21 (77,78)	6 (22,22)	
	12-18 ay	37 (80,43)	9 (19,57)	

Bebeğinizi emziriyor musunuz?	Evet	127 (79,87)	32 (20,13)	^a 0,811
	Hayır	36 (78,26)	10 (21,74)	
Sizce bebek bakımı zor mu?	Kolay	25 (92,59)	2 (7,41)	^a 0,054
	Normal	71 (82,56)	15 (17,44)	
	Zor	67 (72,83)	25 (27,17)	
Bebeğin kronik hastalığı var mı?	Evet	19 (73,08)	7 (26,92)	^a 0,384
	Hayır	144 (80,45)	35 (19,55)	
İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	159 (79,5)	41 (20,5)	^b 1,00
	Hayır	4 (80)	1 (20)	
Sağlık çalışanı tarafından nasıl hissettiğiniz soruldu mu	Evet	100 (81,97)	22 (18,03)	^a 0,291
	Hayır	63 (75,9)	20 (24,1)	

^aPearson ki kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

^bFisher's Exact test

Depresyon riski olanların yaş ortalaması 29,05 ($\pm 4,9$), olmayanların ise 30,53 ($\pm 5,58$) olup fark anlamlı değildir ($p=0,118$). Çocuk sayısı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p=0,975$) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların depresyon risk durumlarıyla yaş ve çocuk sayılarının karşılaştırılması

		EDPÖ		
		Ortanca maks.)	(Min.-Ortalama \pm std. sapma)	p
Yaş	PPD riski yok	31 (18-43)	30,53 \pm 5,58	^a 0,118
	PPD riski var	29 (20-38)	29,05 \pm 4,9	
Kaç çocuğunuz var?	PPD riski yok	2 (1-4)	1,82 \pm 0,88	^b 0,975
	PPD riski var	2 (1-8)	1,9 \pm 1,25	

^aBağımsız örneklem t testi

^bMann Whitney U testi

Depresyon riski ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre, sosyal medyada fenomen anneleri takip etme sıklığı arttıkça depresyon riskinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Orta düzeyde takip edenlerde depresyon riski 3,5 kat (OR=3,545; %95 GA: 1,469–8,554), sık takip edenlerde ise yaklaşık 9,8 kat (OR=9,819; %95 GA: 2,615–36,874) artmıştır (p<0,01). Ayrıca, son gebeliğin planlı olmaması da depresyon riskini anlamlı düzeyde artırmıştır (OR=2,391; %95 GA: 1,064–5,369; p=0,035). Diğer değişkenler (geçmişte depresyon öyküsü, eş ile ve aile büyükleriyle ilişki durumu) anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Modelin depresyon riskine ilişkin varyansın yaklaşık %21,6'sını açıkladığı gösterilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Depresyon riski ile ilişkili değişkenlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Risk faktörleri	B	Std.		OR	%95 Güven Aralığı	
		Hata	p.		Alt sınır	Üst sınır
Sosyal medyada fenomen anneleri ne sıklıkla takip edersiniz? (orta düzeyde)	1,266	0,449	0,005	3,545	1,469	8,554
Sosyal medyada fenomen anneleri ne sıklıkla takip edersiniz? (sıklıkla)	2,284	0,675	<0,001	9,819	2,615	36,874
Hayatınızın herhangi bir döneminde depresyon geçirdiniz mi? (evet)	0,425	0,546	0,436	1,530	0,525	4,460
Eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? (orta/kötü)	0,921	0,622	0,139	2,512	0,742	8,503
Anneniz veya eşinizin annesiyle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? (orta/kötü)	0,721	0,495	0,145	2,057	0,780	5,424
Son gebeliğiniz planlı mıydı? (hayır)	0,872	0,413	0,035	2,391	1,064	5,369

$p < 0,001$, $R^2 = \%21,6$

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Postpartum dönem, doğumdan sonra annenin birçok açıdan gebelikten önceki durumuna döndüğü ve bebeğiyle bağ kurduğu çok özel bir süreçtir. PPD, genellikle doğumdan sonra 2-3 hafta içinde başlayıp doğumdan sonraki 1-2 yıla kadar uzayabilen bir duygudurum bozukluğudur. Etiyolojisi multifaktöryel olup biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Birçok olumsuzluklara yol açabilir: Güçsüz anne-bebek ilişkisi, başarısız emzirme, uygunsuz ebeveynlik uygulamaları, evlilik anlaşmazlığı ve ayrıca bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişimi ile ilgili daha kötü sonuçlar örnek verilebilir. PPD erken tanı çok önemli olmakla beraber sorunların erkenden farkedilip nedene yönelik çözüm arayışı ile birçok kötü sonucun önüne geçilebilecektir.

PPD için mevcut birkaç tarama aracı vardır ve en sık kullanılanlardan biri Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir (EDPÖ). Bu, hastalar tarafından doldurulan 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Hastaların PPD gelişme riskini belirlemek için 13'e eşit veya daha büyük bir EDPÖ kesme puanı önerilmektedir.

Bu çalışmamızda Karabük ilinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlarda PPD sıklığı ve risk faktörleri sosyodemografik sorular ve EDPÖ içeren anket kullanılarak araştırılmıştır. 205 hasta üzerinde araştırma yapıldı. Elde edilen verilere göre katılımcıların %20,5'i PPD riski taşımaktaydı.

Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında: Sunay ve ark'ın Malatya'da 2021 yılında yapmış oldukları araştırmada 0-3 ay aralığında bebeği olan 381 kadın incelenmiş ve %14,2'sinde depresif semptom geliştiği görülmüştür [62]. Kabakçıoğlu Samsun'da 2015 yılında 0-12 ay arasında bebeği olan 195 kadında PPD risk

faktörlerini araştırdığı çalışmasında PPD sıklığını %23 olarak tespit etmiştir. (Kesim noktası 13) [63]. Ankara’da 2010 yılında 2 hafta-18 ay arasında bebeği olan annelerde yapılan çalışmada EDPÖ kesme değeri 13 ve üzeri alınarak hesaplanan PPD oranı %15 olarak saptanmıştır [64]. Aydın ve ark’ın Erzurum’da 0-12 ay aralığında bebeği olan 728 kadında yaptığı bir çalışmada EPDÖ kesim noktası 13 alınarak PPD risk sıklığı %34,6 bulunmuştur [65]. Alkar ve Gençöz’ün Ankara’da postpartum ilk günlerinde olan 151 kadına anket uygulanmış, EPDÖ kesme noktası 12 olarak alındığında PPD riski %50,7, 10 alındığında ise %74,0 olarak tespit edilmiştir [66]. Dünyada yapılan çalışmalara baktığımızda: ABD’de Falah-Hassani ve ark’ın yaptığı bir çalışmada, postpartum 1. hafta ardından PPD sıklığı %30, 4.hafta sonunda %24, 48. haftanın sonunda ise %20 olarak belirlenmiştir [67]. Kanada’da 2011 yılında yapılan araştırmada PPD riski %8,5 olarak bulunmuştur [68]. Fransa’da postpartum 6-8. haftalarda olan 264 kadınla yapılan bir araştırmada PPD sıklığı %16,7 olarak hesaplanmıştır [69].

Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalarda bildirilen PPD sıklığı %0.6 ile %60.8 arasında değişmektedir. Bu geniş aralık, çalışma yapılan toplumların sosyokültürel farklılıkları, kullanılan değerlendirme ölçeklerinin ve zamanlamalarının farklı oluşu ve örneklem çeşitliliğinden kaynaklanabilir [70–73].

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması 30,22 ($\pm 5,47$) olup yaş değerleri 18 ile 43 arasında değişmekteydi. Annelerin yaşı ile PPD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Yapılan çoğu araştırmanın bu veriyi desteklediği görülmektedir. Literatüre baktığımızda: Türkiye’de Örün ve ark’ın yaptığı araştırmada 189 kadın doğumdan sonraki 2. ayında değerlendirilmiş ve anne yaşı ile EPDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [74]. Gülnar ve ark’ın yaptığı bir araştırmada anne yaşının PPD riskini artırmadığı tespit edilmiştir [75]. Norveç’te Glavin ve ark’ın doğumdan sonraki ilk 6 haftada 2227 kadınla yaptığı çalışmada yaş arttıkça PPD riskinin arttığı rapor edilmiştir [76]. Hollanda’da Verkerk ve ark’ın

yaptıkları araştırmada yine PPD ile anne yaşı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [77].

Çalışmamızda annelerin eğitim durumu ile PPD riski arasında anlamlı ilişki görülememişti. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalara baktığımızda: Aydın il merkezinde Arslantaş ve ark’ın yaptıkları araştırmada öğrenim durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır [78]. Edirne’de Dindar ve ark’ın yaptığı toplum tabanlı kesitsel bir araştırmada da eğitim durumu ile PPD riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [79]. Erzurum’da Üst ve ark’ın yaptığı bir araştırmada, eğitim düzeyi ileri olan kadınların kendini ifade etme ve postpartum döneme uyum sağlamada daha az zorlandıkları ve postpartum stresör faktörlerle daha iyi başa çıkabildikleri saptanamıştır [80]. Hollanda’da Verkerk ve ark’ı tarafından yapılan bir çalışmada da öğrenim durumuyla PPD sıklığı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir [77]. Japonya’da Matsumura ve ark’ın yaptıkları bir araştırmada ise düşük eğitim düzeyinin PPD’nin yüksek prevalansı ile ilişkili olduğu raporlanmıştır [81]. Eğitim düzeyinin artması; annelerin stresle baş etme becerilerinin gelişmiş olması, sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesi ve gebelik ile annelik sürecine dair bilgi düzeyinin ileri olması gibi nedenlerle PPD riskini azaltabilir. Eğitim durumu ile PPD riski arasındaki ilişki açaşından elde edilen farklı sonuçlar; çalışmalardaki sosyoekonomik dağılım, kültürel faktörler ve bireylerin bilgiye erişim düzeyleri gibi etmenlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünölmüştür.

Çalışmamızda annelerin çalışma durumu ile PPD riski arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Diğer çalışmalara baktığımızda: Türkiye’de Atasoy ve ark’ın yaptığı araştırmada çalışan kadınlarda PPD riski yüksek tespit edilmiştir [82]. Yine başka bir araştırmada özellikle ekonomik nedenlerden dolayı erkenden çalışmaya dönen kadınlarda PPD riski yüksek olarak rapor edilmiştir [83]. Aydın’da Arslantaş ve ark’ın 6-8 hafta arasında bebeği olan 248 kadında yaptığı araştırmada, annenin çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı fark görülememiştir [78]. Türkiye’nin doğusundaki 5 ilde İnandı ve ark’ın yaptığı bir çalışmada ise çalışmayan annelerde çalışanlara göre

PPD riski anlamlı olarak daha yüksek raporlanmıştır [84]. Çalışan anne, eğitim, sosyoekonomik durum ve işini sevme açılarından güzel bir pozisyonda olabileceği gibi, düşük gelir durumu dolayısıyla çalışması gereken, stress ve yorgunluğa oldukça maruz kalan anneler de olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda; çalışma durumu ve PPD arasındaki ilişkinin farklı farklı sonuçlar göstermesinin nedeni; annenin çalışma zorunluluğu olabileceği veya diğer özelliklerinde farklılıktan dolayı olabilir.

Çalışmamızda annelerin gelir durumu ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalara baktığımızda: Çalışmamıza benzer şekilde Danacı ve ark'ın yaptığı bir çalışmada gelir düzeyi ile PPD riski arasında anlamlı ilişki rapor edilmemiştir [85]. Çalışmamızdan farklı olarak Sivas'ta Nur ve ark'ın yaptıkları çalışmada düşük gelir düzeyi olanlarda PPD riskinin arttığı gözlenmiştir [86]. Türkiye'nin 5 doğu ilinde İnandı ve ark'ın yaptığı bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumda PPD riskinin 3.3 kat, çok düşük sosyoekonomik durumda ise 6.1 kat arttığı raporlanmıştır [84]. Finlandiya'da Kettunen ve Hintikka'nın PPD ile gelir düzeyini araştırdığı çalışmasında anlamlı ilişki saptanmıştır [87]. Kanada'da Watt ve ark'ın yaptıkları çalışmada da yine düşük gelir düzeyinin PPD riskini artırdığı gözlenmiştir [88].

Gelir düzeyinin PPD üzerindeki etkisinin literatürde sıklıkla vurgulandığı gözlenmektedir. Birçok çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip annelerde PPD riskinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Bu durum, ekonomik yetersizliklerin oluşturduğu stres, temel ihtiyaçlara erişimde zorlanma, sosyal destek eksikliği ve sağlık hizmetlerinden olması gerektiği gibi faydalanamama gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, postpartum dönemde annenin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek stresörleri artırabilir. Çalışmamızda gelir durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamış olmasının nedeni örneklem yapısı, katılımcıların sosyoekonomik durumlarını algılayış biçimleri veya sosyal destek mekanizmalarının dengeleyici etkileri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda; fenomen anneleri sık takip eden annelerde PPD riskinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Orta düzeyde takip edenlerde depresyon riski 3,5 kat sık takip edenlerde ise yaklaşık 9,8 kat arttığı saptandı. Literatürde fenomen anneler takibinin PPD ile doğrudan ölçülmesine dair çalışmalar sınırlı olsa da çoğu çalışma, bizim çalışmamızı destekler niteliktedir: Mara Moujaes ve Diarmuid Verrier'in araştırmasında, fenomen annelerin takip edilmesinin, özellikle sosyal karşılaştırma eğilimi yüksek ve benlik saygısı düşük annelerde anksiyeteyi artırdığı bulunmuştur [89]. Nebraska-Lincoln Üniversitesi'nde yapılan bir araştırma, 464 yeni anneyle fenomen anne içeriklerinin etkisini incelemiştir. Sosyal karşılaştırma eğilimi yüksek olan kadınlarda, bu içerikler anksiyete ve kıskançlık duygularının anlamlı şekilde arttığı ve ebeveynlik yeterlik algısının düştüğü tespit edilmiştir [90].

Güney Kore'de 237 anneye yapılan çalışmada fenomen anne içeriklerini sıkı takip edip sosyal karşılaştırma yapan annelerde ebeveynlik yeterlik algısının düştüğü gözlemlendi. Bu çalışma, doğrudan PPD'yi ölçmese de, PPD için önemli psikososyal risk mekanizmalarını destekliyor [91].

Fenomen anneleri takip etmenin PPD riskini artırabileceğine dair literatürde psikososyal ve biyolojik mekanizmalarla desteklenen bulgular bulunmaktadır. Sosyal karşılaştırma, yetersizlik hissi ve artan stres düzeyleri, bu takip biçiminin olumsuz tesirlerinden bazılarıdır. Aynı zamanda fenomen anneler, annelere annelikle ilgili güncel bilgiler, pratik öneriler ve duygusal destek sunabilmekte; bu yönüyle bilgi edinme ve sosyal destek açısından olumlu etkiler de oluşturabilmektedir. Dolayısıyla, fenomen anneleri takip etme davranışının PPD üzerindeki etkisi, içerik niteliği ve kullanım amacına bağlı olarak hem risk hem de koruyucu faktörler barındıran karmaşık bir ilişki olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza göre sigara ve alkol kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi. Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda: Kolukırık ve ark'ın yaptıkları bir çalışmada sigara kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki raporlanmamıştır [92]. Aynı şekilde Gülnar ve ark'ın yaptığı çalışmaya göre de sigara ve PPD arasında ilişki

saptanmamıştır [93]. Kore’de Lee ve ark’ın yaptıkları araştırmada sigara ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır [94]. Tayvan’da Lin ve ark’ın yaptıkları araştırmada alkol kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir [95].

Sigara ve alkol gibi maddelerin, merkezi sinir sistemi üzerindeki olumsuz etkileri, hormonal dengeyi değiştirmesi, uyku düzenini bozması ve psikososyal sorunlarla birlikte görülme eğilimi PPD gelişiminde rol oynayabilecek mekanizmalar arasında düşünülmektedir. Diğer yandan, bazı bireylerde bu alışkanlıkların mevcut psikolojik sıkıntılarının bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği böylece neden-sonuç ilişkisinin yönünün her zaman net olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımının PPD ile anlamlı ilişki saptanmamasının nedeni; çalışmaya katılan bireylerde sigara ve alkol kullanım sıklığının düşük olması, özellikle toplumumuzda gebelik ve emzirme döneminde bu tür alışkanlıkların sosyal olarak uygun görülmemesi, katılımcıların bu konuda dürüst yanıt vermemesi veya sosyal beklentilere uygun şekilde yanıt verme eğilimi gibi etkenler de ilişkiyi maskeleyebilir. Ayrıca, örneklem büyüklüğü ya da bu değişkenlerin depresyon gelişimindeki etkisinin dolaylı ve çok faktörlü olması da anlamlı ilişki saptanamamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda; annelerde depresyon öyküsünün olması PPD riski ile yüksek oranda ilişkili bulundu. Literatüre baktığımızda; Gülnar ve ark’ın çalışmasına göre önceden depresyon geçiren annelerde PPD riski artmaktadır [96]. Ankara’da Durukan ve ark’ın 2 hafta-18 ay aralığında bebeği olan kadınlara yaptıkları çalışmada depresyon ya da psikiyatrik hastalık geçmişi olan annelerde PPD riski anlamlı olarak yüksek raporlanmıştır [64]. Kanada’da Lanes ve ark’ın yaptığı çalışmada önceden depresyon öyküsü olması PPD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir [97].

Geçmişte depresyon öyküsü olan kadınlarda PPD riskinin artmış bulunması, önceki psikiyatrik hassasiyetin bir yansıması olarak düşünülebilir. Daha önce depresyon

geçirmiş annelerde biyolojik yatkınlık, stresle başa çıkma becerilerinde zayıflık ve negatif durumlara karşı artmış duyarlılık gibi durumlar bu grubun postpartum dönemde ruhsal açıdan daha kırılgan hale gelmesine neden olmaktadır.

Çalışmamızda annelerde D vitamini, B12 vitamini, demir ve tiroid fonksiyonları araştırılmış, bunlarda ekstra bir eksikliğin PPD ile anlamlı ilişkisi saptanmadı. Literatüre baktığımızda Fu ve ark'ın yaptığı çalışmada PPD ile D vitamini eksikliği arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir [98]. Yalçın ve ark'ın D vitamini seviyesi düşük gebelerde postpartum dönemde EDPÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir [99].

Çalışmamızda gebelikte D vitamini eksikliği ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni; takviye kullanımı, güneş maruziyeti, mevsimsel farklar gibi dış etkenler D vitamini düzeylerini dengelemiş olabilir. PPD'nin çok faktörlü bir yapıya sahip olması nedeniyle, tek başına D vitamini düzeylerinin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olabilir.

Parsons ve ark'ı tarafından yapılan meta-analizde, gebelikte veya postpartum dönemde anemisi olan annelerde PPD riskinin anlamlı oranda yüksek olduğu belirtilmiştir [100]. Gazze'de 2020 yılında yapılan vaka-kontrol çalışmasında, demir eksikliği olan annelerde PPD riskinin 3.25 kat arttığı tespit edilmiştir [101].

Hindistan'da Dhiman ve ark'ı tarafından yapılan kesitsel bir araştırmada, 434 anneye yapılan araştırmada, B12 vitamini seviyelerinin düşük olduğu kadınlarda PPD riskinin arttığı gözlenmiştir [102]. Singapur'da yapılan bir araştırmada, 300'den fazla postpartum dönemdeki anne incelenmiş; B12 vitamini eksikliği ile artan PPD semptomları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır [103].

Yunanistan'da Aretaieion Hastanesi'nde yapılan bir kesitsel araştırmada, 57 anne postpartum 1. Ve 6. haftalarda depresyon belirtileri açısından değerlendirilip Serum

FT3 ve FT4 düzeyleri ile depresyon skorları arasında negatif korelasyon bulunduğu rapor edilmiştir [104]. Yine Akbaba ve ark. tarafından yapılan prospektif çalışmada, postpartum hipotiroidi ve subklinik hipotiroidisi olan annelerde depresif belirtilerin anlamlı derecede arttığı izlenmiştir [105].

D vitamini, demir, B12 vitamini ve tiroid fonksiyonundaki eksiklikler PPD oluşmasında önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. D vitamini, merkezi sinir sistemi üzerinde nörotransmitter düzenleyici etkiler yaparak serotonin ve dopamin gibi mutluluk hormonlarının sentezini destekler; eksikliği inflamasyonu artırarak stres tepkilerini güçlendirebilmektedir. Demir eksikliği ise yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda azalma ve düşük enerji ile depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. B12 vitamini ise nöronların myelin kılıfının korunması ve nörotransmitter sentezi için önemli olup eksikliği duygu durum bozukluklarına yol açabilmektedir. Tiroid hormonları ise metabolizma ve beyin fonksiyonları üzerinde belirleyici rol oynamakta olup hipotiroidizm ve tiroid disfonksiyonu PPD riskini yükseltebilir. Bu eksiklikler, biyolojik ve nörolojik yollarla ruh sağlığını olumsuz etkileyerek postpartum dönemde depresyon gelişimine zemin hazırlamaktadır. Çalışmamızda PPD ile anlamlı ilişki bulunmamış olmasının nedeni ülkemizde gebelik öncesi ve gebelik takiplerinin çok sıkı olması, gerektiğinde heörneklem büyüklüğünün sınırlı olması, eksikliklerin yaygın olmaması veya ölçüm zamanlamasının uygun olmaması olabilir. Aynı zamanda PPD'nin çok faktörlü bir hastalık olması nedeniyle, bu biyokimyasal eksikliklerin etkisinin diğer psikososyal ve genetik faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda annelerden eşi ile ilişkisini ve eşinin kendisine ve bebeğine ayırdığı vakti iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı. Benzer şekilde annesi veya eşinin annesiyle ilişkisini iyi olarak değerlendirenlerin depresyon riski orta/kötü olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı. Literatüre baktığımızda: Aydın ve ark'ın araştırmasında eşte destek eksikliğinin PPD

riskini 1.9 kat artırdığı raporlanmıştır [65]. Yine Dindar ve ark'ın 9 farklı merkezde 600den fazla annede yaptıkları çalışmada eş ile ilişkileri kötü olan annelerde PPD riski 3,5 kat daha yüksek saptanmıştır [79]. İzmir'de Kolukırık ve ark'ın 2018 yılında yaptıkları çalışmada PPD riskinin eş desteği az olan annelerde 2,8 kat daha fazla olduğu görülmüştür [92]. O'hara ve ark'ın, kötü evlilik ilişkisi ve zayıf sosyal destek PPD riskini artırdığını raporlamıştır [106]. Ankara'da Durukan ve ark'ın 2 hafta-18 ay aralığında bebeği olan kadınlarda yaptıkları çalışmada aile ilişkilerinin kötü olması PPD riskini arttırdığını göstermektedir [64]. Benzer şekilde, Yılmaz ve ark'ı tarafından yapılan bir çalışmada da, eş ve aile bireyleriyle sağlıklı iletişim içinde olan annelerin PPD riskinin daha düşük olduğu, aile içi destek düzeyinin duygusal iyilik hali üzerinde belirleyici bir etken olduğu gösterilmiştir [107].

Bu durumun nedeni olarak, eşten ve aile üyelerinden alınan sosyal desteğin, annenin stres düzeyini azaltarak duygusal iyilik halini güçlendirmesi düşünülebilir. Özellikle postpartum dönemde eşin ve yakın aile bireylerinin anlayışlı, ilgili ve destekleyici yaklaşımları, annenin kendini yalnız hissetmesini önleyerek PPD riskini azaltmaktadır.

Çalışmamızda kadınların sahip olduğu çocuk sayısı ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatüre baktığımızda: Palumbo ve ark'ın 2017de yaptıkları çalışmada annelerin çocuk sayısı ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. [108]. 2014 yılında Erzurum'da Aslan ve ark'ın yaptıkları çalışmada ise 3'ün altında çocuğu olan kadınlarda PPD riski daha düşük saptanmıştır [109]. Asya toplumlarında PPD üzerine yapılan çalışmada sosyoekonomik durumu düşük olan bölgelerde çocuk sayısı arttıkça PPD riskinin arttığı gözlenmiştir. Bununla beraber aynı çalışmada Birleşik Arap Devletleri gibi fazla çocuk sahibi olmanın istendiği ülkelerde ise çocuk sayısı arttıkça PPD riskinin azaldığı tespit edilmiştir.

Çocuk sayısının artması, PPD riskini yükselten önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu durum, annenin üzerindeki fiziksel ve duygusal yüklerin çoğalması, zaman ve

enerji kaynaklarının azalması, aile içi desteklerin çocuklar arasında paylaşılması ve ekonomik sıkıntılarının artması gibi nedenlerle açıklanabilir. Çok çocuklu annelerde sosyal destek imkanlarının kısıtlanması ve önceki doğum deneyimlerinin etkisi de depresyon riskini artırabilmektedir. Bu nedenle, fazla sayıda çocuğu olan kadınların ruh sağlığı açısından özel bir destek alması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızda çocuk sayısı ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmamış olmasının nedeni katılımcıların çocuk sayısının çoğunlukla az olması olabilir.

Çalışmamızda son gebeliği planlı olanların depresyon riski planlı olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda: Özkan ve ark'ın 2014'te yaptığı bir çalışmada; planlanmamış olan gebeliklerde PPD riskinin arttığı gözlenmiştir [110]. İnandı ve ark'ın 5 ayrı merkezde yaptıkları araştırmada plansız gebeliği olan kadınlarda PPD riskinin 1.5 kat daha sık olduğu saptanmıştır [84]. Fransa'da Gaillard ve ark'ın 260tan fazla annede yaptıkları bir araştırmada istenmeyen gebelik PPD için bir risk faktörü olarak raporlanmıştır [111]. Dietz ve ark'ın yaptıkları bir araştırma sonucuna göre, plansız gebeliğin annenin benlik duygusunu bozabileceği, stresör faktörlerle başa çıkma gücünün düşebileceği ve depresyona yatkınlığı artırabileceği belirtilmiştir [112].

Plansız gebelikler, annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak gebeliğe hazırlıksız yakalanmasına neden olabilmektedir. Bu durum, gebelik sürecinde stres, kaygı ve belirsizlik duygularını artırarak postpartum dönemde depresyon gelişme riskini artırabilir. Plansız gebeliklerde kadın, annelik rolüne duygusal olarak yeterince odaklanamayabilir ve bu da bebeğe yönelik bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilir. Bununla beraber, plansız gebelikler eşler arasında çatışmalara, sosyal destek yetersizliğine ve ekonomik yükün artmasına yol açarak annenin psikososyal yükünü artırabilir. Bu durumların bir araya gelmesi, postpartum dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma ihtimalini yükseltmektedir. Bu nedenle plansız gebelik, postpartum depresyon açısından önemli bir risk etkeni olarak değerlendirilmelidir. Plansız gebeliklerin PPD riskini artırdığı göz önünde bulundurulduğunda, koruyucu sağlık

hizmetlerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile planlaması yöntemlerine erişimin kolaylaştırılması ve toplumsal farkındalığın artırılması bu alandaki temel adımlardır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri, kadınların gebelik öncesi ve sonrası süreçte düzenli takibini sağlayarak hem fiziksel hem ruhsal yönden desteklenmesinde kritik rol oynamaktadır. Halk sağlığı temelli yaklaşımlarla, plansız gebelik yaşayan kadınların psikososyal açıdan erken dönemde değerlendirilmesi ve gerektiğinde ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmesi de PPD gelişme riskini azaltmada etkili olabilir.

Çalışmamızda doğumun şekli ile PPD riski arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Literatüre baktığımızda; İran’da yapılan araştırmada sezaryen doğum yapan kadınlarda PPD riski daha yüksek bulunmuştur [113]. Konya’da Hergüner ve ark’ın, yaptığı araştırmada doğum şekli ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir [114]. Durukan ve ark’ın yaptıkları araştırmada da doğum şekli ile PPD riski arasında anlamlı ilişki rapor edilmemiştir [64]. Gaillard ve ark’ın Fransa’da yaptıkları araştırmada PPD’nin doğum şeklinden ziyade doğumda ve doğum sonrasında yaşanan ağrı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [111].

Doğum şekli PPD riskini doğrudan etkilemekten çok, doğum deneyimi ve sonrası gelişen komplikasyonlar aracılığıyla dolaylı etkide bulunabilmektedir. Özellikle acil sezaryen veya müdahaleli doğumlar annede kontrol kaybı, korku ve travmatik doğum deneyimi oluşturabilir. Bununla beraber, sezaryen sonrası iyileşme sürecinin daha uzun ve ağrılı olması, annenin günlük işlerini ve bebeğe bakımını zorlaştırmakta olup depresyon riskini artırabilir. Bu nedenlerle doğum şeklinin etkisi, doğum sürecinde yaşanan psikolojik ve fiziksel deneyimlerin bütüncül değerlendirilmesiyle daha doğru anlaşılabilir.

Çalışmamızda doğum zamanı ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yapılan diğer çalışmalarda: Grote ve ark’ın çalışmasında, erken doğumun annelerde PPD riskini artırdığı belirtilmiştir [115]. Brezilya’da Tessema ve ark’ı tarafından

yapılan bir araştırmada erken doğum yapan kadınlarda PPD prevalansının anlamlı oranda fazla olduğu tespit edilmiştir [116]. Tunus'ta Hamdi ve ark'ın yaptığı bir çalışma ise geç doğum yapan kadınlarda da PPD riskinin arttığını göstermiştir [117].

Yapılan alışmalar, doğum zamanının PPD riskini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Özellikle erken doğum yapan annelerde PPD sıklığının arttığı, bunun da prematür bebeğin sağlık sorunları, yoğun bakım süreci ve annede oluşan psikolojik stresle ilişkilendirilebileceği vurgulanmaktadır. Ayriyeten bazı araştırmalar, geç doğumun da gebelik sresinin uzaması ve doğum komplikasyonlarının artması nedeniyle benzer şekilde PPD riskini artırabileceğini göstermiştir. Bu bulgular, doğum zamanının annenin psikososyal uyumu ve ruh sağlığı üzerinde doğrudan veya dolaylı etkileri olduğunu göstermekte, erken ya da geç doğumun oluşturabileceği stres faktörlerinin PPD gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle, doğum zamanı risk gruplarının belirlenmesi ve bu annelerin doğum sonrası dönemde ruhsal açıdan yakından takip edilmesi önemlidir. Çalışmamızda ilişki bulunamamasının nedeni, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, erken veya geç doğum vakalarının düşük olması, istatistiksel anlamlılık elde edilmesini zorlaştırmış olabilir. Bunun yanı sıra, farklı kültürel ve sosyoekonomik özellikler, kadınlara doğum zamanı ile ilgili algı ve tepkilerinde değişkenliklere yol açarak sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelere sağlık çalışanı tarafından psikososyal durumunun sorulması ile PPD arasında anlamlı risk saptanmadı. Postpartum dönemde annelerin ruhsal durumunun desteklenmesi açısından, sağlık çalışanlarının annelere duygusal durumları hakkında sorular yöneltmesi büyük önem taşımaktadır. "Nasılısın?" gibi basit ama etkili sorular, kadınlara kendilerini ifade etmelerine olanak vererek depresyon ve anksiyete belirtilerinin erken tanınmasına yardımcı olur. Yapılan araştırmalar, sağlık profesyonellerinin aktif ve empatik iletişim kurmasının, hastaların ruhsal ihtiyaçlarının oldukça iyi anlaşılmasını ve psikososyal destek hizmetlerine yönlendirilmesini kolaylaştırdığını göstermektedir. Bu nedenle, postpartum bakım

sürecinde sağlık personelinin annelere düzenli olarak duygusal durumları hakkında sorular sorması, PPD riskinin azaltılmasında kritik bir rol almaktadır [118,119].



BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız Karabük İlinde yaşayan 0-18 ay aralığında bebeği olan kadınlardaki PPD sıklığını ve risk faktörlerini araştırmak amaçlanmış olup sosyodemografik ve EDPÖ soruları ile yapılmıştır. EDPÖ’de kesim noktası 13 alındığında PPD riski % 20.5 bulunmuştur.

Çalışmamıza göre annelerin fenomen anneleri sık takip etmesi, plansız gebelik, depresyon öyküsünün olması, eş ve aile ile ilişkinin kötü olması PPD riskini artırmaktadır.

PPD belirtileri yaygın olabilmesine rağmen, tanı alma oranları düşüktür. Risk altındaki bireylerle ilk karşılaşan sağlık birimi genelde birinci basamak olmaktadır. Dolayısıyla önlem alma, erken tanı ve yönlendirme açısından birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü çok önemlidir.

Çalışmamızda PPD riskinin yüksek bulunması, postpartum kadınların ruh sağlığının korunması ve desteklenmesinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Bu minvalde, hem bireysel hem toplumsal düzeyde ruhsal iyilik halini artırmaya yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir.

Aile planlaması yöntemleri konusunda zamanında, doğru ve yeterli bilgilendirme yapılması plansız gebeliklerin neden olabileceği psikolojik stresin önüne geçilmesine yardımcı olacaktır.

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde annelere, karşılaşılabilecekleri her türlü zorluklar hakkında bilgi verilmeli; doğum, bebek bakımı ve emzirme konularında kapsamlı eğitimlerle bu sürece hazırlıklı olmaları sağlanmalıdır.

Sağlık kontrollerine babaların eşleriye birlikte gelmesinin sağlanması annenin duygusal yükünü hafifletmeye ve aile içi desteği artırmaya katkı sağlayacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, gebelik ve lohusalık dönemindeki annelere yönelik depresyon tarama leklerinin (rneğin EDP) rutin olarak yapılması; duygudurum bozukluklarının erken evrede fark edilmesini ve zamanında müdahale edilmesini sağlayacaktır.

Eşiyle ya da ailesiyle ilişkilerinde sorun yaşayan anneler sağlık çalışanları tarafından dikkatle değerlendirilmelidir. Sosyal destek sistemlerinin zayıflığı, PPD açısından önemli bir risk faktörü olduğundan bu bireylerin yakından takip edilmesi önerilmektedir.

Sosyal medyada sık takip edilen fenomen annelerin oluşturduğu idealize edilmiş yaşam algısı, özellikle yeni anneler arasında kendini yetersiz hissetme ve karşılaştırma baskısını artırarak PPD riskini yükseltebilmektedir. Bu nedenle, gebelik ve postpartum dönemde kadınlara sosyal medya içeriklerinin gerçek hayatı yansıtmadığı konusunda farkındalık kazandırılması önem arz etmektedir. Ayrıca, kadınların sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve psikososyal destek programlarına erişiminin kolaylaştırılması, bu psikolojik yükün hafifletilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Psikiyatrik yks bulunan annelerin gebelik ve postpartum dönemde daha sık ve yakından izlenmesi; gerektiğinde psikiyatri uzmanına yönlendirilerek profesyonel destek almalarının sağlanması büyük önem arz etmektedir.

Sigara kullanımının hem anne sağlığı hem de bebek üzerindeki olumsuz etkileri konusunda annelere bilgi verilmeli, sağlıklı yaşam davranışları önerilmelidir.

Tüm bu önerilerin sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde yapılması; PPD'nin önlenmesine, psikososyal destek ihtiyacı olan annelere zamanında ulaşılmasına, bu annelerin gereklilik halinde yönlendirilmesine, postpartum dönemin daha sağlıklı geçmesine, daha mutlu bir anne ve dolayısıyla aileye ve PPD'den dolayı yaşanacak olumsuz durumları azaltmaya iyileştirmeye katkı sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

1. Aktürk,, Yılmaz, T., Üniversitesi, M., Fakültesi, S. B., Bölümü, E., and Üniversitesi-Cerrahpaşa, İ., "Gevher nesibe journal of medical & health sciences | gebelik, doğum ve ebeveynlik süreçlerinde psikolojik dayanıklılık psychological resilience in pregnancy, childbirth and parenting processes Çanakkale Onsekiz", *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 8 (2): 260–269 (2023).
2. Aksu, E. and beyazyüz, E., "Affective Temperaments May Predict Postpartum Depression: A Preliminary Study", *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 9 (1): 18–23 (2021).
3. Yazgı Demir, Z. G. and Yılmaz, M., "Postpartum Depresyonun Oluşumunda Potansiyel Bir Risk Faktörü: Obstetrik Şiddet", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40 (2): 305–311 (2024).
4. Bilgiç, D., Demirel, G., and Dağlar, G., "Doğum Deneyiminin Erken Postpartum Dönem Depresyon Riski İle İlişkisi", *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2): 25–35 (2021).
5. Internet: World Health Organization (WHO), "Depression", .
6. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)", 5th ed. Ed., *Arlington, VA*, (2013).
7. Internet: Wikipedia, "Postpartum Period", .
8. Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., and Milgrom, J., "Postpartum psychiatric disorders", *Nature Reviews Disease Primers*, 4 (1): 18022 (2018).
9. "ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care", *Obstetrics & Gynecology*, 131 (5): e140–e150 (2018).
10. F. Khan, M. A. W., "Postpartum physiological changes and the health care needs of the postpartum mother", (2017).

11. World Health Organization (WHO), "Postnatal care of the mother and newborn: Clinical guidelines", Geneva, (2013).
12. Beck CT, "Predictors of postpartum depression: an update ", *Nurs Res.*, 50 (5): 275–285 (2001).
13. Erdem, O. and Celepkolu, T., "Risk Factors and Causes of Postpartum Depression", *Turkish Journal Of Family Medicine & Primary Care*, 8 (3): 101 (2014).
14. Dennis CL, vd., " The prevalence of anxiety and depression in the postpartum period: a critical review", *Arch Womens Ment Health*, 7 (2): 1–14 (2004).
15. Meltzer-Brody S., "Postpartum mood disorders: the use of antidepressants and antipsychotics", *J Clin Psychiatry*, 72 (10): 13–17 (2011).
16. Smith, L. J. , & M. S., "Nutritional considerations for postpartum women", *Journal Of Nutritional Health & Food Science*, 5 (1): 45–52 (2017).
17. Barker, D. J. , vd., "Maternal nutrition and its impact on postpartum recovery", *European Journal Of Clinical Nutrition*, 73 (2): 236–244 (2019).
18. Kramer, M. S. and K. R., "Optimal duration of exclusive breastfeeding", *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4): (2009).
19. Carter, A. O. , vd., "Postpartum physical activity and maternal health", *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 215 (4): (2016).
20. Büker, N. vd., "Postpartum exercise programs: Benefits for maternal recovery", *Journal Of Women's Health*, 29 (4): 546–553 (2020).
21. Gartner, L. M. , vd., "Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics", 115 (2): 496–506 (2005).
22. Nommsen-Rivers, L. A. , vd., "Breastfeeding and maternal health outcomes: The role of breast milk composition. Maternal & Child Nutrition", 15 (3): (2019).
23. Tough, S. C. , vd., "Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review", *International Breastfeeding Journal*, 13 (1): 1–8 (2018).
24. Gavin, N. I. , vd., "Perinatal depression: A systematic review", *American Journal Of Psychiatry*, 162 (1): 1–14 (2005).

25. Cohen, S. S. , vd., "The role of social support in postpartum emotional health.", *Journal Of Affective Disorders*, 198: 57–63 (2016).
26. Stewart, D. E., "Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapies", *Journal Of Clinical Psychiatry*, 70 (6): 887–895 (2009).
27. Loeffler, J. , vd., "Postpartum check-ups: A review of clinical guidelines", *Journal Of Women's Health*, 29 (2): 181–187 (2020).
28. Liu, L. , vd., "The importance of medical monitoring and follow-up in postpartum care", *International Journal Of Women's Health*, 12: 151–157 (2020).
29. • American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)., "Postpartum care guidelines", *Obstetrics & Gynecology*, 135 (1): (2020).
30. Bloch, M. , D. R. C. , R. D. R., "Endocrine factors in the etiology of postpartum depression", *Biological Psychiatry*, 48 (5): 385–390 (2000).
31. Payne, J. L. , V. A. C. , B. S. R. , A. A. B. , & F. J., "Genetic susceptibility to postpartum depression: A review", *Human Genetics*, 126 (1): 1–15 (2009).
32. O'Hara, M. W. , & S. A. M., "Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis", *Psychological Bulletin*, 119 (3): 498–515 (1996).
33. Dennis, C. L. , & R. L., "Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms", *Patient Education And Counseling*, 64 (1–3): 81–90 (2006).
34. Beck, C. T., "Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath", *Journal Of Advanced Nursing*, 51 (5): 567–576 (2004).
35. Rubertsson, C. , W. U. , W. B., "Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample", *Journal Of Psychosomatic Research*, 59 (4): 263–268 (2005).
36. Miller, L. J. , & R. M. R., "Serotonin and postpartum depression.", *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 93 (2): 112–117 (2009).
37. Glynn, L. M. , S. C. D. , H. C. J. , & S. C. A., "Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth", *Psychoneuroendocrinology*, 33 (6): 757–766 (2007).

38. Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., and Epperson, C. N., "Management of Postpartum Depression", *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 58 (6): 643–653 (2013).
39. Guintivano J, M. T. M.-B. S., "Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. ", *Clin Obstet Gynecol.*, 61 (3): 591–603 (2018).
40. Nephew, B. C., Carini, L. M., Sallah, S., Cotino, C., Alyamani, R. A. S., Pittet, F., Bradburn, S., and Murgatroyd, C., "Intergenerational accumulation of impairments in maternal behavior following postnatal social stress", *Psychoneuroendocrinology*, 82: 98–106 (2017).
41. Erdem Ö, Ç. T., "Risk Factors and Causes of Postpartum Depression.", *Turkish J Fam Med Prim Care.*, 8 (3): 93–9. (2014).
42. Moraes GP, L.L.P.G.M.M.C.A. "Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?", *Trends Psychiatry Psychother.*, 39 (1): 54–61 (2017).
43. Kroska EB, S. ZN., "Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting.", *Obstet Gynecol Clin* , 47 (3): 409–419 (2020).
44. Learman LA., "Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period.", *Clin Obstet Gynecol*, 61 (3): 525–32 (2018).
45. Lakkis NA, M. DM., "Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians.", *Postgrad Med*, 127 (1): 99–106 (2015).
46. Týp, K., Erdem, Ö., and Bez, Y., "Erdem Ö ve ark. DERLEME", (2009).
47. Internet: Çoban, A.(t.y.), "Doğum Sonrası Depresyon (Postpartum Depresyon).", .
48. Leight, K., Fitelson, Sarah Kim, and Baker, A., "Treatment of post-partum depression: a review of clinical, psychological and pharmacological options", *International Journal Of Women's Health*, 1 (2010).
49. Internet: D.E. Stewart and S.N. Vigod, "Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, And Emerging Therapeutics," , .
50. Šebela A, H. J. M. P., "Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression.", *Ceska Gynekol*, 84 (1): 68–72 (2019).

51. Homan, P. , & M. L., " Transcranial magnetic stimulation for depression.", *Psychiatric Clinics Of North America*, 40 (4): 609–622 (2017).
52. George, M. S. , & P. R. M., "Transcranial magnetic stimulation for the treatment of depression", *Journal Of Clinical Psychiatry*, 72 (7): 1009–1016 (2011).
53. Fink, M., "What was learned: Studies by the Consortium for Research in ECT (CORE) ", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140 (5): 375–388 (2009).
54. Kellner, C. H. , & M. W. V., "Electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression.", *Journal Of Clinical Psychiatry*, 73 (8): 1104–1111 (2012).
55. Yonkers KA, V. S. R. LE., "Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. ", *Obstet Gynecol.*, 117 (4): 961–77 (2011).
56. Stewart DE, V. SN., "Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics.", 183–96 (2019).
57. Meltzer-Brody S, C. H. R. R. vd., "Brexanolone injection in post partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials.", *Lancet.*, 1058–70 (2018).
58. Kaner S, C. H. G.-B. H. vd., "Brexanolone (SAGE-547 injection) in postpartum depression: a randomised controlled trial.", *Lancet.*, 480–89 (2017).
59. O'Hara, M. W. , & M. J. E., "Postpartum depression: Current status and future directions. ", *Annual Review Of Clinical Psychology*, 379–407 (2013).
60. Slomian, J. , H. G. , E. P. , R. J. Y. , & B. O., "Nsequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. ", *Women's Health*, 1–15 (2019).
61. Ruken ÖZDEMİR, "1-12 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sikliğı ve etkileyen faktörler ", yüksek lisans tezi, *t.c sağlık bilimleri üniversitesi haseki sağlık uygulama ve araştırma merkezi*, İstanbul, (2020).
62. Sunay Z, O. E. G. N. U. T., "Doğum sonu depresyonun kişilik özellikleri ile ilişkisi", *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (1): 219–29 (2021).

63. Kabakcıoğlu F, "Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne Başvuran Annelerde Depresyon Prevelansı, Risk Faktörleri ve Sosyal Destek Düzeyi [Tıpta Uzmanlık Tezi]", (2015).
64. Durukan,E.,etal.,"2Hafta-18AylıkBebegiOlanAnnelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi", *Balkan Medical Journal*, 28 (4): (2011).
65. Aydın N, I. T. K. N., " Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum Province in Eastern Turkey.", *Women Heal.* , 41 (2): 1–12 (2005).
66. Alkar Ö, G. T., "Critical Factors Associated With Early Postpartum Depression Among Turkish Women*", *Contemp Fam Ther.*, 27 (2): 263–75 (2005).
67. Falah-Hassani K, R. S. and C.-L. D., "Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. ", *Journal Of Affective Disorders 2016*, 142–7 (2016).
68. Wisner K., P. C. B. S. P. K., "Serum valproate levels in 6 breastfeeding mother-infant pairs.", *J Clin Psychiatry*, 170–2 (200AD).
69. Gaillard A, L. S. Y. M. L. K. H. D. C., "Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum.", *Psychiatry Res.* , 215 (2): 341–6 (2014).
70. "An associative learning deficit in 1-year old infants of depressed mothers: role of depression duration.", .
71. "Comparison of maternal functioning between iranian mothers with and without depressive symptoms: a case control study", .
72. "The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey.", .
73. "Postpartum depression: Prevalence and contributing risk factors", .
74. Örün E, Y. S. M. B., "Relations of maternal psychopathologies, social obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: A sample of Turkish mothers. ", *World J Pediatr.* , 9 (4): 350–5 (2013).
75. "“Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri,” 2010. ", .

76. Glavin K,S.L.S.R., "Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway.", *Scand J Caring Sci.*, 23 (4): 705–10 (2009).
77. Verkerk GJ, D. J. V. H. G. and et ., "Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in highrisk women .", *J Affect Disord*, 43–48 (2004).
78. Arslantaş H, E. F. B. N., "Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ", *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.*, 10 (3): 13–22 (2009).
79. Dindar I, E. S., "Screening of Turkish Women for Postpartum Depression Within the First Postpartum Year: The Risk Profile of a Community Sample. ", *Public Heal Nurs*, 24 (2): 176–83 (2007).
80. Üst Z, P. T., "Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi ", *Sağlık Bilim Ve Meslekleri Derg.*, 2 (3): 306–17 (2015).
81. Matsumura K, H. K. T. A. K. H. I. H. J. E. et al., "Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). ", 19 (1): 419 (2019).
82. Atasoy N., B. Ü. , S. H. ve ark., "Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etmenleri", *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.*, 252–57 (2004).
83. Righetti-Veltima M, C.-P. E. B. A. M. J., "Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old.", *Affect Disord*, 291–306 (2002).
84. Inandi T, E. O. O. A. E. M. P. A. S. T., "Risk factors for depression in postnatal first year , in eastern Turkey. ", *Int J Epidemiol.*, 1201–7 (2002).
85. Danacı AE, D. G. D. A., "Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler", *Türk Psikiyatri Dergisi* , 204–211 (2000).
86. Nur N, Ç. S. B. D. D. Y., "Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. ", *Cumhur Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* , 26 (2): 55–9 (2004).

87. Kettunen P, H. J., " Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. ", *Nord J Psychiatry.* , 71 (5): 355–61 (2017).
88. Watt MC, S. SH., " The role of anxiety sensitivity components in mediating the relationship between childhood exposure to parental dyscontrol and adult anxiety symptoms.", *Journal Of Psychopathology And Behavioural Assessment* , 25 (3): 167–76 (2003).
89. Vranken, I., Schreurs, L., Noon, E. J., and Vandenbosch, L., "Understanding the relations between exposure to the positive self-portrayals of others on social media and emerging adults' mental health during a COVID-19 imposed lockdown", *Cyberpsychology: Journal Of Psychosocial Research On Cyberspace*, 17 (1): (2023).
90. Kirkpatrick, C. E. and Lee, S., "Comparisons to picture-perfect motherhood: How Instagram's idealized portrayals of motherhood affect new mothers' well-being", *Computers In Human Behavior*, 137: 107417 (2022).
91. Lee, J. A., Cho, Y., Jung, Y., Kim, J., and Sung, Y., "Social comparison on Instagram among millennial mothers: The relationships between envy and parental stress", *New Media & Society*, (2024).
92. Kolkurık Ü, Ş. H. E. A., "Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma.", *DEÜ Tıp Fakültesi Derg.* , 1 (8): 33–1 (2018).
93. Gülnar D, S. D. Ç. A., " Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri. ", *J Clin Obstet Gynecol.*, 20 (3): 141–148 (2010).
94. Lee Y, Y. S. J. D. L. S. S. W. K. I., "Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. ", *Obstet Gynecol Sci*, 353–8 (2015).
95. Lin P, C. T. H. M. C. J. C. C. S. K., " Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan.", *J Formos Med Assoc.*, 118 (11): 1551–9 (2019).

96. Risk Factors Related with Postpartum Depression | Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology (JCOG).” <https://jcog.com.tr/article/en-risk-factors-related-with-postpartum-depression-58220.html> (accessed Jun. 09, 2022).
97. Lanes A, Kuk J, Tamim H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011 May 11;11(1):1–9.
98. Fu, C., Zhang, M., Zhao, Y., & Wang, L. (2020). The relationship between vitamin D deficiency and postpartum depression in Chinese women: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 284, 112749.
99. Yalçın, S. S., Çağlayan, S., Göksu, M., & Saka, M. N. (2020). Gebelikte D vitamini düzeyi ile postpartum depresyon arasındaki ilişki: İzmir Bornova örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 269–277.
100. Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 450–457.
101. El Sakka, R., Abdel-Hady El-Gilany, A., & El-Bilsha, M. A. (2020). Iron deficiency anemia and postpartum depression in the Gaza Strip: A case-control study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 26.
102. Dhiman, P., Pillai, R. R., Wilson, A. B., Premkumar, N., Bharadwaj, B., Ranjan, V. P., & Rajendiran, S. (2021). Cross-sectional association between vitamin B12 status and probable postpartum depression in Indian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 146.
103. Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N., & Ho, C. Y. (2017). A meta-analysis of the association between vitamin B12 and depression. *Journal of Affective Disorders*, 227, 483–491.
104. Lambrinouadaki, I., Christodoulou, C., & Creatsas, G. (2009). Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146(2), 172–175.

105. Akbaba, M., Şahin, N. H., & Küçük, H. (2017). The relationship between thyroid function and postpartum depression: A prospective study. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(4), 340–344.
106. O'hara, M. W. and Swain, A. M., "Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis", *International Review Of Psychiatry*, 8 (1): 37–54 (1996).
107. Yılmaz, S., Öztürk, R., & Kaya, N. (2017). Doğum sonrası dönemde sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişki. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 23(2), 45-53.
108. Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *Eur Psychiatry*. 2017 May 1;42:77–85.
109. Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy A, Kirkan T, Daloglu G. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry*. 2014 Dec 27;60(8):809–17.
110. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2014;48(2):124-31.
111. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014 Feb 28;215(2):341–6.
112. Dietz P, Williams S, Callaghan W, Bachman D, Whitlock E, Hornbrook M. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*. 2007 Oct;164(10):1515–20.
113. Montazeri A, T. B. O. S., "Translation and validation study of the Iranian version", *BMC Psychiatry*, 7–11 (2007).
114. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *J Psychiatry Neurol Sci*. 2014;27(1).

115. Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024.
116. Tessema, M., Barros, A. J. D., Adane, F., & Silveira, M. F. (2022). Preterm birth and postpartum depression: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-9.
117. Hamdi, N., Bouhlel, E., & Fathallah, N. (2016). Postpartum depression and associated factors among women in Tunisia. *International Journal of Women's Health*, 8, 525–530.
118. Lee, S., Kim, H., & Park, J. (2020). Effectiveness of psychosocial screening during postpartum visits: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 24(3), 251-260.
119. Smith, A., Johnson, L., & Williams, R. (2018). The role of healthcare provider communication in maternal mental health screening. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 32(4), 320-327.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı



**T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**

16/4/2025

Karar No: 2025/2179

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "KARABÜK İLİNDE YAŞAYAN 0-18 AY ARALIĞINDA BEBEĞİ OLAN KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiştir. Etik açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-2: Kurum Bilimsel Araştırma Onayı



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-34771223-774.99-274684323
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Talebiniz Hak

28.04.2025

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN

İlgi : 21.04.2025 tarihli yazınız.

" Karabük İlinde Yaşayan 0-18 Aralığında Bebeği Olan Kadınlarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörleri" başlıklı araştırma projenizi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veri kapsamına giren bilgiler paylaşılmamak kaydıyla hastanemizde yapabileme talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Erkan DOĞAN
Başhekim

Ek: Bilimsel Araştırma İzleme Formu (1 Sayfa)

Ek-3: Kurum Bilimsel Araştırma Onayı



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-86662556-604.01-275300218
Konu : Tez Çalışması Hk. (Dr. Zozan ÖZAKÇİL)

05.05.2025

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 30.04.2025 tarihli ve E-34771223-929-274748781 sayılı yazı.

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık öğrencisi Dr. Zozan ÖZAKÇİL' in Dr. Öğr. Üyesi Aybala CEBECİK ÖZCAN danışmanlığında yürütülecek olan "Karabük İlinde Yaşayan 0-18 Ay Aralığında Bebeği Olan Kadınlarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörleri" konulu tez çalışmasını Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yer alan "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veri kapsamına giren bilgiler paylaşılmamak kaydıyla Müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinden Cumhuriyet ASM, Kayabaşı ASM, Vahdet ASM, Bağlar ASM ve Barış ASM' de yapabilme talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. İsmail KARA
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1 - Komisyon Toplantı Formu (1 Sayfa)
2 - Tez Çalışması (25 Sayfa)

Dağıtım:
T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Safranbolu İlçe Sağlık Müdürlüğü
Merkez Toplum Sağlığı

Ek-4: Anket Formu

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Karabük İlinde Yaşayan 0-18 Ay Aralığında Bebeği Olan Kadınlarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörleri

1)Yaşınız?.....

2)Medeni durumunuz?Evli Bekar Boşanmış/dul

3)Yerleşim yeriniz?İl merkezi İlçe merkezi Köy/Kasaba

4)Eğitim durumunuz?Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite

Y.lisans/Doktora

5)Mesleğiniz?.....

6)Çalışıyor musunuz?Tam zamanlı Yarı zamanlı Doğum izni/Ücretsiz izin

7)Ekonomik durumunuz? Gelir giderden fazla Gelir gidere eşit Gelir giderden az

8)Günde kaç saat sosyal medyada zaman geçirirsiniz?0-1 saat 1-4 saat 4 saatten fazla

9)Sosyal medyada fenomen anneleri ne sıklıkla takip edersiniz? Hiç Orta düzeyde Sıklıkla

10)Sigara kullanıyor musunuz?Evet Hayır

11)Alkol kullanıyor musunuz?Evet Hayır

12)Kronik hastalığınız?Var Yok

13)Psikiyatrik hastalığınız?Var Yok

14)Sürekli kullandığınız bir ilaç? Var Yok

15)Hayatınızın herhangi bir döneminde depresyon geçirdiniz mi?Evet Hayır

16)Gebelik süresince aşağıdakilerden hangisinin eksikliğini yaşayıp tedavi aldınız?(Rutin verilen demir ve d vitamini yanında ekstra eksiklik olduysa işaretleyiniz.)

B 12 vitamini

Demir

D vitamini

Tiroid hormonu

17)Aile tipiniz nasıldır? Çekirdek aile Geniş aile

18)Eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?İyi Orta Kötü

19)Eşinizin size ve bebeğinize ilgisini/ayırdığı vakti nasıl değerlendirirsiniz?İyi

Orta Kötü

20)Anneniz veya eşinizin annesiyle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?İyi Orta

Kötü

21)Etrafınızda size psikolojik destek verecek yakınınız var mı ?Evet Hayır

22)Kaç çocuğunuz var?.....

23)Son gebeliğiniz planlı mıydı?Evet Hayır

24)Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşandı mı?Evet Hayır

25)Son doğumunuz nasıl oldu?Normal doğum Sezaryan

26)Bebeğiniz ne zamanda doğdu?Erken Zamanında Geç

27)Bebeğiniz şuan kaç haftalık/aylık? 2 hafta -1 ay 1 ay – 3 ay 3 ay – 6 ay

6 ay – 9 ay 9 ay – 12 ay 12 ay-18 ay

28)Bebeğinizi emziriyor musunuz?Evet Hayır

29)Sizce bebek bakımı zor mu?Kolay Normal Zor

30)Bebeğin kronik hastalığı var mı?Evet Hayır

31)İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz?Evet Hayır

32)Daha önce bir sağlık çalışanı tarafından nasıl hissettiğiniz (depresyona yönelik) soruldu mu?evethayır

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 okadar değil
- Artık kesinlikle okadar 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) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- Hayır, hiç bir 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, hiç bir 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 çıkamıyorum

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok sık değil

Hayır, hiç bir 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

ÖZGEÇMİŞ

Zozan ÖZAKÇİL ilk, orta ve lise öğrenimini Kars'ta tamamladı. 2016 yılında başladığı Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2022 yılında mezun oldu. 2023 yılında başladığı TC Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda başladığı asistan hekimlik görevine halen devam etmektedir.

