

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SIFIR-BİR YAŞ BEBEK SAHİBİ ANNELERDE,
DOĞUM SONRASI DEPRESİF SEMPTOM TARAMASINDA;
EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ
İLE HASTA SAĞLIK ANKETİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Tuğba YURDAKUL

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER**

**ANKARA
2015**

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Tuğba YURDAKUL	Tarih: 20/01/2015
Anabilim/Bilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.A.Gülsen CEYHUN PEKER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: 0-1 Yaş Bebek Sahibi Annelerde Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık Anketinin Karşılaştırılması	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı

Yrd.Doç.Dr.A.Selda TEKİNER
Aile Hekimliği Bilim Dalı
Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Yrd.Doç.Dr.A.Gülsen CEYHUN PEKER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanı

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Prof.Dr.Murat ÜNALACAK
H.Ü.Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

TEŞEKKÜRLER

Tezimin her aşamasında ve uzmanlık eğitimim boyunca destek ve katkılarından dolayı, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER'e, deneyim ve bilgileriyle bana emeği geçen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. A. Selda TEKİNER ve Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a;

Uzmanlık eğitimim süresince karşılaştığım her tür sorunda içten destek ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Zehra DAĞLI, Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU, Dr. Şenay GÜREL EKİNCİ ve Uzm. Dr. Filiz AK'a,

Yardımlarını esirgemeyen; Sosyal Pediatri Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Betül ULUKOL, Sosyal Pediatri Bilim Dalı'ndan Doç. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON, Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Derya ÖZTUNA ile Zeynep BIYIKLI GENÇTÜRK ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR'a,

Depresyon olasılığı yüksek olan annelerin psikiyatrik değerlendirmesini yapan Dr. Tolgahan TUNCAL'a, veri toplama aşamasında desteği için Seda ÖZKAN'a ve araştırmaya katılan tüm annelere;

Başta Dr. Sevcan BOZTAŞ, Dr. Tuba YAĞCI YILMAZ ve Uzm. Dr. Gülseren LALE olmak üzere, beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Kişisel ve mesleki olgunlaşmamdaki katkılarından dolayı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı doktorlarına ve Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Klinik Şefi Uzm. Dr. Işın Pak'a;

Yaşamım boyunca bana her zaman destek olan sevgili annem, sevgili babam ve biricik kardeşime en içten teşekkürlerimle...

Dr. Tuğba YURDAKUL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜRLER	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. DEPRESYON TANIMI	4
2.1.1. Depresyonun Önemi.....	4
2.1.2. Birinci Basamakta Depresyon.....	5
2.1.3. Depresif Bozuklukların Sınıflandırması.....	7
2.1.4. Majör Depresif Bozukluk (MDB)	8
2.1.5. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)	11
2.1.6. Depresyon Taraması	12
2.2. Postpartum Depresyon	14
2.2.1. Postpartum Depresyon Epidemiyolojisi	17
2.2.2. Postpartum Depresyon Patogenezi	18
2.2.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri.....	19
2.2.4. Postpartum Depresyonun Etkileri	21
2.2.5. Postpartum Depresyon Taraması	22
2.2.6. Postpartum Depresyon Tedavisi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	27
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	27

3.3.	ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ	27
3.4.	ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	27
3.5.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	28
3.6.	VERİ TOPLAMA FORMLARI VE DEPRESYON ÖLÇEKLERİ.....	29
3.7.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	30
3.8.	ARAŞTIRMANIN KISITLILIĞI.....	30
3.9.	İZİNLER-ETİK KONULAR	31
4.	BULGULAR	32
4.1.	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	32
4.2.	ARAŞTIRMAYA KATILAN KADINLARIN EDSÖ'NE GÖRE BELİRLENEN POSTPARTUM DEPRESYON OLASILIĞI SIKLIĞI, İLİŞKİLİ ETMENLER VE ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARI.....	36
4.3.	POSTPARTUM DEPRESYON TARAMASINDA EDSÖ İLE PHQ- 9'UN KARŞILAŞTIRILMASI.....	50
5.	TARTIŞMA.....	52
5.1.	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	52
5.2.	ARAŞTIRMAYA KATILAN KADINLARDA DEPRESYON OLASILIĞI İLE İLİŞKİLİ ETMENLER VE ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARI	53
5.3.	POSTPARTUM DEPRESYON OLASILIĞINI SAPTAMADA EDSÖ İLE PHQ-9 KARŞILAŞTIRILMASI.....	63
6.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	67
	ÖZET.....	70
	SUMMARY	72
7.	KAYNAKLAR	74
	EKLER..	101
	EK 1: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı..	101
	EK 2: Sosyodemografik Veri Formu	103

EK 3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	106
EK 4: Hasta Sağlık Anketi-9.....	109

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAFP	: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimliği Akademisi)
AAP	: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktorları Derneği)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DDTÖ	: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Baskı)
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektro konvülsif tedavi
ICC	: Intraclass Corelation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
ICD-10	: International Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması -10)
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
NICE	: National Institute of Health and Clinical Excellence (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü)
NIMH	: National Institute of Mental Health (Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)
PHQ	: Patient Health Questionnaire (Hasta Sağlık Anketi)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSNI	: Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım Engelleyicileri
SSRI	: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri

STAI	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UK NSC	: The United Kingdom National Screening Committee (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Taraması Komitesi)
USPSTF	: The United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu)
WONCA	: World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners and Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. Kronik Hastalık Dağılımı.....	33
Şekil 2. Sürekli Kullanılan İlaç Dağılımı.....	34
Şekil 3. PHQ-9 Skorları ile EDSDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi.....	51

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1.	Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	35
Tablo 2.	Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Ortalamalarına Göre Depresyon Olasılığı	36
Tablo 3.	Araştırmaya Katılan Kadınların Depresyon Olasılığına Göre Çocuk Sayısı Ortalamaları	36
Tablo 4.	Araştırmaya Katılan Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	37
Tablo 5.	Araştırmaya Katılan Kadınların Meslek Sahibi Olma Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	37
Tablo 6.	Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Güvence Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	38
Tablo 7.	Araştırmaya Katılan Kadınların Aylık hane gelirlerine Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	38
Tablo 8.	Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	39
Tablo 9.	Araştırmaya Katılan Kadınların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	39
Tablo 10.	Araştırmaya Katılan Kadınların Kronik Hastalık Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	40
Tablo 11.	Araştırmaya Katılan Kadınların Depresyon Öyküsüne Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	40
Tablo 12.	Araştırmaya Katılan Kadınların Anksiyete Bozukluğu Öyküsüne Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	41
Tablo 13.	Araştırmaya Katılan Kadınların Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	41
Tablo 14.	Araştırmaya Katılan Kadınların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	42
Tablo 15.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Çalışma Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	42
Tablo 16.	Araştırmaya Katılan Kadınların Eş İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	43
Tablo 17.	Araştırmaya Katılan Kadınların Anne İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	43

Tablo 18.	Araştırmaya Katılan Kadınların Eşinin Ailesi İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	44
Tablo 19.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Sosyal Destek Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	44
Tablo 20.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Depresyon Olasılığına Göre Bebek Yaş Ortalaması	45
Tablo 21.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Gebeliği İsteme Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	45
Tablo 22.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Yardımcı Üreme Desteği Alma Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	46
Tablo 23.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Bebeklerinin Doğum Zamanına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	46
Tablo 24.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Doğum Şekline Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı	47
Tablo 25.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Bebek Cinsiyetine Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı	47
Tablo 26.	Araştırmaya Katılan Kadınların Bebeklerinde Sağlık Sorunu Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	48
Tablo 27.	Araştırmaya Katılan Kadınlarda Emzirme Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	48
Tablo 28.	Araştırmaya Katılan Kadınların Bebek Bakımında Zorluk Yaşama Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı.....	49
Tablo 29.	Araştırmaya Katılan Kadınların PHQ-9 ve EDSDÖ İle Depresyon Olasılığının Dağılımı	49
Tablo 30.	Lojistik Regresyon Analizinde Postpartum Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlerle İlgili Sonuçlar	50
Tablo 31.	Ülkemizdeki Doğum Sonrası Depresyon ile İlgili Çalışmalardan Bazılarına Ait Veriler	55

1. GİRİŞ

Postpartum dönem, canlı bir doğumu takip eden ilk 12 ay olarak tanımlanır. Bu dönemde kadının gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklere dönmesi beklenir(1-3). Aileye bebeğin katılması, yeni roller ve sorumluluklar ile birlikte ailede psikososyal değişiklikler de yaşanmaktadır. Aile için çok olumlu bir dönem olmasının yanı sıra; sosyal yalnızlaşma, özgürlüğün kısıtlanması ve ebeveyn olma sorumluluklarının ağır gelmesi ile bir kriz dönemi de yaşanabilir(4). Bu dönem psikiyatrik hastalık gelişimi açısından riskli olup, bir hatta iki yıl kadar sürebilir(5). Postpartum depresyon ise; gebelikte veya doğum sonrası ilk dört hafta içinde başlayan majör depresif bozukluk veya distimik bozukluktur(6). Doğumun en sık komplikasyonu olan postpartum depresyonun yaygınlığı %8-15 arasındadır(7-10).

Postpartum depresyonun saptanması toplum sağlığı için önemlidir. Toplumda depresif annelerin çoğuna tanı konulamamaktadır. Tedavi edilmeyen depresif anneler kötü evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğa ilgisizlik gibi pek çok sorun yaşamaktadır(11). Annedeki depresyon, anne-çocuk bağlanmasını bozabilir ve çocuğun gelişimini kötü yönde etkiler(12-19). Tedavi edilmeyen anne depresyonu; çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanır(20-23).

Birinci basamakta düşük prevalans hekimliği yaparken, depresyon tanısı koymak çok kolay değildir(24, 25). Bireyler duygu durumları doğrudan sorgulanmazsa, çeşitli nedenlerle depresif belirtilerini söylemeyebilirler(26). Aynı zamanda postpartum depresyonun birçok belirtisi, anneliğe normal uyum sürecinde yaşanan belirtiler ile karışabilir. Uyku, iştah bozukluğu, libido ve enerjide azalma hem gebelikte hem de normal lohusalık döneminde, ruhsal açıdan sağlıklı kadınlarda da görülebilen belirtilerdir. Bu süreçte kadınlar depresif yakınmalarını fark edemeyebilir(27-30). Bununla birlikte birinci basamakta aile hekimlerinin birçok alana yetme zorunluluğunun getirdiği yük, zaman kısıtlılığı, bilgi ve deneyim eksikliği de depresyon tanı oranını azaltmaktadır(22).

Aile hekimi sahip olduğu yeterlilikler ile sağlık hizmetinin özel bir basamağını oluşturur. Bir kadının gebeliği boyunca gebe takibi için dört kere, doğum sonrası lohusa takibi için iki kere, doğum sonrası ilk bir yıl bebeğinin sağlam çocuk takibi ve aşıları için yedi kere aile hekimine başvurması beklenir(31). Bu durum postpartum

depresyonun saptanmasında sağlık hizmeti verenler içinde, aile hekimlerini daha da özellikli bir konumda tutar. Aile hekimi bu başvuruları, postpartum depresyonun saptanması için bir fırsata çevirebilir.

Doğum yapan tüm kadınlarla ya da ruhsal birtakım belirtileri olan postpartum dönemdeki tüm kadınlarla klinik görüşme yapılması, hem zaman açısından hem de ekonomik yönden yüksek maliyete sahiptir. Bu nedenle, problemi ortaya koymak için, çabuk uygulanabilen ve düşük maliyetli tarama araçlarının kullanılması daha uygun olacaktır(32, 33). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu hazırladığı rehberde, postpartum annelerin psikolojik durumunun değerlendirilmesini önermekte ve riskli olan kadınların, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon leği (EDSDÖ) ile taranmasını vurgulamaktadır(34). Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH: National Institute of Mental Health), postpartum ilk bir yıl tüm kadınların depresyon açısından taranmasını önermektedir(35). İngiliz Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE: National Institute of Health and Clinical Excellence) 2007’de gebelikte ve postpartum dönemde en az bir kez depresyon taramasını öngörmektedir(36). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP: American Academy of Pediatrics) ise; sağlam ocuk izlemlerinde annenin postpartum depresyon açısından taranmasını önermektedir(37). Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktorları Derneği (ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists) 2010’da sundukları komite önerisinde; gebelikte ve postpartum dönemde depresyon taramasının göz önünde bulundurmasını öngörmektedir(38).

Postpartum depresyon taramasında en yaygın kullanılan lek EDSDÖ’dir(20). Hasta Sağlık Anketi (PHQ: Patient Health Questionnaire), birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını saptamak amacı ile geliştirilmiş ilk kendi kendine tanı koyma leği olup, PHQ-9 ise; bu ölçeğin depresyon taraması için hazırlanan alt leğidir(39).

Pratik uygulamada, aile hekiminin gebelerin ve postpartum dönemdeki kadınların risk faktörlerini belirleyip, depresyon açısından takip etmesi zor olabilir. Bunun yerine gerek lohusa izlemi, gerekse aşı için aile sağlığı merkezine (ASM) yapılan başvurularda, kadınlara bekleme salonunda beklerken uygulanmak üzere bir depresyon tarama leği verilmesi aile hekiminin işini kolaylaştırdığı gibi, depresyonu gözden kaçırmasını da engelleyebilir. Her grup birey için (gebeler, lohusalar, yetişkinler,

yaşlılar gibi) ayrı bir ölçek kullanılması pratik olmayabilir. Bunun yerine birinci basamakta her grup için geçerli bir ölçeği kullanmak daha kolay olacaktır. Biz de birinci basamakta yetişkinler için geçerli bir ölçek olan PHQ-9'un, postpartum dönemdeki kadınlarda kullanılabilirliğini araştırmak üzere, bu çalışmayı planladık.

Ülkemizde postpartum depresyon taramasında kullanılan ölçeklerin karşılaştırıldığı çalışmalar henüz yapılmamıştır. Bu çalışma, postpartum depresyon taramasında PHQ-9 ve EDSÖ'nin karşılaştırıldığı Türkiye'deki ilk çalışmadır.

Ruhsal hastalıkların, birinci basamakta tanınması ve etkili tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, kronikleşen hastalıkların ise izlemlerinin yapılması bireylerin genel sağlıklarını olumlu etkileyeceği gibi, kronik ruhsal hastalıkların yol açtığı, bireysel, sosyal ve ekonomik yıkımları da engellemiş olacaktır(40).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON TANIMI

Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depresus” dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin gamlı-kederli olmak anlamına gelir. Tıbbi terminolojide “çökkünlük” olarak ifade edilir. Kelime anlamı olarak depresyon; ya duygu durumunu, ya belirtiler kümesinin oluşturduğu bir hastalık tablosunu ifade eder(41).

2.1.1. Depresyonun Önemi

Depresyon tüm dünyada sıklık ve yaygınlığı giderek artan, kronik, tedavi edilebilir bir hastalıktır. Ruhsal hastalıklar içinde en sık görülen rahatsızlık depresyondur. Çocuk, genç, erişkin yaşlı, zengin, fakir, kadın, erkek herkeste görülebilir, yaşam kalitesini önemli derecede etkiler ve belirgin işlev kaybına neden olur(42). On dört ülkenin yer aldığı bir toplum çalışmasına göre, yaşam boyu depresyon yaygınlığının %12’ye ulaştığı tahmin edilmektedir(43).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonu en fazla yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında tanımlayıp, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde dördüncü sıraya koymuştur(44). Dünya Sağlık Örgütü’nün raporuna göre; engellilik ve mortaliteye neden olan hastalıklar içinde depresyon on birinci sırada yerini almıştır; 2020 yılında ise ikinci sıraya yükseleceği beklenmektedir(45). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de ise, engelliliğe neden olan en sık ikinci hastalık majör depresyondur(46).

Depresyon her bir atağın birkaç ay ile birkaç yıl arasında sürebildiği, aralıklarla tekrarlayan bir hastalıktır. İyileşme dönemini takip eden ilk iki yıl içerisinde tekrarlama olasılığı %40’tan fazla iken, ilk beş yıl içerisinde tekrarlama riski yaklaşık %75 olarak tahmin edilmektedir(47). Depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu durumun kronikleştiği de dikkat çekmektedir(48).

Depresyonun 2002 yılında ABD’ de oluşturduğu ekonomik yük 83 milyar Dolar(49) iken; Avrupa’da 2004 yılında 118 milyar Euro’ya mal olmuştur(50).

Depresyon genel sağlığı da olumsuz etkiler. Koroner arter hastalığı, diyabet, Parkinson hastalığı ve inmenin depresyon ile ilişkili olduğu saptanmış olup,

depresyonun, eşlik eden diğer tıbbi sorunların seyrini kötüleştirdiği tespit edilmiştir(51-58). Depresyon, bilişsel fonksiyonlarda azalmaya da yol açar(59-61).

Yapılan çalışmalar, depresyonun mortalitede artışa neden olduğunu göstermektedir(62-66). Otuz beş ülkede gerçekleştirilmiş, 293 çalışmanın meta analizinde; depresif bireylerin mortalite riski depresif olmayanlara göre %52 oranında daha yüksek saptanmıştır(67).

Tedavi edilmemiş depresyon, öz kıyım riskinde artışa yol açar(68). İntihar nedeniyle ölen yaşlı insanların çoğunun depresyon için yeterli tedaviyi almadıkları saptanmıştır(69). Yapılan çalışmalarda öz kıyım girişiminde bulunan yaşlı kişilerin yaklaşık %75'inin son bir ay içinde aile hekimini ziyaret ettiği, ancak belirtilerin fark edilmemiş ya da tedavi edilmemiş olduğu belirlenmiştir(70).

Depresyon bireyi etkilediği gibi, bireyin işvereni(71), eşi(72) ve çocukları ile olan ilişkisini de olumsuz yönde etkiler, hem bireyin ve yakın çevresinin, hem de ekonomik ve sosyal kayıplara neden olarak tüm toplumun hayat kalitesinin düştüğü bir durum yaratmaktadır(73-75).

2.1.2. Birinci Basamakta Depresyon

Dünya üzerinde yaklaşık dört insandan biri yaşam süresi boyunca ruhsal ve davranışsal hastalıklardan bir veya birkaçını geçirebilir(76). Bu durum psikiyatrik hastalıkları aile hekimleri için de önemli bir hale getirmektedir. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA: World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioners and Family Physicians) ve DSÖ, ruhsal hastalık bakımının birincil bakım ile bütünleştirilmesi gerektiğini, başta koruyucu ruh sağlığı uygulamaları olmak üzere birinci basamak hekiminin yetkinliğinin arttırılmasını önermektedir(77). Düşük prevalans hekimliği uygulayan aile hekimleri, hastalıkları toplumdaki gerçek sıklıkları ile görmekte, dolayısıyla çok geniş bir yelpazedeki hastalıkları, daha kısıtlı bir süre içinde tanıma ve gerekirse tedavi etme durumunda kalmaktadır(25). Birincil bakımda depresyonun bir yıllık yaygınlığı %18,1'dir(78). Kısıtlı zamanın etkili şekilde kullanılması ve hastalıkların kanıta dayalı olarak tanınması için kullanılan ölçekler mevcuttur. Bunun yanı sıra; psikiyatri uzmanları için bir başucu kitabı görevini gören Ruhsal Hastalıklar için Tanısal ve İstatistiksel Kılavuz-IV'ün (DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-

IV) birinci basamak sürümü (DSM-IV-PC) mevcuttur. Amerikan Psikiyatri Derneğinin, 1996 yılında yayınladığı DSM-IV-PC, birinci basamağın özel yapısı ve isteklerine göre adapte edilmiş ve birincil bakımda sık görülen psikiyatrik olgulara göre düzenlenmiştir(79).

Sağlık sistemi içerisinde yer alan tüm kurumlara ve uzmanlık dallarına ruhsal hastalıklar nedeniyle başvuru olmaktadır. Ülkemizde ve dünyada, birinci basamağa yapılan başvuruların %15- 40'ı ruhsal hastalıklar nedeniyle olmaktadır(40, 41). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ruhsal nedenle ilk başvurulanan kişi sıklık sırasına göre; psikiyatri uzmanı (%39), psikiyatri dışı uzman (%33) ve pratisyen hekimidir (%21)(80). Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP: American Academy of Family Physicians) ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta sürekli bakımın bir parçası olduğunu vurgulamaktadır(81).

Birinci basamağa başvuran, elli binden fazla hastanın yer aldığı 41 çalışmanın meta analizinde; depresyonu olan kişilerin sadece %50'sinin birinci basamakta tanı aldığı saptanmıştır(24). Kronik tıbbi hastalıklarla depresyonun tanınmasının karmaşık olması veya depresyonu daha hafif düzeyde olan hastaların birinci basamağa başvurması bunun nedeni olabilir. Aynı zamanda birinci basamakta aile hekimlerinin birçok alana yetme zorunluluğunun getirdiği yük de depresyon tanı oranını azaltmaktadır(82). Bireyler duygu durumları doğrudan sorgulanmazsa çeşitli nedenlerle depresif belirtilerini söylemeyebilirler(26). Günlük yaşantıda sık karşılaşılıyor olması bazı kişilerde depresyonun olağan bir yaşantı olduğu düşüncesini yaratabilmektedir. Diğer yandan bazı kişiler de depresyona kader gözüyle bakabilmektedirler. Bu iki tutum da tedavi gerektirecek düzeyde depresyonun fark edilmesini, kişinin depresyonu için çare aramasını ve gittiği bir doktora bunlardan söz etmesini engelleyebilmektedir. Hastalar; yetersiz, güçsüz, akıl hastası şeklinde nitelenebileceklerini düşünerek de yakınmalarından söz etmekten kaçınmaktadırlar. Bu hastaların üçte ikisi; baş ağrısı, bel ağrısı ve kronik ağrı gibi somatik yakınmalar nedeni ile doktora başvurmaktadır(83, 84).

Birinci basamakta görev alan hekimlerin hem psikiyatrik hastalıkların tanı, tedavi ve takiplerini yapabilmesi, hem de gereğinde ileri basamaklara sevklerini ve buradaki bakımlarının koordinasyonunu düzenleyebilmek için eğitimlerinin yeterli

düzeyde olması ve gereğinde başvuracakları rehberlere sahip olmaları önerilmektedir(40, 77).

Ruhsal hastalıkların, birinci basamakta tanınması ve etkili tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, kronikleşen hastalıkların ise izlemlerinin yapılması bireylerin genel sağlıklarını olumlu etkileyeceği gibi, kronik ruhsal hastalıkların yol açtığı, bireysel, sosyal ve ekonomik yıkımları da engellemiş olacaktır(40).

2.1.3. Depresif Bozuklukların Sınıflandırması

Psikiyatrik bozukluklar çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Melankoli ve histeri, M.Ö. 2600 yıllarında Mısırlılar tarafından biliniyordu(85). Hindistan'da psikiyatrik hastalıklar M.Ö. 1400 yıllarında yazılmış olan Ayur-Veda tıbbi sınıflandırmasında yer alıyordu(86). Hipokrat melankoli (siyah safra) terimini ortaya koymuştu(87). Ruhsal bozuklukların günümüzdeki biçimiyle sınıflandırılmasında ilk önemli adım 1896'da Emil Kraepelin tarafından atılmıştır(88). Günümüzde en yaygın olarak kabul edilmiş ve kullanılmakta olan iki sınıflama sistemi vardır;

- DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı) (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
- ICD-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması -10) (International Classification of Diseases and Related Health Problems-10)

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı rehberi olan ICD-10'da depresyon hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak üçe ayrılır. Günün hemen hemen tamamında ve en az iki hafta boyunca süren çökkün duygu durum, ilgi kaybı, enerji azalması ve kolay yorulma belirtilerinden en az ikisi olmak şartıyla; kendine güven ve özsaygının azalması, aşırı pişmanlık, suçluluk duyguları, tekrarlayan ölüm ve öz kıyım düşünceleri ya da öz kıyım girişimi, dikkat güçlüğü, kararsızlık, psikomotor aktivitede değişme, uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri ve buna bağlı kilo değişiklikleri belirtilerinden dördünün olması hafif depresyon olarak tanımlanmıştır. Eğer altı belirti varsa, orta şiddette depresyon; ilk üç belirti ile toplam sekiz belirti mevcutsa, şiddetli depresif nöbet olarak tarif edilmiştir(89).

2.1.4. Majör Depresif Bozukluk (MDB)

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskıda; çökkün duygu durum, ilgi kaybı, uyku bozukluğu, iştah-kilo değışikliği, halsizlik ve enerji kaybı, psikomotor gerileme, huzursuzluk, değersizlik, kararsızlık, suçluluk hissi, dikkat toplamada güçlük, unutkanlık, ölüm ve öz kıyım düşünceleri şeklinde dokuz belirti tanımlanır. Bunlardan en az biri ilk iki belirtiden biri olmak kaydıyla, en az beş belirtinin iki hafta boyunca günün çoğunluğunda sürmesi majör depresif bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu belirtiler; tıbbi bir hastalık veya herhangi bir maddenin fizyolojik etkisinin sonucu ortaya çıkmaz iken, psikososyal işlevlerde bozulmaya neden olur. Tanı için öyküde mani veya hipomani olmayan bireylerde, en az bir depresif nöbetin yaşanması gerekir(6). Tanımlanan dokuz belirti:

- 1- Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin; kendisini üzgün veya boşlukta hisseder) veya başkalarının gözlemesi (örneğin; ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirlenen, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu-durum
- 2- Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma veya artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlenir)
- 3- Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı veya kilo alımının olması (örneğin; bir ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası) veya hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması
- 4- Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyku olması
- 5- Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)
- 6- Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik veya enerji kaybının olması
- 7- Hemen her gün değersizlik, aşırı veya uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallabilir) olması.
- 8- Hemen her gün düşünme veya düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma

9- Yineleyen ölüm düşünceleri, özgöl bir tasarı kurmaksızın yineleyen öz kıyım düşünceleri, öz kıyım girişimi veya özgöl bir tasarının olmasıdır.

Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya; toplumsal, mesleki alanlarda veya önemli diğér işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olurken, herhangi bir madde kullanımının (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) veya genel tıbbi bir durumun (örneğin; hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağılı değildir. Önemli bir kayıp (yas, iflas, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir. Bu belirtiler de bir depresyon dönemini andırabilir. Ancak bunlar yaşanan yitime göre uygun bulunsa da, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceğı göz önünde bulundurulmalıdır(6).

Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğér bozukluklarla daha iyi açıklanamaz(6).

Depresif bozukluklar DSM-5'e göre aşğıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Majör Depresif Bozukluk
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Premenstrüel Disfori Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağılı Depresyon Bozukluğu
- Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğér Bir Depresyon Bozukluğu
 - Yineleyen kısa depresif bozukluk
 - Kısa Süreli Depresyon Dönemi
 - Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi

Depresyon, belirtilerin şiddetine göre; ağır olmayan, orta derecede ve ağır depresyon olarak sınıflandırılır. Hastalığın seyrine göre; kısmi remisyon ve tam

remisyon olarak depresyon ikiye ayrılır. Şiddet ve remisyon ölçütleri dışında belirti özelliklerine göre depresyon alt tipleri tanımlamıştır. Buna göre depresyon:

- Anksiyeteyle birlikte
- Mikst özellikli
- Melankolik özellikler gösteren
- Atipik özellikler gösteren
- Psikotik özelliklerle birlikte
- Katatoniyle giden
- Peripartum başlangıç
- Mevsimsel örüntü gösteren depresyon olarak sınıflandırılır(6).

Majör depresif bozukluk, DSM-5 sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alan en yaygın duygu durum bozukluğu olup(6, 90), sıklığı giderek artmaktadır(91). Brezilya, Kanada, Meksika, Şili, Japonya, ABD, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Hollanda ve Türkiye'nin yer aldığı bir epidemiyolojik araştırmada; yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı %3 (Japonya) ile %18 (ABD) olarak saptanmıştır(91). Amerika'da yapılan Ulusal Komorbidite Çalışmasında yıllık majör depresyon yaygınlığı %6,7 olarak tespit edilmiştir(92). Kronik hastalığı olan kişilerde yıllık depresyon yaygınlığı daha fazla olup, yaklaşık %25'tir(93).

Depresyon; kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda erkeklere göre 1,5-2 kat daha fazla görülmekte olup, kadın üreme hayatının farklı dönemlerine göre bir risk etkeni olarak rol oynamaktadır(94, 95). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar depresyon ortaya çıkması açısından en riskli gruptadır(96).

Türkiye'de 1998 yılında yapılan, ruhsal hastalıkların yaygınlığını gösteren ve ülke genelini temsil eden bir örnekleme yapılmış ilk çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda %5,4; erkeklerde %2,3; tüm nüfusta %4 olduğu tespit edilmiştir(80). Türkiye Hastalık Yüku Çalışmasında ise MDB'nin kadınlarda tahmin edilen yaygınlık oranının %26,3 olduğu bildirilmektedir(97). Ruhsal bozukluk sıklığının yüksek olmasına rağmen, tedavi için başvuru sıklığı düşük olup, kadınlarda %6,4 ve erkeklerde %2,7 olarak saptanmıştır(80).

Yapılan çalışmalarda depresyonun sıklıkla otuzlu yaşlarda başladığı, genç yaşlarda görülme sıklığının arttığı, orta yaş grubunda daha yüksek yaygınlık gösterdiği

gözlenmiştir. Depresyon yaygınlığı kentsel alanlarda yüksek olup, kırsal alanlara doğru gidildikçe azalmaktadır(98).

Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik yatkınlık, depresif kişilik özellikleri, cinsiyetin kadın olması, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar MDB için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür(99, 100). Önceki depresif nöbet, çocuk doğurmak, bunama, madde bağımlılığı, 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da diğer risk faktörlerinden birkaçıdır(101, 102).

2.1.5. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Distimik bozukluk; hemen her gün, gün boyu süren depresif duygu durumla karakterize süregen bir bozukluktur. Distimik bozukluk tanısı için en az iki yıllık bir sürede zamanın büyük çoğunluğunu kaplayan çökkün bir duygu durumun varlığı gereklidir. Hasta asla manik ya da hipomanik ataklar geçirmemelidir ve hastada siklotimi bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır(6).

Distimik bozukluk tüm toplumda %5-6 oranında görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Ayrıca bekârlarda, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha fazla görülür(103). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında toplumda distimi yaygınlığının %1,6 olduğu görülmüştür(80).

Distimik bozuklukta komorbidite sıktır. Distimiklerin sadece %25-30'unda yaşam boyu diğer psikiyatrik bozukluklar görülmemiştir. Alkol ve madde kötüye kullanımı sıklıkla eşlik eder (104).

Distimik bozukluk için DSM-5 tanı ölçütleri:

- Kişinin, ya kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirli, en az iki yıl ve hemen her gün yaklaşık gün boyu süren çökkün bir duygulanımın olması
- Depresyondayken iştahsızlık veya aşırı yemek yeme, uykusuzluk veya aşırı uyku, düşük enerji düzeyi veya yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü veya karar vermede güçlük, umutsuzluk duyguları belirtilerinden en az ikisinin bulunmasıdır.

Bu bozukluğun iki yıllık dönemi sırasında kişide, bir seferde iki aydan daha uzun süren, bu belirtilerin olmadığı bir dönem hiç olmamıştır. Bu bozukluk, süregiden şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. Bu belirtiler kötüye kullanılabilen veya sağaltım için kullanılan bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da hipotiroidizm gibi genel bir tıbbi duruma bağlı değildir. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, mesleki alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Süregiden depresyon bozukluğu, belirtilerin şiddetine göre; ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak sınıflandırılır. Ayrıca; başlangıç yaşı, eşlik eden majör depresyon varlığı ve remisyon ölçütleri dışında belirti özelliklerine göre depresyon alt tipleri tanımlanmıştır. Buna göre distimik bozukluk:

- Anksiyeteye birlikte
- Mikst özellikli
- Melankolik özellikler gösteren
- Atipik özellikler gösteren
- Psikotik özelliklerle birlikte
- Katatoniyle giden
- Peripartum başlangıç olarak sınıflandırılır(6).

2.1.6. Depresyon Taraması

Taramanın etkinliği birçok faktöre bağlıdır. Taranacak hastalık toplumda taramaya değecek kadar yaygın olmalı, hastalığın taramayla saptanabilecek asemptomatik veya erken dönemi bulunmalı, erken tedavinin daha etkin olmalı, tarama testinin özgüllüğü ve duyarlılığının yüksek olmalı, test uygulanabilir, ucuz ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmalı, tarama sonucunda hastalığın olası zararları azaltılarak, hastaya faydalı olmalıdır(105).

Depresyon birinci basamakta yaygın olup, tarama yapılmadığı takdirde sıklıkla saptanamaz. Birinci basamakta kullanımı için geçerliliği saptanmış, uygulaması kolay birçok ölçek vardır. Yalancı pozitif test sonuçlarının yol açtığı olası zararlar ve gereksiz tedaviye rağmen, taramanın hastalık sonuçlarına olan iyi etkileri daha ağır basmaktadır. Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubunun (USPSTF: The United States Preventive Services Task Force) yaptığı bir derlemede, yetişkinlerde taramanın, depresyon tanı oranını %10-47 arasında arttırdığı tespit edilmiştir(106). On altı çalışmayla yapılan, 7576 hastanın yer aldığı başka bir meta analizde; ruh sağlığı klinikleri dışında ve birinci basamakta depresyon taramasının, klinisyenlerin depresyonu tanıma oranlarını arttırdığı, tedaviye başlamada ise anlamlı bir etkinin olmadığı saptanmıştır(107). Sekiz randomize kontrollü çalışmayı değerlendiren USPSTF, 5 yıldan fazla izlenen gruplarda; taranan ve takip edilen hastaların kontrol grubuna göre depresif semptomlarında daha fazla iyileşme gözlendiğini tespit etmiştir(108-110).

Birinci basamakta depresyon taraması; depresyon bakım desteği verecek hemşire gibi bir yardımcı personel varlığında faydalı olacaktır. Etkili tedavi, tedaviye uyumun ve klinik cevabın takip edilmesi, klinik cevabın yeterli olmadığı zaman tedavinin değiştirilmesini kapsar(111). Bu durumun kronik tıbbi sorunları olan hastalara yaklaşımdan farkı yoktur. Örneğin; kan şekeri taramasıyla diyabet tanısı konulur ve tedaviye başlanır. Sonraki aşamada hastanın kan şekeri izlemi, tedavi düzenlenmesi, hastalığın seyrinin takibi için sağlık ekibine ihtiyaç duyulur.

Depresyon taramasının olası zararları hakkında herhangi bir kanıt yoktur(108). Olası zararları; yalancı pozitiflik sonuçları nedeniyle etiketlenme etkisi, gereksiz tedavi, ilaç maliyeti, ilaç yan etkileri, zaman kaybı olarak sıralanabilir. Bazı hastalar depresyon taramasını sıkıcı ve üzücü olarak değerlendirseler de, tarama oldukça kabul edilebilir bir yöntemdir(112-114).

Tarama sonrası kesin tanı için ileri değerlendirme şarttır. Depresyon tarama testlerinin tanısal doğruluğu DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış klinik görüşmeler ile değerlendirilir.

2.2. Postpartum Depresyon

Postpartum dönem, canlı bir doğumu takip eden ilk 12 ay olarak tanımlanır(1-3). Bu dönemde kadının gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklere dönmesi beklenir. Postpartum depresyon ise doğum sonrası ilk 12 ay içinde ortaya çıkan depresif bozukluktur(115).

Aileye bebeğin katılması ile yeni kurulan düzenle birlikte ailede psikososyal değişiklikler de yaşanmaktadır. Bu dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği, annenin hem kendisine hem de bebeğe bakabilmesinin beklendiği zor bir dönemdir. Aile için çok olumlu, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabildiği gibi, yenidoğanın ihtiyaçlarına yönelik yaşamın tekrar düzenlenmesi, sosyal yalnızlaşma, özgürlüğün kısıtlanması ve ebeveyn olma sorumluluklarının ağır gelmesi ile bir kriz dönemi olarak da yaşanabilmektedir (4). Çoğu kadın bu duruma uyum sağlamakta zorluk çekmezken, uyum sağlayamayanlarda değişik düzeylerde duygusal bozukluk görülebilir(116). Özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl kadınlar, psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadır(5). Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır(117, 118). Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve seyirlerine göre; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç grupta sınıflandırılmıştır(28).

Annelik hüznü, en sık rastlanan lohusalık dönemi hastalığıdır(119). Yaygınlığı %40-80 arasındadır(120-122). Depresif belirtiler hafif olup geçicidir; kadının işlevselliğinde bozulma görülmez. Üzüntü, sinirlilik, korku, anksiyete, uyku ve iştah bozuklukları, dikkat azalması görülebilir(123). Belirtiler doğumdan sonraki birkaç gün içinde başlar, ilerleyen 2 hafta içinde düzeliş tedavi gerektirmez(124-126). Annelik hüznünün patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Doğuma bağlı hormonal değişikliklerin bu duruma katkısı olabilir ancak yapılan çalışmalarda tutarlı sonuçlar elde edilememiştir(123, 127, 128). Annelik hüznü için risk faktörleri;

- Doğum öncesi depresif belirtiler
- Çocuk bakımında zorlanma

- Psikososyal bozulma
- Perimenstrual duygu durum değişikliği öyküsü
- Gebelik öncesi depresif bozukluk
- Ailede depresyon öyküsü olarak sayılabilir(12, 123, 129).

Annelik hüznü sık görülmesine rağmen, bu bozukluğun üzerinde fikir birliği oluşmuş tanı ölçütleri yoktur. Annelik hüznü DSM-5 ve ICD-10'da yer almamaktadır. Her ne kadar geçici de olsa, bazı çalışmalarda annelik hüznü yaşayan olguların %20'sinde 1 yıl içerisinde majör depresyon gelişebileceği bildirilmektedir(123, 130).

Postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formu olup, kişinin gerçeği değerlendirmesinde bozulmadır(131). Her bin doğumdan bir veya ikisinde görülür(132, 133). Postpartum psikozların büyük kısmı doğumdan sonraki 3. haftadan sonra başlar ancak doğum sonrası ilk 1 yıl içinde de saptanabilir. Postpartum psikoz ani başlar, ağır ve şiddetli olma eğiliminde olup, konfüzyon, hezeyanlar ve varsanılar ile karakterizedir. Bu belirtilere sıklıkla manik bozukluk veya depresif bozukluk gibi bir duygu durum bozukluğu, şiddetli uykusuzluk, ani duygu değişiklikleri, anksiyete, sinirlilik, psikomotor ajitasyon eşlik eder. Kalıcı şiddetli uykusuzluk duygu durum bozukluğunun ilk belirtisi olabilir. Çocuk öldürme ya da intihar düşüncesi veya eylemi en önemli risk faktörüdür. Hasta kendine ve bebeğe zarar verebilir. Bebeğe zarar verme yaygınlığı elli bin doğumda bir ile üç arasında bildirilmiştir. Bebeğine zarar veren annelerin %62'sinin intihar ettiği saptanmıştır(134). Postpartum psikozun patogenezi tam olarak aydınlatılamasa da, araştırmalar genetik ve hormonal faktörleri işaret etmektedir(135-137). Postpartum psikoz için risk faktörleri;

- Postpartum psikoz öyküsü
- Bipolar bozukluk öyküsü
- Ailede postpartum psikoz öyküsü
- İlk gebelik
- Yakın zamanda bırakılmış duygu durum düzenleyici tedavi olarak sayılabilir(27, 135, 138-140).

Postpartum psikoz acil bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermesi engellenmelidir(141).

Postpartum depresyon, doğumdan sonra ilk yıl içinde görülebilen, kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize olan, annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını etkileyen bir duygusal bozukluktur(142). Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858’de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür(131). Postpartum depresyon, DSM-5’te duygu durum bozuklukları içinde yer almakta olup; peripartum başlangıçlı, hem majör depresyon hem de süregiden depresyon bozukluğu (distimi) alt tipi olarak tanımlanmaktadır(6). Belirtiler; peripartum başlamak koşuluyla diğer depresif bozukluklardan farklı değildir. Postpartum depresyonun başlangıç zamanı DSM-IV’te doğumdan sonraki ilk dört hafta olarak belirtilirken, DSM-5’te ise peripartum (gebelikte ve ya postpartum dönemde) olarak değiştirilmiştir. Postpartum depresyon tanısı alan çoğu bireyde, depresyonun aslında gebelikte başladığı gözlenmiştir(6). Postpartum depresyon; ICD-10’da ise ‘Lohusalıkla Bağlantılı Ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklar’ başlığı altındadır. Başlangıç zamanı ise ICD-10’da doğum sonrası ilk 6 hafta olarak belirtilmiştir(143).

Kadınların mutlu olmaları beklenen bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları; belirtilerini saklamalarına neden olabilir. Aynı zamanda, postpartum depresyonun birçok belirtisi, normal uyum sürecinde yaşanan belirtiler ile karışabilir. Uyku, iştah bozukluğu, libido ve enerjide azalma hem gebelikte, hem de normal lohusalık döneminde de görülebilen belirtilerdir. Kadınlar depresif yakınmalarını ayırt edemeyebilir ve postpartum depresyon kolaylıkla gözden kaçabilir(28-30). Bu durumda duygu durum ve kognitif yakınmaların değerlendirilmesi önem kazanmaktadır(144). Yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, enerji kaybı, bilişsel-afektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin ise yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır(145). Postpartum depresyonu olan 78 annenin katıldığı bir araştırmada, kadınların ancak %32’si bir hastalığı olduğunu düşünmekte iken, %80’i yakınmalarını herhangi bir doktora bildirmemiştir(29). Bazı araştırmalara göre, tanı konulmayan ve tedavi edilmeyen postpartum depresyonun ilerleyerek her 1000 kadından birinde postpartum psikoz geliştiği gösterilmiştir(146).

2.2.1. Postpartum Depresyon Epidemiyolojisi

Postpartum depresyonun yaygınlığı %8-15 arasındadır(7-10). Batı kültürünün egemen olduğu ülkelerde beyaz kadınların %15'ini, beyaz olmayan kadınların %30'unu etkilemektedir. Doğu toplumlarındaki oran %0-40 arasında değişmektedir(147).

Postpartum depresyon yaygınlığı ile ilgili ülkemizde kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. İlk yaygınlık çalışmasını yapan Danacı ve arkadaşları doğum sonrası ilk 6 ayda %14 oranında depresyon saptamıştır(125).

Postpartum depresyon farklı kültürlerden birçok kadını etkilese de(148-153), yapılan araştırmalarda ırk ve etnik kökenin depresyon yaygınlığı üzerine olan etkileri ile ilgili sonuçlar çelişkilidir(148, 154-156). Bununla birlikte aile desteğinin yaygın olduğu kültürlerde depresyon seyrinin daha iyi olduğu gözlenmiştir(157). Postpartum depresyon için en önemli risk faktörü geçirilmiş depresyon öyküsüdür(126, 148, 149, 152-154, 158-166). Diğer risk faktörleri;

- Fiziksel veya cinsel istismar öyküsü(165)
- Subsendromal depresif belirtilerin varlığı(165)
- Genç yaş(165)
- Göçmenlik(165)
- Plansız gebelik(166-168)
- Gebeliği sonlandırma düşünceleri(169)
- Doğum öncesi 1 yıl içinde yaşanan zorlu olaylar (evlilikte anlaşmazlık gibi)(163, 166, 169, 170)
- Sosyal destek yokluğu(149, 163, 165-167)
- Mali destek yokluğu (149, 163, 165-167)
- Eşinin olmaması(154, 167)
- Eşinden şiddet görmesi(171)
- Kadının veya eşinin işsiz olması(168)
- Gebelikte sağlık sorunu (172)
- Gebelikte sık poliklinik başvurusu(172)
- Pregestasyonel diyabet veya gestasyonel diyabet(173)
- Bebeğe konjenital malformasyon(174)
- Bebeği emzirmemek(154, 168, 175)

- Bebek bakımı ile ilgili zorluklar(166, 176, 177)
- Kişilik özellikleri (içe kapanıklık, histerik)(178)
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü(167)
- Hastanın annesi ile ilişkilerinin zayıf olması(179)
- Düşük öyküsü(164, 180) olarak sayılabilir.

Ayrıca çoğu araştırmada annelerde postpartum depresyon sıklığı ile babalarda postpartum depresyon sıklığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır(181-183). Eşlerinden yeterli destek almayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, iyi bir sosyal desteğin bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir(28).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada postpartum depresyon için risk faktörleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta gebe kalma ve düşük yapma olarak tespit edilmiştir(184).

2.2.2. Postpartum Depresyon Patogenezi

Postpartum depresyonun sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, biyolojik, psikolojik faktörler ile stres ve çevresel faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir(28, 163, 185-188). Doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, stres oluşturan durumların varlığı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, yetersiz destek, benlik saygısında düşme, sosyokültürel düzey ile bireyin işindeki konumu gibi pek çok faktör postpartum depresyon gelişimine zemin hazırlayabilir(189-192). Genetik ve hormonal nedenler, psikososyal zorluklara direnci düşürerek dolaylı yoldan bireyi etkilemektedir(134).

Hormonal değişimler tüm kadınlarda olduğundan, duygu durum bozukluklarının gelişmesinde hormon dalgalanmalarından başka faktörlerin de olduğu düşünülmektedir. Genetik yatkınlık da bu faktörlerden biridir. Halen tam aydınlatılamamış olan bu genetik kusurlar muhtemelen çeşitli reseptör ve enzimlerin sayısında ve fonksiyonunda değişimlere sebep olurlar. Yapılan araştırmalara göre östrojen, progesteron, tiroid hormonu, kortizol, testosteron, kolesterol ve kortikotropin

salgılatıcı hormon düzeylerindeki değişimler postpartum depresyonla ilişkili bulunmuştur(187, 193-200). Bloch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postpartum depresyon öyküsü olan kadınlar gonadal hormonlardaki ani düşüşlerden daha fazla etkilenebilmektedir(187). Başka bir araştırmada, depresif bireylere stresli yaşam olaylarının etkilerini dengeleyen serotonin taşıyıcı genin promotor bölgesinde polimorfizm olduğu bildirilmiştir(201). Guintivano ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada postpartum depresyonu olan kadınlarda hipokampüsteki bazı gen aktivitelerinin farklı olduğu, bunun için bazı kadınların doğum sonrası östrojen düzeylerinin azalmasından daha fazla etkilendiği saptanmıştır(202). Birçok çalışmada postpartum depresyonun bir biyolojik belirteci olarak, artmış östrojen duyarlılığını göstermektedir(202, 203).

Kültür ve bununla ilgili stres faktörleri üzerinde az sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalarda batı kültürü dışındaki toplumlarda postpartum depresyon oranının daha az olduğu saptanmıştır(147). Bu farklılığı açıklamak için yapılan çalışmalar özellikle sosyal ve geleneksel yapı üzerinde durmuştur. Çalışmalar doğu kültürlerinde daha yaygın olan destek sisteminin postpartum depresyondan koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir(204). Batı toplumlarında aileler birbirlerinden uzakta oturmakta, yeni anne kendi ailesinin desteğinden uzakta kalmakta ve doğum sonrası dönemdeki ihtiyaçlarını tek başına karşılamaktadır(205). Arap toplumunda ve kendi kültürümüzde de annelik onurlu bir durumdur ve doğum sonrası dönemde kendi ailesi tarafından desteklenir. Doğumdan sonraki ilk kırk gün içinde anne evdeki eski sorumluluklarından muaf tutulmaktadır(183, 206).

2.2.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon kliniğinde; uyku, enerji, iştah, vücut ağırlığı, libido gibi fiziksel fonksiyonlarda değişiklik görülmektedir. Ancak bu belirtilere doğum sonrası dönemde, ruhsal açıdan sağlıklı kadınlarda da rastlamak mümkündür(27). Postpartum uykusuzluk sık rastlanan bir belirti olsa da, bebeğinin uyuduğu zamanlarda bile uykusuzluk yaşayan annelerde postpartum depresyon mevcut olabilir. Halsizlik; bebek bakımı ve uykusuzluğun neden olduğundan daha ciddi düzeyde olup, saatlerce yataktan kalkamayacak şiddette yaşanabilir. Bunun dışında; anksiyete, panik atak bozukluğu, sinirlilik, bebek bakımında zorlanma, kendini yetersiz hissetme, anne

olarak kendini başarısız hissetme, kendini suçlamak gibi belirtiler de eşlik edebilir. Kendine veya bebeğe zarar verme düşünceleri de postpartum depresyonda gözlenebilir(207). Yapılan bir araştırmada, postpartum depresyon taramasında öz kıyım düşüncesi %3 oranında saptanmıştır(208). Öz kıyım düşüncesi korkutucu olup, hastaya direkt sorulmaz ise, hasta bu durumdan bahsetmez. Kendine veya bebeğe zarar verme düşüncesi genellikle hastalar tarafından kabul edilmez, bu nedenle bu durum önceden kestirilemez(209). Öz kıyım düşüncesi genelde psikotik hastalarda görülür, hastalar sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtiler açısından da değerlendirilmelidir.

Postpartum depresyonun diğer depresyon türlerinden farklı olarak, daha genç yaşta başlar, öz kıyım düşünce ve davranışlarının daha az görülürken, anksiyete belirtilerine daha fazla rastlanılır(144).

Hastalarda bebeklerini yeterince sevmedikleri düşüncesi veya bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilişkili endişeler, bebeğe şiddet uygulamayla ilgili takıntılı düşünceler, bebekle ilgilenmeme ve ağır ataklarda bebeği öldürmeye ilişkin düşünceler olabilir(210).

Postpartum depresyonda komorbidite yaygındır. Wisner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada postpartum depresyonu olan 566 kadında eşlik eden diğer ruhsal hastalıklar araştırılmıştır. Hastaların %66'sında eşlik eden anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir(208).

Postpartum depresyon; hastaların yaklaşık %50'sinde gebelikte veya gebelik öncesinde dönemde başlar(148, 149, 152-154, 159-163, 208).Geçirilmiş postpartum depresyon, MDB atağı yaşama riskini artırır(27). Postpartum depresyonu olanların çoğu aylar içerisinde düzelmekte, bununla birlikte bazı kadınlarda doğum olayı tekrarlayan kronik depresif atakların tetiğini çekebilmektedir(211).

Postpartum depresyon genelde 3-6 ay arasında düzelmektedir. Çalışmalarda kadınların %20-25'inde ilk bir yılda, %13'ünde ikinci yılda, %17'sinde üçüncü yılda hala depresif belirtilerin devam ettiği saptanmıştır. Tedavi altındaki depresyonların %50'sinde tekrarlama bildirilmektedir(144, 206, 212-214). Bununla birlikte postpartum depresyon geçiren kadınların, takip eden ilk 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığının, geçirmeyenlere göre iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir(215).

2.2.4. Postpartum Depresyonun Etkileri

Toplumda depresif annelerin çoğuna tanı konulamamaktadır. Tedavi edilmeyen depresif anneler bozuk evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğa ilgisizlik gibi pek çok sorun yaşamaktadır(11).

Annede postpartum depresyon, anne-çocuk bağlanmasını bozabilir ve çocuğun gelişimini kötü yönde etkiler(12-19). Tedavi edilmeyen anne depresyonu, çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanır(20-23). Ani Bebek Ölüm Sendromu görülebilir(216-218).

Perinatal dönemde depresyon geçirmiş annelerin çocukları ile yapılan ve çocukların 13 yaşına kadar izlendiği bir çalışmada, özellikle geç tanı konan ve depresyonu kronikleşen annelerin çocuklarında daha yüksek oranda anksiyete ve depresif bozukluk saptanmıştır(219). Ramchandani ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; on binden fazla çocuk değerlendirilmiştir. Annesinde postpartum depresyon olan çocuklarda, olmayanlara göre 2 kat daha fazla oranda duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar ve hiperaktivite saptanmıştır(220). Bu çalışmadaki çocuklar ilerleyen yıllarda yeniden değerlendirildiğinde; depresyonu olan annelerin çocuklarında, depresyonu olmayan annelerin çocuklarına göre daha sık oranda karşı olma- karşı gelme bozukluğu ve davranış bozukluğu gözlenmiştir(221).

Depresyonu olan anneler, çocuğa bakmanın gerektirdiği sorumluluk hissini bunaltıcı bulurlar ve kimi zaman hayatta kalabilmek için kendilerini çocuklarından fiziksel ve psikolojik olarak tamamen koparırlar(222). Çocuklarına daha az şefkat içeren temas hareketi sergilerler. Bu sebeple bu annelerin çocuklarının da depresif olmayan anne çocuklarına göre daha sinirli, çekingen ve daha az yüz mimiği kullanan, az konuşan çocuklar oldukları gözlenmiştir(223). Çocukluk dönemi uyku problemleri de postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur(223, 224). Babalarda postpartum depresyonun görülmesi de çocuk gelişimini olumsuz etkilemektedir(220, 221).

Yapılan çalışmalar annenin her dönemdeki depresyonun çocuğu etkilediğini göstermektedir. Annede majör depresyon; evlat edinilmiş veya evlat edinilmemiş adölesanların tümünde MDB ve davranış bozuklukları riski ile yakından ilişkili saptanmıştır(225, 226). Majör depresif bozukluğu iyileşen annelerin çocuklarında görülen psikopatolojilerin ve işlevselliğin düzeldiği belirtilmiş; iyileşmeyen annelerin çocuklarında herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir(227).

Evlilik ilişkisinde zorlanma hem postpartum depresyon için bir risk faktörü, hem de postpartum depresyonun neden olduğu bir sonuçtur(228). Evlilikte anlaşmazlık ve postpartum depresyon birbirlerinin şiddetini arttırabilir. Aile fertlerinin depresyondaki hastaya karşı tutumu depresyonun seyrini ve tekrarlama riskini etkiler(229). Bu nedenle depresif hastaların tedavisinin bir parçası olarak aile bireylerini de tedavi sürecine katmak, klinik uygulama açısından uygun bir yaklaşım olacaktır(230-232).

Postpartum dönemde, kadınlarda ölümün önemli nedenlerinden biri öz kıyımdır. Yaygınlığı %0,003-0,011 arasında değişmektedir(233, 234). Ancak yapılmış çoğu araştırmada, öz kıyım oranının postpartum dönemde, diğer dönemlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Postpartum öz kıyım için risk faktörleri; bebek ölümü ve postpartum psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatış öyküsü olarak sayılabilir(233-235). Bebeğe zarar verme ise çok nadir görülen bir durumdur. Bununla birlikte postpartum depresyonu olan anneler; çocuklarına karşı duydukları olumsuz duygularını tartışma konusunda isteksizlik gösterebilirler(145).

2.2.5. Postpartum Depresyon Taraması

Doğum yapan tüm kadınlarla ya da ruhsal birtakım belirtileri olan postpartum dönemdeki tüm kadınlarla klinik görüşme yapılması hem zaman açısından hem de ekonomik yönden yüksek maliyete sahiptir. Bu nedenle, problemi ortaya koymak için, çabuk uygulanabilen ve düşük maliyetli tarama araçlarının kullanılmasını daha uygun olacaktır(32, 33). Tarama ölçekleri sadece birinci basamakta değil, psikiyatri polikliniklerinde de hem tanıya yardımcı, hem de tedavi yanıtın takibi amacıyla kullanılmaktadır(236, 237).

Ülkemizde postpartum depresyon taraması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış; Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), EDSDÖ ve Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI: State-Trait Anxiety Inventory) gibi tanı araçları sağlık hizmeti veren kişi ve kurumlara erken tanı yönünden yardımcı olabilir. Bu ölçekler, postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir(238).

Birinci basamakta lohusa izlemleri sırasında postpartum depresyon akılda bulundurulması gereken önemli bir durumdur(176). Aile hekimi, postpartum dönemde annenin en sık başvurduğu hekimdir. Anne kendisi için gitmese bile çocuğuna aşı yaptırmak için yılda en az yedi kez aile hekimine başvurmaktadır(31). Bu nedenle aile hekimleri bebek ve çocuk izlemlerini de postpartum depresyonun erken tanısı için bir fırsata çevirme şansına sahiptir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün bebek ve çocuk izlemleri için hazırladığı rehberde postpartum depresyon taraması için herhangi bir öneri bulunmamaktadır(239). Amerikan Pediatri Akademisi ise; birinci ay, ikinci ay ve dördüncü ay sağlam çocuk izlemlerinde annenin postpartum depresyon açısından taranmasını önermektedir(37).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumunun hazırladığı rehberde ise postpartum ilk gün, postpartum ikinci ve beşinci günler ve postpartum otuzuncu ve kırk ikinci günler arası annenin psikolojik durumunun değerlendirilmesini öngörmektedir. Ruhsal hastalık öyküsü, psikotik bozukluklar, psikotik depresyon ve intihar riski olan kadınların ise EDSDÖ ile taranmasını vurgulamaktadır. Riskli annelerin postpartum sekizinci haftada tekrar EDSDÖ ile değerlendirilmesi önerilmektedir(34).

Sit ve arkadaşlarının yaptığı derlemeye göre postpartum altıncı haftadaki obstetrik izlemde depresyon için rutin tarama öngörülmektedir(240). Başka bir çalışma ise postpartum ilk 12 ay pediatrik izlemlerde annenin depresyon açısından değerlendirilmesini önermektedir(241). Chaudron ve arkadaşları sağlam çocuk takiplerinde annelerin postpartum depresyon açısından değerlendirilmesini öngörmektedir(242) Bazı çalışmalarda, doğum sonrası ilk günlerde depresyon taramasının annenin 8 hafta sonraki ruh halini önceden tahmin edebileceğini öne sürmektedir(243, 244). Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü postpartum ilk bir yıl tüm kadınların postpartum depresyon açısından taranmasını önermektedir(35). Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktorları Derneği 2010'da aldığı komite kararına göre, gebelikte ve postpartum dönemde depresyon taramasının göz önünde bulundurmasını öngörmektedir. Ancak kesin öneride bulunmak için yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir(38). İngiltere'de Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Taraması Komitesi (UK NSC: The United Kingdom National Screening Committee) 2001'de ve

2010'daki önerilerinde; postnatal taramanın sağlığı iyileştirici etkilerinin olduğuna dair kanıt olmadığını öngörmektedir(245, 246). Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü 2007'de gebelikte ve postpartum dönemde en az bir kez, iki soru ile depresyon taramasını önermektedir(36).

Postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon taraması depresif belirtilerde düzelme sağlayabilir. Yapılan bir sistematik derlemede, tarama ile depresif belirtilerin sayısında azalma tespit edilmiştir(247). Başka bir randomize araştırmada ise EDSDÖ ile taranan kadınlar ile taramanın yapılmadığı kadınlar karşılaştırılmıştır. Dört yüz atmış iki annenin katıldığı bu çalışmada, depresyonu olan annelere psikoterapi yapılmış olup, 6 ay sonra değerlendirildiklerinde tarama yapılan grupta depresyon yaygınlığı %13 iken, kontrol grubunda depresyon yaygınlığı %22 olarak saptanmıştır(248).

Postpartum depresyon taramasında en yaygın kullanılan ölçek EDSDÖ'dir(20). Postpartum depresyonu taramak için, yurtdışında PHQ-9'un kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur(20, 247, 249, 250). Bunun dışında iki soru ile de depresyon taraması yapılabilir(36, 126, 247).

2.2.6. Postpartum Depresyon Tedavisi

Postpartum depresyonda değerlendirme öncelikle öz kırım ve psikoz varlığı açısından yapılmalıdır. Çünkü bu belirtilerin varlığı psikiyatri uzmanına sevk etmeyi gerektirir. İntihar planı veya komut veren işitsel sanrı gibi daha ciddi belirtileri olan hastalar acil servise sevk edilmelidir(6).

Ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle organik hastalıklar dışlanmalıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa, belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilir.

Postpartum depresyonun şiddetine göre farmakolojik tedavi, psikoterapi (bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, kişilerarası terapi, evlilik ve aile terapileri), psikososyal bakım ve elektro- konvülsif tedaviden yararlanılabilir(142, 251). Tedaviye karar verirken hastalık şiddeti, emzirme durumu, antidepresan ilacın tolere edilebilirliği ve geçmişteki tedavilere yanıt dışınılmelidir. Öncelikle göz önünde bulundurulması gereken durum bebeğin ve annenin ilaçtan en az etkilenmesini

sağlamaktır. Postpartum dönemde kadınlar antidepresan ilaçlara daha hassastır. Önerilen dozun yarısı ile başlanıp kademeli olarak arttırılmalıdır. Gebelik döneminde ilaç verildiyse postpartum dönemde aynı doza devam edilmelidir. Çoklu ilaç uygulamalarından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır(126). Daha önce antidepresan ilaçlar ile tedavi görmeyen bireylere SSRI önerilir. Çünkü genel toplumda etkinliği ve tolere edilebilirliği kanıtlanmıştır. Emziren kadınlarda en fazla araştırılan antidepresan grubu SSRI'lardır. Selektif seratonin geri alım inhibitör grubu ilaçlara anne sütü ile maruz kalan bebeklerin çok azında yan etkiler görülmüştür. Paroksetin ve sertralinin bebeklerde yan etkileri daha az saptanmış olup, düzeyleri bebeklerde saptanamayacak kadar düşük olduğu tespit edilmiştir(252-254). Postpartum duygu durum bozukluğu nedeniyle farmakoterapi gereken ve SSRI kullanan annelerin emzirmesi yönünde cesaret verilmelidir(255, 256). Çünkü emzirmenin faydaları ilacın az görülen yan etkilerinden daha ağır basmaktadır(252, 253). Bütün psikotropik ilaçlar değişik miktarlarda anne sütüne geçer. İlacın emzirdikten hemen sonra alınması bebeğin ilaç maruziyetini azaltır. Depresif belirtilere ajitasyon eşlik ediyorsa, düşük dozda antipsikotikler fayda sağlayabilir(257). Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir(126).

Postpartum depresyon tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar; trisiklik antidepresanlar, Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım Engelleyicileri (SSNI), buprapion ve mirtazapin gibi atipik antidepresan ilaçlar olup, emzirme döneminde göreceli olarak güvenli kabul edilmektedir(258-261).

Kişilerarası psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapi hafif-orta şiddette depresyon için etkinliği kanıtlanmış tedavi yaklaşımlarıdır. Psikoterapi, annenin kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularına, duygularının paylaşılmasına, kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olur(251). Psikoterapi çeşitlerinin farklı faydaları olabilir. Zihinsel terapi; bebek yönetimi problemlerine ve problemlerin çözümünde dinamik psikoterapi anne bebek ilişkisini tedavi etmeyi hedefler. Destekleyici terapi ise çocuk yetiştirme

durumlarına rehberlik etmeyi, ideal anne olmayı veya doğumdaki negatif deneyimler gibi durumları ifade etmelerini ve bakış açılarını geliştirmeyi amaçlar. En sık kullanılan psikoterapi yöntemi destekleyici ve zihinsel terapi şeklindedir(142).

Elektro konvülsif tedavi (EKT) ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde, bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından, tercih edilebilecek bir seçenektir. Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Özellikle tabloya delüzyonel depresyon egemen ise, daha erken dönemde EKT tedavisi uygulanmalıdır(262).

Aile hekimleri MDB için başlangıç tedaviyi düzenleyebilir. Ancak kendine veya başkasına zarar verme düşüncesinde olan bireyler için psikiyatri uzmanıyla koordineli çalışılmalıdır. Hastalar korku umutsuzluk utanç gibi duygularla sevk edildikleri birimlere müracaat etmeyebilir. Psikotik özellikleri olmayan, saldırganlığı olmayan depresif hastalar ayaktan tedavi edilebilir(253).

Aile hekimleri sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır. Erken dönemde henüz ayrışmamış rahatsızlıkları yönetebilme kabiliyetine sahip ve toplumun sağlığı için özel bir sorumluluğu bulunan aile hekimleri postpartum depresyonun yönetiminde iyi bir konumdadır(263). Aile hekimlerinin henüz hastalık tanısı konmayan annelerle hem lohusa izlemlerinde, hem de sağlam çocuk izlemleri sırasında birebir iletişim halinde olmalarından dolayı, depresif belirtiler gösteren bireyin fark edilmesinde önemli roller üstlenmektedir(176). Riskli kadınların saptanması, hem anne ve bebek sağlığı hem de toplum sağlığı açısından önemli olup, erken müdahale edilmesini sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebek sahibi annelerde, postpartum depresif semptom sıklığı ve ilişkili etmenleri belirlemeye yönelik kesitsel, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine 1 Eylül 2014-31 Ekim 2014 tarihlerinde başvuran, 0-1 yaş bebek sahibi 486 anne araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmanın örnekleminde ise tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş olup, araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan her anne araştırmaya alındı. Araştırmaya 428 anne katılmayı kabul etti. Katılımcı annelerden üçü depresyon tanısı nedeniyle tedavi görmekte olup, araştırma dışı bırakıldı. Araştırma 425 anne ile tamamlandı.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

Sıfır-bir yaş bebek sahibi, 18 yaş ve üstünde olan, anketin yapıldığı dönemde psikiyatrik bir hastalık nedeniyle herhangi bir tedavi almayan, okur-yazar olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm anneler araştırmaya alındı. Aylık takibi nedeniyle araştırma süresinde birden fazla başvurusu olan anneler sadece bir kez araştırmaya katıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Araştırmaya katılan annelerde depresif semptom taramasında; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık Anketi-9 uyumludur.
2. Araştırmaya katılan annelerde;
 - Yaş,

- Öğrenim düzeyi,
- Çalışma durumu,
- Sağlık güvencesi,
- Gelir düzeyi,
- Depresyon öyküsü,
- Anksiyete bozukluğu öyküsü,
- Ailede psikiyatrik hastalık olması,
- Eş ile iletişimde zorluk olması,
- Annesi ile iletişimde zorluk olması,
- Eşinin ailesi ile iletişimde zorluk olması,
- Sosyal destek yokluğu,
- Plansız gebelik,
- Bebeğini emzirmemesi,
- Bebekte sağlık sorunu olması,
- Bebeğin bakımı konusunda zorluk yaşaması postpartum depresyon olasılığı ile ilişkilidir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Bekleme salonunda bekleyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler görüşme odasına alındı. Annelere yapılacak çalışma hakkında bilgi verildi. Annelerle görüşme odasında yüz yüze görüşülerek Sosyodemografik Veri Formu (Ek 2) dolduruldu. On sorudan oluşan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek 3) ve dokuz sorudan oluşan Hasta Sağlık Anketi-9'u (Ek 4) içeren formlar katılımcılara dağıtılarak, gözlem altında birebir kendileri tarafından cevaplandı. Katılımcıların istekleri doğrultusunda isim- soy isim ve telefon bilgileri kayıt edilmedi. Ölçeklerin puanlandırılması hemen yapıldı, EDSDÖ ve PHQ-9 ölçeklerinden en az biri ile depresyon açısından yüksek riskli saptanan, depresyon olasılığı olan kişiler konu hakkında detaylı olarak bilgilendirildi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalına, ileri değerlendirme için konsülte edildi.

3.6. VERİ TOPLAMA FORMLARI VE DEPRESYON ÖLÇEKLERİ

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, annenin demografik bilgilerini ve depresyon açısından risk faktörü olabilecek özellikleri içeren 35 sorudan oluşmaktadır (Ek 2). Bu formdan elde edilen verilerle EDSDÖ (Ek 3) puanlaması karşılaştırıldı.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak postpartum depresyonu tanımada kullanılabilen bir araç olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama amacıyla kullanılabileceği bildirilmektedir. (264). Türkiye’de 2 ayrı araştırmada geçerlilik çalışması yapılmış ve kesme puanının 12-13 olarak alındığında gerçek depresif semptomu olan kişileri saptamada daha duyarlı olduğu bildirilmektedir. Postpartum dönemde EDSDÖ’nün duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 olarak saptanmıştır(265, 266). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ile doğrulanması gerekmektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen toplam 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Her bir maddeye 0-3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır. Bazı maddelerde en şiddetli yanıtlar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişmektedir(265). Bu çalışmada kesme puanı olarak 13 ve üzerini alındı, 13 ve üzeri puan alanlar postpartum depresyon için riskli grup olarak kabul edildi.

Hasta Sağlık Anketi, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını saptamak amacı ile geliştirilmiş ilk kendi kendine tanı koyma ölçeği olup, Spitzer ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır(39). Türkçe uyarlaması ve geçerlilik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(267). Hasta Sağlık Anketi-9 (Ek 4) ise; bu ölçeğin depresyon taraması için hazırlanan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve süreç içinde yapılan tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir. Hasta Sağlık Anketi-9’un duyarlılığı %71,4 duyarlılığı, özgüllüğü %91,9, pozitif kestirim değeri %55,2 ve negatif kestirim değeri %93,7 olarak bulunmuştur. Hasta Sağlık Anketi-9 depresif bozukluk tanısı ile ilgili toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

Yanıtlar “Hiç”, “Bir kaç gün”, “Bir haftadan daha fazla” ve “Hemen hemen her gün” olmak üzere 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan en az 5’inin yanıtının “Pozitif” olması (yanıtın “Pozitif” olması “Bir haftadan daha fazla” ya da “Hemen hemen her gün” seçeneğinin işaretlenmesi olarak kabul edilmiştir) durumunda majör depresif bozukluk tanısı kabul edilir. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan 2-4’ünün yanıtının “Pozitif” olması durumunda minör depresif bozukluk tanısı kabul edilir(267). Bu çalışmada PHQ-9 için; ilk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan en az iki ve üzeri yanıtı “Pozitif” olanlar depresif bozukluk için riskli grup olarak kabul edildi.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (SPSS: Statistical Package for Social Sciences) 15. sürüm programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min– maks), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterildi.

Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student-t Testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney-U testi ile araştırıldı. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirildi. Ölçekler arasındaki uyum ICC (Intraclass Correlation Coefficient), kappa analizi ve Spearman Korelasyon analizi ile gösterildi.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine göre depresif semptomlar açısından yüksek riskli sonuçları etkileyen değişkenlerin bağımsız risk faktörü olup olmadığı belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yöntemi ile belirlenerek risk katsayıları belirtildi. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIĞI

Araştırma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yürütüldüğü için, sonuçları tüm topluma genellemek mümkün değildir. Araştırmaya katılan kadınlarla depresyon tanısında altın standart tanı yöntemi olan klinik görüşme yapılmadığından kullanılan

ölçeklerin psikometrik özellikleri karşılaştırılmadı. Psikiyatriye yalnızca ölçek puanlamalarına göre depresif semptomlar için yüksek riskli kadınlar konsülte edildi, yalancı negatif saptanan kadınlar tespit edilmedi.

3.9. İZİNLER-ETİK KONULAR

Araştırma için, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'ndan yazılı izin; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.08.2014 tarih ve 13-591-14 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay; çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılacak annelerin, yazılı aydınlatılmış onamları alındı.

4. BULGULAR

Bu bölüm; araştırmaya katılan kadınlarda; 1-Tanımlayıcı özellikler, 2-EDSDÖ'ye göre belirlenen postpartum depresif semptom sıklığı, ilişkili etmenler ve çok değişkenli analiz sonuçları, 3-Postpartum depresyon taramasında EDSDÖ ile PHQ-9'un karşılaştırılmasının sonuçları şeklinde 3 başlıkta sunulmuştur. Toplam 425 kadının verileri değerlendirmeye alınmıştır.

4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan kadınların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $29,79 \pm 5,11$; ortanca yaş 29,50 idi. Öğrenim durumlarına bakıldığında, katılımcıların %16,3'ü ilköğretim; %40,4'ü lise; %37,4'ü yüksekokul-üniversite ve %5,9'u lisansüstü mezunu idi. Medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında katılımcıların tamamı evli idi.

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde, %53,3'ü ev hanımı iken; %46,7'si meslek sahibi idi. Araştırmaya katılan kadınların %11,2'si çalışmakta; %30,5'i doğum izninde olup, %58,4'ü çalışmamakta idi. Çalışmayan katılımcıların %53,8'i işe dönmeyi planlarken; %46,2'si tekrar çalışmayı düşünmemekte idi. Tekrar çalışmayı düşünen katılımcılar en erken bir ay, en geç yedi yıl sonra işe dönmeyi planlamakta idi. Ortanca planlanan işe dönüş zamanı 12 ay idi.

Araştırmaya katılan kadınlar en az bir, en fazla beş çocuk sahibi olup, ortanca çocuk sayısı bir idi. Yüzde 52,6'sının bir çocuğu; %36,9'unun iki çocuğu ve %10,5'inin üç ve üzeri çocuğu var idi. Katılımcıların %0,9'u ikiz bebek sahibi idi.

Aylık hane gelir düzeyine göre dağılımlara bakıldığında; katılımcıların %10'u 0-899 TL, %31,8'i 900-1799 TL, %25,5'i 1800-2699 TL ve %32,8'i 2700 TL ve üzeri gelire sahip idi. Sağlık güvence durumuna göre dağılımlara bakıldığında, katılımcıların %6'sının sağlık güvencesi yok iken; %94'ünün sağlık güvencesi var idi.

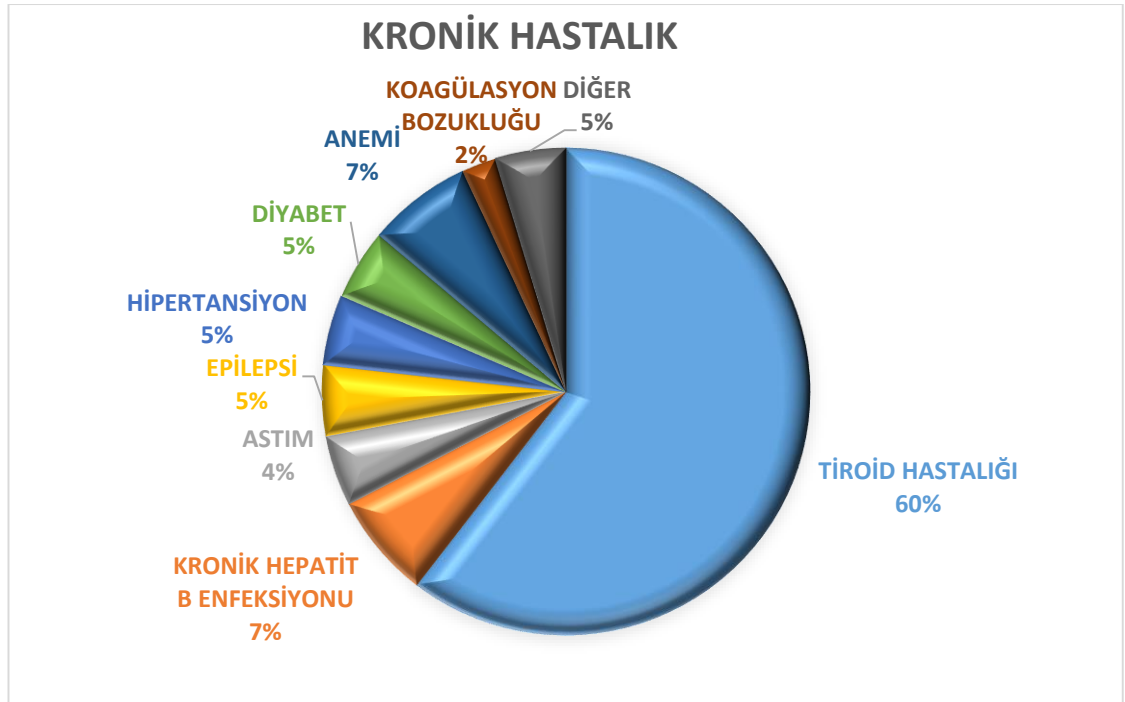
Kronik hastalık öyküsünün sorgulandığı verilere baktığımızda, katılımcıların %86,1'inin herhangi bir hastalığı yoktu. Kronik hastalığı olan %13,9'luk kesimde en dikkat çeken tiroid hastalığı idi (Şekil 1). Katılımcıların hiçbirinde araştırmanın yapıldığı sırada tanı konmuş ve tedavisi devam eden bir ruhsal hastalık yoktu.

Sürekli ilaç kullanan katılımcıların oranı %9,2 olup; kullanılan ilaçlar antitiroid/tiroid hormonu preparatları, antihipertansifler, antiepileptikler, salisilik asit, insülin, demir preparatı ve kortikosteroid idi (Şekil 2).

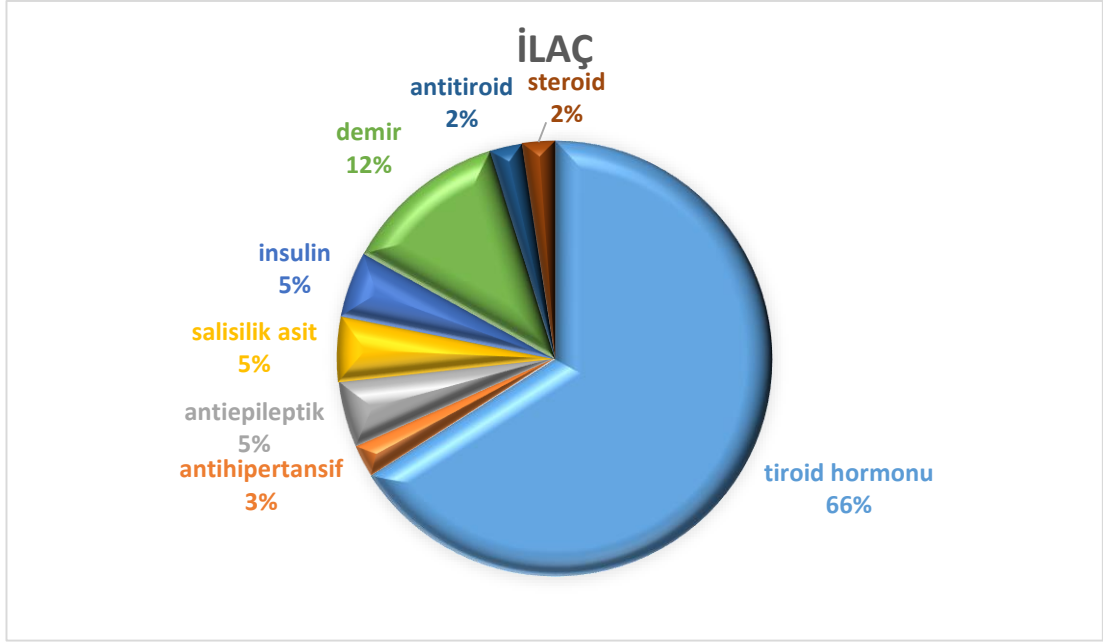
Katılımcıların %16,5'i sigara, %1,9'u alkol kullanmakta idi. Katılımcılar arasında madde kullandığını belirten yoktu.

Katılımcıların özgeçmişine bakıldığında; %22,2'si daha önceden depresyon tanısı almıştı. Bunların %12,7'sinin gebelik dışı dönemde, %5,1'inin gebelikte, %5,8'inin daha önceki doğumuyla ilişkili postpartum depresyon tanısı aldığı öğrenildi. Katılımcıların %16,4'ü daha önceden anksiyete bozukluğu tanısı almıştı. Bu gruptakilerin %9,0'ı gebelik dışı dönemde, %4,2'si gebelikte, %3,8'i daha önceki doğumundan sonra anksiyete bozukluğu tanısı aldığı öğrenildi.

Katılımcıların soy geçmişi incelendiğinde; %4,4'ün birinci dereceden yakınlarında; %1,19'unun eşinde psikiyatrik hastalığı öyküsü vardı.



Şekil 1. Kronik Hastalık Dağılımı



Şekil 2. Sürekli Kullanılan İlaç Dağılımı

Katılımcıların %11,6'sı doğum sonrası takiplerinde aile hekimi, %9,9'u ise kadın doğum uzmanı tarafından ruhsal açıdan değerlendirilmişti.

Eş ile iletişim durumuna göre dağılımlara bakıldığında ise, katılımcıların %29,5'i eşiyle, %10,3'ünün annesiyle %23,5'inin ise eşinin ailesi ile iletişimde zorluk yaşadığı öğrenildi. Katılımcıların %39,7'sinin sosyal destek aldığı öğrenildi.

Katılımcıların bebeklerinin yaşı 15 gün ile 12 ay arasında değişmekte olup ortalama $4,78 \pm 3,34$ ay, ortanca 4 ay idi. Planlı gebelik oranı %85,4 olup, %14,5'inde istemeden gebe kalmış olduğu öğrenildi. Yardımcı üreme desteği katılımcıların %5,0'ında vardı.

Doğum şekillerine göre, katılımcıların %41,5'i normal vajinal yolla,; %58,5'inin sezaryen doğum yaptığı öğrenildi. Katılımcıların bebeklerinin doğum zamanına bakıldığında ise, %73,4'ünün zamanında; %19,2'sinin erken; %7,3'ünün geç doğduğu tespit edildi. Erkek bebek oranı %46,9 iken; kız bebek oranı %53,1 idi.

Katılımcıların bebeklerinin sağlık sorununa göre dağılımlara bakıldığında, bebeklerin %97,6'sının sağlıklı olduğu; %2,4'ünde sağlık sorunu olduğu öğrenildi. Sağlık sorunu olarak belirtilen hastalıklar; konjenital kalp hastalığı, doğuştan kalça çıkıklığı, parmak eksikliği, Down Sendromu, epilepsi, ince bağırsak atrezisi idi.

Emzirme oranı %92,2 idi. Katılımcılar bebeklerinin beslenmesinde %92,1 anne sütü; %23,6 formül mama; %21,7 ek gıda kullanmakta idi. Katılımcıların %14,0'ının bebek bakımında zorluk yaşadığı öğrenildi.

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeğinin kesme puanı ≥ 13 olarak alındığında, katılımcıların %21,9'unda depresif semptomlar açısından yüksek risk saptandı. Katılımcıların EDSDÖ'den aldığı en yüksek skor 28 puan, en düşük skor 0 puan olup, ortanca skor değeri 9 puandır.

Hasta Sağlık Anketi-9 ile katılımcıların %23,6'sının depresyon olasılığı yüksek saptandı. Katılımcıların %12,5'i minör depresyon; %11,1 majör depresyon semptomları açısından yüksek riskli idi. Katılımcıların PHQ-9'dan aldığı en yüksek skor 27 puan, en düşük skor 0 puan olup, ortanca skor değeri 5 puandır. Depresif belirtilerin; katılımcıların diğer insanlarla olan ilişkilerine, evde ve işte işlevselliğine olan etkilerine bakıldığında, %10,1 katılımcı işlevselliğinde kayıp olduğunu belirtti.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		Min – Max	Ort $\pm$ SD
Yaş		18-45	29,79 $\pm$ 5,11
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim Düzeyi	İlköğretim	69	16,3
	Lise	171	40,4
	Üniversite	158	37,4
	Lisans Üstü	25	5,9
Meslek	Ev Hanımı	226	53,3
	Diğer	198	46,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	47	10,9
	Doğum İzninde	129	30,5
	Çalışmıyor	247	58,4
Çocuk Sayısı	1	214	52,6
	2	150	36,9
	3 ve Üzeri	43	10,5
Kronik Hastalık	Var	59	13,9
	Yok	365	86,1
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	39	9,2
	Yok	384	90,8
Sigara Kullanımı	Var	70	16,5
	Yok	354	83,5
Alkol Kullanımı	Var	8	1,9
	Yok	416	98,1
Ailede Psikiyatrik Öykü	Var	30	7,1
	Yok	393	92,9
Sağlık Güvencesi	Var	395	94,3
	Yok	24	5,7
Aylık Hane Geliri (TL)	0-899	41	10,0
	900-1799	131	31,8
	1800-2699	105	25,5
	2700 ve Üzeri	135	32,8

4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN KADINLARIN EDSDÖ'NE GÖRE BELİRLENEN POSTPARTUM DEPRESYON OLASILIĞI SIKLIĞI, İLİŞKİLİ ETMENLER VE ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARI

Çalışma grubundaki kadınların yaş ortalamaları incelendiğinde, depresyon açısından riskli puan alan ve almayan grupların yaş ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($t=0,119$, $p=0,231$) (Tablo:2).

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kadınların Yaş Ortalamalarına Göre Depresyon Olasılığı

	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12)	İstatistik
Yaş Ortalaması (Ortalama $\pm$ SD)	29,29 $\pm$ 5,73	29,93 $\pm$ 4,92	$t=0,119$ $p=0,231$

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ortalamaları incelendiğinde, depresyon olasılığı olan katılımcıların en az 1, en fazla 5 çocuk sahibi olduğu; ortanca çocuk sayısının 1 olduğu öğrenildi. Depresyon olasılığı düşük olan kadınların en az 1, en fazla 4 çocuk sahibi olduğu, ortanca çocuk sayısının 1 olduğu tespit edildi. Buna göre depresyon olasılığı olan ve olmayan gruplar arasında çocuk sayısı ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($t=0,247$, $p=0,805$) (Tablo:3).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Depresyon Olasılığına Göre Çocuk Sayısı Ortalamaları

Çocuk Sayısı	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12)	İstatistik Test, p
Ortalama $\pm$ SD	1,62 $\pm$ 0,84	1,60 $\pm$ 0,71	$t=0,247$ $p=0,805$
Ortanca	1,00	1,00	
Min – Max	1-5	1-4	

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre depresyon olasılığı değerlendirildiğinde, eğitimi ilköğretim olan kadınların %33,8'inin; lise mezunu kadınların %20,6'sının; üniversite mezunu kadınların %17,7'si; lisansüstü mezunların ise %28,0'ının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, öğrenim durumu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,084$) (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Öğrenim düzeyi	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
İlköğretim	23 (%33,8)	46 (%66,5)	$X^2=8,21$ $p=0,084$
Lise	35 (%20,6)	135 (%79,4)	
Üniversite	28 (%17,7)	130 (%82,5)	
Lisans Üstü	7 (%28,0)	18 (%72,0)	

Araştırmaya katılan kadınların meslek sahibi olma durumları ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki incelendiğinde; meslek sahibi olan kadınların %19,9'unun ev hanımlarının ise %23,9'unun depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre kadınların meslek sahibi olma durumları ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,323$) (Tablo:5).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Meslek Sahibi Olma Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Meslek Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Ev Hanımı	54 (%23,9)	172 (%76,1)	$X^2=0,975$ $p=0,323$
Diğer	39 (%19,9)	157 (%80,1)	

Sağlık güvencesi olan kadınların %21,9'unun, güvencesi olmayan kadınların %25,1'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, sağlık güvence durumunu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,721$) (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Güvence Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Sağlık Güvence Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Var	86 (%21,9)	307 (%78,1)	$X^2=0,128$ $p=0,721$
Yok	6 (%25,0)	18 (%75,0)	

Aylık hane gelirlerine göre depresyon olasılığına bakıldığında; aylık hane geliri 0-899 TL arasında olan kadınların %29,3'unun; 900-1799 TL arasında olan kadınların %24,4'ünün; 1800-2699 TL arasında olan kadınların %19,2'sinin; 2700 TL ve üzerinde aylık hane geliri olan kadınların %20,0'ının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre aylık hane gelirleri ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,480$) (Tablo:7).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Kadınların Aylık hane gelirlerine Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Aylık Hane Geliri	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
0-899 TL	12 (%29,3)	29 (%70,7)	$X^2=2,475$ $p=0,480$
900-1799 TL	32 (%24,4)	99 (%75,6)	
1800-2699 TL	20 (%19,2)	84 (%80,8)	
2700 TL Ve Üzeri	27 (%20,0)	108 (%80,0)	

Sigara içme durumlarına göre depresyon olasılığına bakıldığında; sigara içen kadınların %22,9'unun, sigara içmeyen kadınların %21,8'inin depresyon olasılığı

yüksek idi. Buna göre sigara içme ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,847$) (Tablo:8).

Tablo 8, Araştırmaya Katılan Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Sigara İçme Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ$\geq$13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ$\leq$12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
İçiyor	16 (%22,9)	54 (%77,1)	X ² =0,037 p=0,847
İçmiyor	77 (%21,8)	276 (%78,2)	

Alkol kullanma durumlarına göre depresyon olasılığına bakıldığında; alkol kullanan kadınların %0,0'ının, alkol kullanmayan kadınların %22,4'ünün depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre alkol kullanma ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,209$) (Tablo:9).

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Kadınların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Alkol Kullanma Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ$\geq$13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ$\leq$12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Kullanmıyor	93 (%22,4)	322 (%77,6)	X ² =2,298 p=0,209
Kullanıyor	0 (%0,0)	8 (%100,0)	

Kronik hastalık varlığına göre depresyon olasılığına bakıldığında; kronik hastalığı olan kadınların %25,4'ünün, kronik hastalığı olmayan kadınların %21,4'ünün depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre kronik hastalık varlığı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,492$) (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Kronik Hastalık Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Kronik Hastalık	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	78 (%21,4)	286 (%78,6)	X ² =0,472 p=0,492
Var	15 (%25,4)	44 (%74,6)	

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte depresyon tanısı almış olma durumlarına göre postpartum depresyon olasılığına bakıldığında; geçmişte gebelik dışı dönemde depresyon geçirenlerin %27,1'inin; geçmişte gebelikte depresyon geçirenlerin %66,7'sinin, geçmişte doğum sonrası depresyon geçirenlerin %34,8'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Geçmişte depresyon öyküsü olmayan kadınların ise; %17,6'sının depresyon olasılığı yüksek saptandı. Bu sonuçlara göre, geçmişte depresyon tanısı almış olma ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadınların Depresyon Öyküsüne Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Geçmişte Depresyon Tanısı	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	58 (%17,6)	272 (%82,4)	X ² =30,418 p<0,001
Gebelik Dışı Var	13 (%27,1)	35 (%72,9)	
Gebelikte Var	10 (%66,7)	5 (%33,3)	
Postpartum var	8 (%34,8)	15 (%65,2)	

Araştırmaya grubunda geçmişte anksiyete bozukluğu tanısı almış olma durumlarına göre postpartum depresyon olasılığına bakıldığında; geçmişte gebelik dışı dönemde anksiyete bozukluğu geçirenlerin %37,1'inin; geçmişte gebelikte anksiyete bozukluğu geçirenlerin %53,3'ünün, geçmişte doğum sonrası anksiyete bozukluğu

geçirenlerin %20,0'nın depresyon olasılığı yüksek idi. Geçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü olmayan kadınların ise; %19,0'nın depresyon olasılığı yüksek saptandı. Bu sonuçlara göre, geçmişte anksiyete bozukluğu tanısı almış olma ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,004$) (Tablo:12).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Anksiyete Bozukluğu Öyküsüne Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Geçmişte Anksiyete Bozukluğu Tanısı	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	67 (%19,0)	285 (%81,0)	X ² =15,369 p=0,004
Gebelik Dışı Var	13 (%37,1)	22 (%62,9)	
Gebelikte Var	8 (%53,3)	7 (%46,7)	
Postpartum var	3 (%20,0)	12 (%80,0)	

Sürekli kullanılan ilaç varlığına göre depresyon olasılığına bakıldığında; sürekli ilaç kullanan kadınların %30,8'inin, sürekli ilaç kullanmayan kadınların %21,1'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre sürekli kullanılan ilaç varlığı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,167$) (Tablo:13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Kadınların Sürekli Kullanılan İlaç Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

İlaç Kullanımı	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	81 (%21,1)	302 (%78,9)	X ² =1,907 p=0,167
Var	12 (%30,8)	27 (%69,2)	

Araştırmaya katılan kadınların, akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumları ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların %16,7'sinin, soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan kadınların %22,4'ünde depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumları ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,461$) (Tablo:14).

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Kadınların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	88 (%22,4)	304 (%77,6)	X ² =0,542 p=0,461
Var	5 (%16,7)	25 (%83,3)	

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumuna göre depresyon olasılığına bakıldığında; çalışan kadınların %12,8'inin, doğum izninde olan kadınların %22,7'sinin; çalışmayan kadınların %23,5'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre çalışma durumu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,262$) (Tablo:15).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Çalışma Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Çalışma Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Çalışmıyor	58 (%23,5)	189 (%76,5)	X ² =2,680 p=0,262
Doğum izninde	29 (%22,7)	99 (%77,3)	
Çalışıyor	6 (%12,8)	41 (%87,2)	

Araştırmaya katılan kadınlarda, eş ile iletişimde zorluk varlığına göre depresyon olasılığına bakıldığında; eşiyile iletişimde zorluk yaşayan kadınların %41,1'inin, iletişimde zorluk yaşamayan kadınların %14,2'sinin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre eş ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo:16).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Kadınların Eş İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Eş İle İletişimde Zorluk	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	42 (%14,2)	254 (%85,8)	X ² =36,789 p<0,001
Var	51 (%41,1)	73 (%58,9)	

Araştırmaya katılan kadınlarda, anne ile iletişimde zorluk varlığına göre depresyon olasılığına bakıldığında; annesiyle iletişimde zorluk yaşayan kadınların %48,8'inin, iletişimde zorluk yaşamayan kadınların %18,8'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre anne ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Tablo:17)

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kadınların Anne İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Anneyile İletişimde Zorluk	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	70 (%18,8)	302 (%81,2)	X ² =20,291 p<0,001
Var	21 (%48,8)	22 (%51,2)	

Araştırmaya katılan kadınlarda, eşinin ailesi ile iletişimde zorluk varlığına göre depresyon olasılığına bakıldığında; eşinin ailesiyle iletişimde zorluk yaşayan kadınların %43,4'ünün, iletişimde zorluk yaşamayan kadınların %15,6'sının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre eşinin ailesi ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kadınların Eşinin Ailesi İle İletişimde Zorluk Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Eşinin Ailesiyle İletişimde Zorluk	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	50 (%15,6)	271 (%84,4)	X ² =34,061 p<0,001
Var	43 (%43,4)	56 (%56,6)	

Araştırmaya katılan kadınlarda, sosyal destek almalarına göre depresyon olasılığına bakıldığında; sosyal destek alan kadınların %21,3'ünün, sosyal destek almayan kadınların %22,6'sının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre çevreden sosyal destek varlığı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,767$) (Tablo:19).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Sosyal Destek Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Sosyal Destek	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	56 (%22,6)	192 (%77,4)	X ² =0,088 p=0,767
Var	35 (%21,3)	129 (%78,7)	

Araştırmaya katılan kadınlarda, depresyon olasılığına göre bebeklerinin yaş dağılımına bakıldığında; depresyon olasılığı yüksek olan kadınlar en küçüğü 15 günlük, en büyüğü 12 aylık bebek sahibi olup, ortanca bebek yaşı 5 ay idi. Depresyon olasılığı düşük olan kadınlar en küçüğü 1 aylık, en büyüğü 12 aylık bebek sahibi olup, ortanca bebek yaşı 4 ay idi. Buna göre bebek yaşı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,135$) (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Depresyon Olasılığına Göre Bebek Yaş Ortalaması

Depresyon Olasılığı	Min-Max	Ort±SD Ay	Ortanca Ay	İstatistik Test Değ, p
Var	1-12 ay	5,05±3,09	5	t=1,494
Yok	15 gün-12 ay	4,71±3,41	4	p=0,135

Araştırmaya katılan kadınların bu gebeliklerini isteme durumlarıyla depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; isteyerek gebe kalan kadınların %19,8'inin, istemeden gebe kalan kadınların %35,0'nın depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, gebeliği isteme durumu ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,009$) (Tablo:21).

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Gebeliği İsteme Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Gebeliği İsteme Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	21 (%35,0)	39 (%65,0)	X ² =6,887
Var	71 (%19,8)	287 (%80,2)	p=0,009

Araştırmaya katılan kadınların yardımcı üreme desteği alma durumu ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; destek alan kadınların %19,0'nın; destek almayan kadınların %22,1'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, yardımcı

üreme desteği alma durumu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=1,000$). (Tablo:22)

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Yardımcı Üreme Desteği Alma Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Yardımcı Üreme Desteği	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ$\geq$13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ$\leq$12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	89 (%22,1)	313 (%77,9)	X ² =0,111 p=1,000
Var	4 (%19,0)	17 (%81,0)	

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin doğum zamanı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; erken doğan bebeğe sahip kadınların %16,2'sinin; zamanında doğan bebeğe sahip kadınların %22,7'sinin; geç doğan bebeğe sahip kadınların %29,0'ının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, bebeklerinin doğum zamanı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,284$) (Tablo:23).

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Bebeklerinin Doğum Zamanına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Doğum Zamanı	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ$\geq$13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ$\leq$12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Erken	13 (%16,2)	67 (%83,2)	X ² =2,517 p=0,284
Zamanında	70 (%22,7)	239 (%77,3)	
Geç	9 (%29,0)	22 (%71,0)	

Araştırmaya katılan kadınların doğum şekli ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; normal vajinal yolla doğum yapan kadınların %25,1'inin; sezaryen doğum yapan kadınların %19,5'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, doğum

şekli ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,168$) (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Doğum Şekline Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Doğum Şekli	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Normal Vajinal Doğum	44 (%25,1)	131 (%74,9)	$X^2=1,898$ $p=0,168$
Sezaryen	48 (%19,5)	198 (%80,5)	

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin cinsiyeti ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; kız bebek sahibi kadınların %21,7'sinin; erkek bebek sahibi kadınların %21,8'inin depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, bebek cinsiyeti ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,788$) (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Bebek Cinsiyetine Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Bebek Cinsiyeti	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ $\geq$ 13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ $\leq$ 12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Erkek	43 (%21,8)	154 (%78,2)	$X^2=0,234$ $p=0,788$
Kız	48 (%21,7)	173 (%78,3)	

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinde sağlık sorunu varlığıyla depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; bebeklerinde sağlık sorunu olan kadınların %50,0'mın; bebeklerinde sağlık sorunu olmayan kadınların %21,4'ünün depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, bebekte sağlık sorunu varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,046$) (Tablo:26).

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Kadınların Bebeklerinde Sağlık Sorunu Varlığına Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Bebekte Sağlık Sorunu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	88 (%21,4)	324 (%78,6)	X ² =4,661 p=0,046
Var	5 (%50,0)	5 (%50,0)	

Araştırmaya katılan kadınların emzirme durumu ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; bebeğini emziren kadınların %21,1'inin; bebeğini hiç emzirmeyen kadınların %33,3'ünün depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, emzirme durumu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0,103) (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Kadınlarda Emzirme Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Emzirme Durumu	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Emzirmiyor	11 (%33,3)	22 (%66,7)	X ² =2,658 p=0,103
Emziriyor	82 (%21,1)	307 (%78,9)	

Araştırmaya katılan kadınların bebek bakımında zorluk yaşama durumuyla depresyon olasılığı arasındaki ilişkiye göre; bebek bakımında zorluk yaşayan kadınların %37,9'unun; bebek bakımında zorluk yaşamayan kadınların %19,6'sının depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, bebek bakımında zorluk yaşama durumu ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,002) (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Kadınların Bebek Bakımında Zorluk Yaşama Durumuna Göre Depresyon Olasılığının Dağılımı

Bebek Bakımında Zorluk Yaşama	Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	71 (%19,6)	291 (%80,4)	X ² =9,730 p=0,002
Var	22 (%37,9)	36 (%62,1)	

Araştırmaya katılan kadınların PHQ-9 ve EDSDÖ ile depresyon olasılığı dağılımlarına bakıldığında; PHQ-9 ile minör depresyon olasılığı olan kadınların %43,4'ünün, PHQ-9 ile majör depresyonu olan kadınların %85,1'inin; PHQ-9 ile depresyon olasılığı olmayan kadınların %9,3'ünün EDSDÖ ile depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, PHQ-9 ile depresyon olasılığı ve EDSDÖ ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$) (Tablo 29).

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Kadınların PHQ-9 ve EDSDÖ İle Depresyon Olasılığının Dağılımı

PHQ-9 Depresyon Olasılığı	EDSDÖ İle Depresyon Olasılığı Var (EDSDÖ≥13) n (%)	EDSDÖ İle Depresyon Olasılığı Yok (EDSDÖ≤12) n (%)	İstatistik Test Değ, p
Yok	30 (%9,3)	294 (%90,7)	X ² =154,196 p<0,001
Minör Depresyon	23 (%43,4)	30 (%56,6)	
Majör Depresyon	40 (%85,1)	7 (%14,9)	

Araştırmaya katılan kadınlarda depresyon olasılığı ile ilişkili faktörler tek değişkenli analizlerle incelendikten sonra; anlamlı bulunan ve sayısal olarak da yeterli olan faktörler lojistik regresyon analizine alındı. Bunlar; geçmişte depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alma, eşiyle, annesiyle ve eşinin ailesiyle iletişimde zorluk, gebeliği isteme durumu, bebekte sağlık sorunu, bebek bakımında zorluk yaşama

değişkenleri idi. Analiz sonucunda; eşiyle, annesiyle ve eşinin ailesiyle iletişimde zorluk varlığı, gebeliği isteme durumu depresyon olasılığı üzerine etkili bulundu. Buna göre; eşiyle iletişimde zorluk yaşayan kadınlarda, zorluk yaşamayanlara göre depresyon riski 2,42 kat fazla idi (% 95 GA: 1,32-4,42). Annesiyle iletişimde zorluk yaşayan kadınlarda, zorluk yaşamayanlara göre depresyon riski 2,75 kat fazla idi (% 95 GA: 1,23-6,12). Eşinin ailesi ile iletişimde zorluk yaşayan kadınlarda, zorluk yaşamayanlara göre depresyon riski 2,16 kat fazla idi (% 95 GA: 1,14-4,09). İstmeden gebe kalan kadınlarda ise; isteyerek gebe kalanlara göre depresyon riski 2,04 kat artmış gözükmeyle birlikte, güven aralığı değerlendirildiğinde fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (% 95 GA: 0,98-4,24).

Tablo 30. Lojistik Regresyon Analizinde Postpartum Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlerle İlgili Sonuçlar

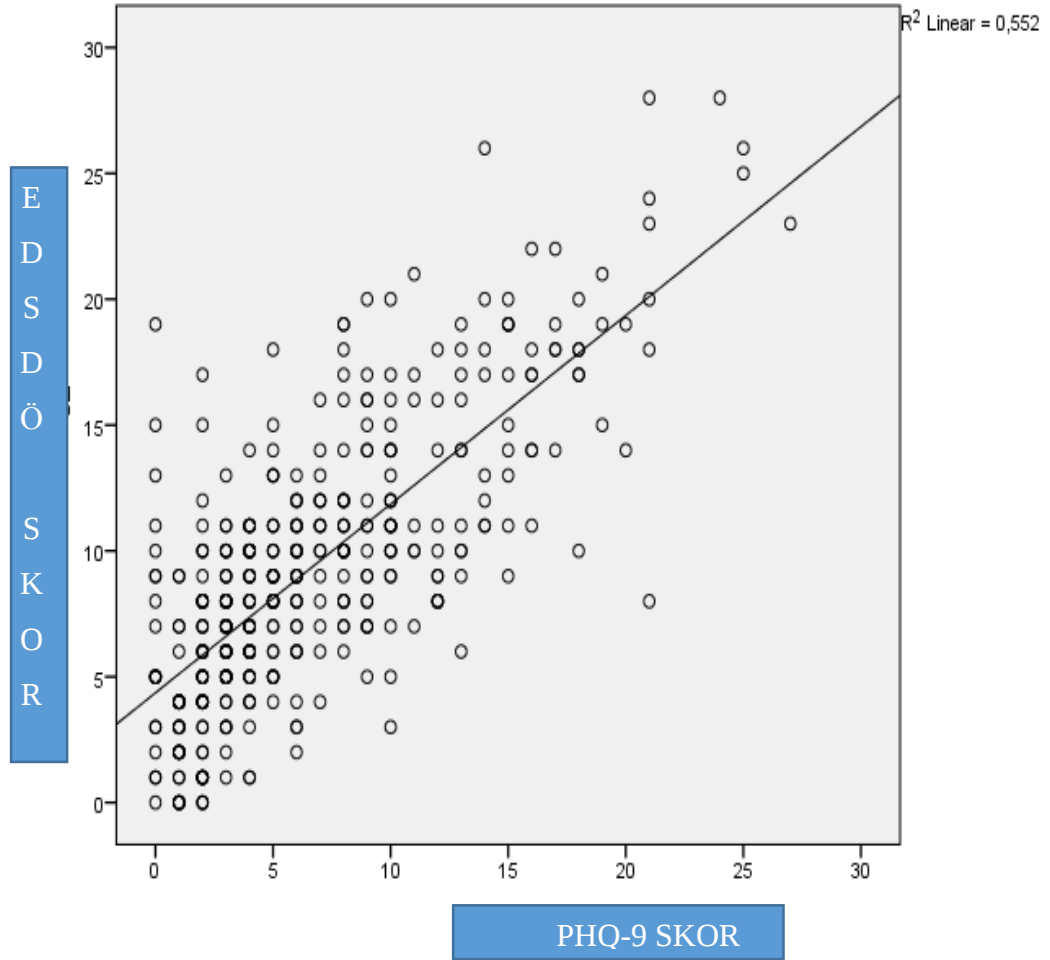
Bağımsız değişkenler	Beta	p	Odds Oranı (OR)	OR için %95 Güven Aralığı Alt Sınır	OR için %95 Güven Aralığı Üst Sınır	Bağımlı Değişken
Eş İle İletişim	0,883	0,004	2,42	1,32	4,42	Postpartum depresyon
Anne İle İletişim	1,010	0,014	2,75	1,23	6,12	
Eşinin Ailesi İle İletişim	0,770	0,018	2,16	1,14	4,09	
İstemli Gebelik	0,714	0,055	2,04	0,98	4,24	

4.3. POSTPARTUM DEPRESYON TARAMASINDA EDSDÖ İLE PHQ-9'UN KARŞILAŞTIRILMASI

Hasta Sağlık Anketi-9 ile depresyon olasılığı yüksek olan kadınların %63'ünün EDSDÖ ile depresyon olasılığı yüksek saptandı. Hasta Sağlık Anketi-9 ile depresyon olasılığı düşük saptanan kadınların %90,7'sinin EDSDÖ ile depresyon olasılığı düşük tespit edildi. Postpartum depresyon olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ arasındaki uyumunun değerlendirilmesi amacıyla kappa (κ) analizleri yapıldı ve iki ölçek arasında orta derecede uyum saptandı ($\kappa=0,541$, $p<0,001$).

Ölçeklerin skor değerleri arasındaki uyum ICC (Intraclass Correlation Coefficient: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı) ile değerlendirildi. İki ölçek arasında uyum katsayısı ICC=0,793 olarak bulundu, güçlü düzeyde uyum tespit edildi ($p=0,000$).

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile PHQ-9 arasında yapılan Spearman Korelasyon Analizinde; iki ölçeğin skorları arasında pozitif bir korelasyon olduğu ve bu iki ölçeğin depresyon olasılığını benzer şekilde ölçtüğü saptandı ($p<0.001$, $r=0,743$). (Şekil 3)



Şekil 3. PHQ-9 Skorları ile EDSDÖ Skorlarının Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile, postpartum depresyon olasılığı yaygınlığı, ilişkili etmenler belirlendi, depresyon olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSÖ karşılaştırıldı ve bulgular literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Bu bölümde; araştırmaya katılan kadınların, sırasıyla üç grup halinde 1) Tanımlayıcı özellikler, 2)EDSÖ'ye göre belirlenen postpartum depresyon olasılığı sıklığı, ilişkili etmenler ve çok değişkenli analiz sonuçları, 3)Postpartum depresyon olasılığını saptamada EDSÖ ile PHQ-9 karşılaştırılmasına ait sonuçlar tartışıldı.

5.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan 425 kadının yaş ortalaması $29,79 \pm 5,11$; ortalanca yaş 29,50 idi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 yılı verilerine göre, kadınların en yüksek, yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaşları arasındadır. Buna göre; çalışma grubundaki annelerin ortalanca yaşı; toplumumuzdaki doğurganlık hızının en fazla olduğu yaş grubuna uymaktadır(268, 269).

Katılımcıların %16,3'ü ilköğretim; %40,4'ü lise; %37,4'ü yükseköğretim ve %5,9'u lisansüstü mezunu idi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre, 25-29 yaş grubundaki kadınların %44'ü en az lise mezunudur(268). Çalışma grubundaki kadınların eğitim düzeyi, Türkiye ve Orta Anadolu genelinden daha iyi düzeyde olup, bu durum çalışmanın kentsel bölgede yapılmış olması ve refah seviyesinin yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde, %53,3'ü ev hanımı ; %46,7'si meslek sahibi idi. Çalışma durumu incelendiğinde katılımcıların %11,2'si çalışmakta; %30,5'i doğum izninde olup, %58,4'ü çalışmamakta idi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre, kadınların % 31'i herhangi bir işte çalışmakta olup, çalışma grubundaki kadınların çalışma düzeyi Türkiye genelinden daha düşüktür(268). Bu durum kadınların doğum izninde olması ile ilişkili olabilir.

Sağlık güvence durumuna göre dağılımlara bakıldığında, katılımcıların %6'sının sağlık güvencesi yok iken; %94'ünün sağlık güvencesi var idi. Türkiye

Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre, kadınların % 11,0'ının sağlık güvencesinin olmadığı saptanmış olup; çalışma grubundaki sağlık güvencesi olmayan kadınların oranı daha düşüktür(268). Bunun nedeni çalışmanın kentsel bölgede yapılmış olması ve ya meslek sahibi olan kadınların doğum izninde olması ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların doğum sonrası takiplerinde; ruhsal açıdan değerlendirmesinin %11,6'sının aile hekimi; %9,9'unun kadın doğum uzmanı tarafından yapıldığı öğrenildi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu postpartum dönemde annenin psikolojik durumunun değerlendirilmesini önermektedir(34). Türkiye'de aile hekimleri, pediatri uzmanları veya kadın doğum uzmanlarının postpartum depresyon tutumları ile ilgili bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Washington Aile Hekimliği Akademisi üyeleriyle yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin %70'i doğum sonrası izlemlerinde, postpartum depresyon taraması yaptığını ifade etmektedir. Katılımcıların %46'sı sağlam çocuk takiplerinde tarama yaptığını belirtirken; %31'i tarama için geçerli bir ölçek kullandığını belirtmektedir. Katılımcıların ancak %18'i postpartum döneme özgün bir ölçekle tarama yaptığını ifade etmektedir(270). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi'nin Washington'da, üyeleri ile yaptığı bir çalışmada; katılımcıların %44'ü klinik uygulamalarında depresyon için tarama yaptığını belirtmektedir. Ancak dörtte birinden azı, geçerli bir ölçek kullandığını ifade etmektedir(271). Başka bir araştırmaya göre, çocuk doktorları; postpartum depresyonun tanı ve tedavisinde kendilerine yeterince güvenmemektedir, ancak üçte birinden azı postpartum depresyon tanısı koyabileceğini belirtmektedir(272).

5.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN KADINLARDA DEPRESYON OLASILIĞI İLE İLİŞKİLİ ETMENLER VE ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARI

Bu çalışmada, EDSDÖ'nin kesme puanı ≥ 13 olarak alındığında, katılımcıların %21,9'u depresif semptomlar açısından yüksek riskli saptandı. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği tek başına tanı koydurucu bir ölçek olmadığı için, 'tanı' yerine ya 'postpartum depresyon olasılığı' ya da 'depresif semptomlar açısından riskli' ifadesi kullanıldı. Birleşik Arap Emirlikleri'nde 95 kişiyle yapılan çalışmada EDSDÖ ile postpartum depresyon yaygınlığı %18 (273); İsrail'de 288

kişilik örneklem ile postpartum altıncı hafta yapılan çalışmada EDSDÖ ile %22,6 (151), İsveç'te 1584 kadında EDSDÖ ile postpartum ikinci ayda %12,5; postpartum üçüncü ayda depresyon yaygınlığı %8,3'tür(150). Santiago'da EDSDÖ ile %36,7 (274); Portekiz'de 352 kadında EDSDÖ ile depresyon yaygınlığı %13,1'dir(275). Kanada'da 6421 kadının katıldığı çalışmada, EDSDÖ ile postpartum depresif semptom yaygınlığı %8,7'dir(276). Çin'de 1823 kadın ile yapılan çalışmada ise postpartum depresyon yaygınlığı %27,4'tür(277). İtalya'da 1066 kadının yer aldığı EDSDÖ ve yapılandırılmış klinik görüşme ile postpartum depresyon yaygınlığı %9,6'dır(278). Amerika'da erken postpartum dönemde PHQ-9 ile yaygınlık %2,5'tir(279). Bu durum; ülkelerin sosyoekonomik düzeyleri ile ırksal, kültürel ve etnik farklılıklardan kaynaklanabilir. Ayrıca yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısal değerlendirmesi, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, değerlendirme yapılan zamanın farklı olmasının da etkisi olabilir(120, 169, 280-282).

Paspartum depresyon yaygınlığı ile ilgili ülkemizde kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Postpartum birinci hafta ile on sekizinci ay arasında yapılan çeşitli çalışmalarda depresyon yaygınlığı %12,5-42,7 arasında değişmektedir(118, 125, 184, 283-291). Yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar çıkmasının nedeni, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması ve kesme puanının değişik kullanılması olabilir. Bu çalışmalardan bazılarıyla ilgili detaylı bilgi Tablo 31'de verilmiştir. Bizim çalışmamızda tespit ettiğimiz %21,9 yaygınlık değeri; çalışmamızla aynı yerde yapılan Orhon ve arkadaşlarının çalışmasında saptanan yaygınlık oranından (27,1) daha düşüktür(292). Bu durum Orhon'un çalışmasında EDSDÖ kesme değerinin daha düşük alınması ve katılımcıların postpartum birinci ayda olan kadınlarla sınırlandırılmış olmasına bağlı olabilir. Battaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; bizim çalışmamızla benzer olarak postpartum ilk bir yıl içerisindeki kadınlarda EDSDÖ kesme değeri 13 ve üzeri alınarak depresyon taranmıştır. Battaloğlu'nun çalışmasında postpartum depresif semptom yaygınlığı %30,6 olup(293), bizim çalışmamızda saptanan değerden yüksektir. Bizim çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeyi daha yüksek olup, ev hanımı olan kadınların oranı daha azdı. Bu nedenle bizim saptadığımız depresif semptom yaygınlığı daha düşük olabilir.

Tablo 31. Ülkemizdeki Doğum Sonrası Depresyon ile İlgili Çalışmalardan Bazılarına Ait Veriler

Çalışmanın Yapıldığı Yer/Yılı	Örneklem Büyüklüğü	Doğum Sonrası Zaman	Postpartum Depresyon Yaygınlığı (%)	Tanı-Tarama Aracı, Kesme Değeri	Kaynak
Manisa (1998)	257	6 ay	14,0	EDSDÖ (12/13)	(284)
Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya (2001)	2514	12 ay	27,2	EDSDÖ (≥ 13)	(184)
Edirne (2003)	679	12 ay	25,6	EDSDÖ (≥ 12)	(294)
Edirne (2002)	178	6 hafta	40,4	EDSDÖ (≥ 12)	(290)
Mersin (2001)	1447	0-2 ay 3-6 ay 7-12 ay ≥ 13 ay	29,0 36,6 36,0 42,7	EDSDÖ (≥ 13)	(285)
Edirne (2012)	100	1 ay 2 ay	14,0 17,0	EDSDÖ (≥ 12)	(295)
Trabzon (2006)	192	6 hafta-6 ay	28,1	EDSDÖ (≥ 12)	(118)
Kocaeli (2001)	326	1-3 ay	17,5	BDI (≥ 17)	(296)
Mersin, Sivas, Manisa (2005)	1350	12 Ay	31,1	EDSDÖ (≥ 13)	(297)
İzmir (2002)	125	5-8 hafta 10-14 hafta 20-26 hafta	16,8 14,4 9,6	EDSDÖ	(298)
Erzurum (2012)	360	6 hafta	35,0	EDSDÖ (12/13), Klinik Görüşme	(299)
Ankara (2007)	103	1 ay	27,1	EDSDÖ (≥ 12)	(292)
İstanbul (2007)	183	1 ay-12 ay	30,6	EDSDÖ (≥ 13)	(293)

Bu çalışmada anne yaş dağılımı ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Benzer olarak Efe ve arkadaşları, Durukan ve

arkadaşları ile Orhon ve arkadaşlarının çalışmasına göre; anne yaşı postpartum depresyon görülme durumunu etkilememektedir(217, 288, 292). İnandı ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli çalışmada da anne yaşı ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur(297). Hollanda’da Verkerk ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada yaş ile EDSDÖ puanları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmaktadır(300). Postpartum depresyonu önlemek için psikososyal müdahalelerin araştırıldığı bir derlemeye göre; genç anne yaşı postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(165). İnandı ve arkadaşlarının Doğu Anadolu’da yaptığı, çok merkezli başka bir çalışmada ise genç yaşta anne olan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı daha yüksektir(184). Bizim çalışmamızda 18 yaşından küçük kadınlar çalışmaya alınmadı. Ayrıca örneklem grubunun ortanca yaşı 29,50 olduğundan, bu yönde bir ilişki kurulamadı.

Bu çalışmada annenin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Postpartum depresyon ile eğitim düzeyi ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Benzer olarak Efe ve arkadaşları ile Orhon ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi ile postpartum depresyon ilişkili değildir(217, 292). Durukan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre annenin eğitim seviyesi düştükçe postpartum depresyon sıklığı artmaktadır, ancak lojistik regresyon analizine göre eğitim durumunun depresyonla ilişkisi yoktur(288). Arslantaş ve arkadaşları ile Verkerk ve arkadaşlarının çalışmalarında da annenin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon arasında ilişki yoktur(289, 300). Amerika Birleşik Devletleri Pensilvanya’da 774 anne üzerinde yapılan bir başka çalışmaya göre düşük eğitim düzeyi postpartum depresyon için önemli bir risk faktörüdür(301). İnandı ve arkadaşlarının, 2514 kadın ile yaptıkları çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma görülmektedir(184).

Çalışmaya katılan annelerin meslek sahibi olma durumları ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Ayrıca katılımcıların çalışma durumu ile postpartum depresyon olasılığı arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı. Annenin çalışma durumu ile postpartum depresyon görülme olasılığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmayla uyumlu olarak Durukan ve arkadaşlarının araştırmasında; annenin çalışma durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında ilişki yoktur(288). İnandı ve arkadaşlarının

yaptıkları çalışmada; Sivas'ta Nur ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre postpartum depresyon sıklığı ile annenin çalışmaması arasında anlamlı bir ilişki vardır(184, 302). Orhon ve arkadaşlarının araştırmasında da ev hanımları EDSDÖ ile daha yüksek puan almaktadır(292). Atasoy ve arkadaşlarının Zonguldak'ta yaptığı bir çalışmada, çalışan kadınlarda depresyon oranı yüksektir(303). Righetti –Veltema ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, ekonomik nedenlerden dolayı çalışma hayatına daha çabuk dönmek zorunda kalan annelerde postpartum depresyon daha sıktır(304).

Annelerin çocuk sayısı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Eren ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları araştırmada ise çocuk sayısının fazla olması postpartum depresyonla ilişkilidir(284, 305). Augusto ve arkadaşlarının Portekiz'de yaptığı çalışmaya göre çocuk sayısının fazla olması depresyon olasılığının artmasında önemli bir faktördür(275). Orhon ve arkadaşlarının çalışmasında, Çeber ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada, Erbay'ın çalışmasında da çocuk sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur(292, 306, 307). Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun bir çocuk sahibi olması nedeniyle böyle bir ilişki saptanamamış olabilir.

Bu çalışmada; ailenin aylık hane gelir düzeyi düşük olanlarda depresyon olasılığının daha yüksek saptanmasına rağmen, gelir düzeyi ile postpartum depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Ruhsal hastalıkların gelir düzeyi ile ilişkisi bilinmektedir(294, 308). Ancak ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Danacı ve arkadaşları ile Efe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın'da yaptığı çalışmada, Small ve arkadaşlarının Avusturya'da yaptıkları çalışmada da benzer olarak ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur(125, 217, 289, 309). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasına göre, düşük gelir düzeyi olanlarda postpartum depresyon 3,30- 6,15 kat daha fazladır (184). Dennis ve arkadaşlarının yaptığı derlemeye göre; Augusto ve arkadaşlarının Portekiz'de yaptığı çalışmada, Erbay'ın çalışması ile Watt ve arkadaşlarının Kanada'daki çalışmalarında düşük gelir düzeyi postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(165, 275, 307, 310).

Bu çalışmada katılımcıların gelir düzeyleriyle ilgili verdikleri bilgilerin yeterli güvenilirlikte olması, gelir düzeyi ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kısıtlayıcı bir faktör olabilir.

Katılımcıların sağlık güvence durumunu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Erbay'ın çalışmasında da benzer olarak annelerin sağlık güvencesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında bir ilişki yoktur(307). Türkiye' de yapılan çeşitli çalışmalara göre; sosyal güvenceye sahip olmama postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(184, 284, 311). Mancini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da; fakirlik ve buna bağlı sağlık güvence yokluğu postpartum depresyon için risk faktörleri arasındadır(308). Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun sağlık güvencesi olan kişilerden oluşması; sağlık güvencesi ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kısıtlayıcı bir faktör olabilir.

Bu çalışmada geçmişte depresyon tanısı almış olma ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Bilinen depresyon öyküsü (gebelikte, gebelik dışı dönemde, doğum sonrası dönemde) olanların %37,6'sında depresyon olasılığı tespit edildi. Depresyon olasılığı yüksek olan, geçmişte depresyon öyküsü olan kadınların çoğunun gebelikte tanı aldığı öğrenildi. Literatürde annenin özgeçmişinde depresyon öyküsü olması önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir(149, 165, 166, 312, 313).

Bu çalışmada geçmişte anksiyete bozukluğu tanısı almış olma ile depresyon olasılığı arasındaki ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Bilinen anksiyete bozukluğu öyküsü (gebelikte, gebelik dışı dönemde, doğum sonrası dönemde) olanların %27,2'sinde depresyon olasılığı tespit edilmiştir. Depresyon olasılığı yüksek olan, anksiyete bozukluğu hikâyesi olan kadınların çoğunun gebelikte tanı aldığı öğrenildi. Yapılan çalışmalara göre doğum öncesi dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalığı olanlar postpartum depresyon için risklidir(313, 314). Postpartum depresyon için risk faktörlerini araştıran 118 makalenin derlemesinde, psikiyatrik hastalık öyküsüyle postpartum depresyon ilişkisi sınıf B, antepartum depresyon ile postpartum depresyon ilişkisi sınıf A kanıt kabul edilmektedir(163). Danacı ve arkadaşlarının çalışması ile Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında da; özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili vardır(284,

291). Diğer çalışmalar da benzer şekilde; bu ilişkiyi doğrulamaktadır(184, 293, 296, 307). Amerika’da 1662 katılımcıyla gerçekleştirilen prospektif bir kohort çalışmasında, geçirilmiş depresyon öyküsü postpartum depresyon için en güçlü risk faktörüdür(315). Kırpınar ve arkadaşları ile Orhon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; gebelikte psikiyatrik hastalık öyküsünün olması postpartum depresyon için en önemli ön gördürücü faktörlerden biridir(287, 292). Ayvaz ve arkadaşlarının çalışmasında, önceki postpartum depresyon öyküsü; postpartum depresyon riskini 5,7 kat arttıran bir etmendir(118). Stowe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, geçirilmiş postpartum depresyon atağının sonraki gebeliklerde tekrarlama riski %50’dir(176). Yapılan çeşitli meta analizlere (135, 167, 317) ve Austin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre antenatal anksiyete bozukluğu postpartum depresyonun öngördürücü faktörlerinden biridir(134, 166, 313, 316). Kuşçu ve arkadaşlarının çalışmasına göre gebelikteki anksiyete veya depresyon özgeçmişi ile postpartum depresyon arasında anlamlı birliktelik vardır(317).

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınlarda, soy geçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumları ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok idi. Literatürde ailede özellikle birinci dereceden akrabalarda depresyon öyküsü postpartum depresyon için önemli bir risk faktörüdür(30, 131, 169, 275, 318, 319). Depresyonun genetik yatkınlığı olduğu ve ailede depresyon olmasının depresyona yakalanma riskini arttırdığı bilinmektedir(320, 321). Ayvaz ve arkadaşlarının çalışmasında da ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur(118). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında, Kuşçu ve arkadaşlarının çalışmasında, Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasında ise; soy geçmişte psikiyatrik hastalık varlığı ile postpartum depresyon sıklığı arasındaki ilişki anlamlıdır(297, 298, 317). Bu çalışmada soy geçmişinde psikiyatrik hastalık bulunan katılımcıların sayısı az olduğundan bu yönde bir ilişki saptanamamış olabilir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınlarda, eş ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu durumun ileri analizlerde postpartum depresyon olasılığı için ön gördürücü olduğu tespit edildi. Literatürde postpartum depresyon için risk faktörü olarak; evlilik sorunları, eş desteğinin olmaması, eş ile iletişimin kötü olması belirtilmektedir(169, 189, 322,

323). Türkiye’ de yapılan çeşitli çalışmalarda eş ile kötü ilişkileri olan kadınlarda postpartum depresyon oranları yüksek bulunmuştur. (284, 291, 311, 317). Hindistan’da yapılan bir araştırmaya göre, eş ile kötü iletişim postpartum depresif bozukluklar ile ilişkilidir(124). Mancini ve arkadaşlarının çalışmasında da sonuçlar benzerdir(308). Dindar ve arkadaşlarının çalışmasına göre eş ile ilişkide sorunların olması postpartum depresyon riskini 3,49 kat arttırmaktadır(294). Battaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da EDSDÖ puanlaması ile eşle iletişim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır(293). Gülseren ve arkadaşlarının derlemesine göre eşlerinden yeterli destek almayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riski daha yüksektir(28).

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınlarda, kendi anneleri ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu durumun ileri analizlerde postpartum depresyon olasılığı için ön gördürücü olduğu tespit edildi. Ülkemizde bu konuyla ilgili çalışma daha önce yapılmamıştır. Kumar ve arkadaşları ile Murray ve arkadaşlarının çalışmalarına, Pope ve arkadaşlarının yaptığı meta analize göre,kadınların kendi anneleriyle olan kötü iletişimi postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(169, 179, 324). Stuchbery ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yüksek EDSDÖ skorları ile katılımcıların kendi anneleriyle iletişiminin kötü olması ilişkilidir(206). Bunun nedeni kadınların, kendi annelerini rol model olarak benimsememesi, doğum sonrası bebek bakımıyla ilgili annenin tecrübelerinden faydalanamaması, duygusal destek görememesi olarak açıklanabilir(172).

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınlarda, eşinin ailesi ile iletişimde zorluk varlığı ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu durumun ileri analizlerde postpartum depresyon olasılığı için ön gördürücü olduğu tespit edildi. Danacı ve arkadaşlarının çalışmasında eşinin ailesiyle ilişkileri kötü olan kadınlarda postpartum depresyon daha fazla görülmektedir(284). Dindar ve arkadaşlarının çalışmasına göre kayınvalide ile ilişkide sorunların olması postpartum depresyon riskini 2,53 kat arttırmaktadır(294). Birleşik Arap Emirlikleri’nde Green ve arkadaşlarının EDSDÖ ile yaptıkları çalışmaya göre kayınvalide ile ilişkinin kötü olması EDSDÖ’nde yüksek skor ile ilişkilidir(325). Çin’de Deng ve arkadaşlarının

alışmasında da, kayınvalide ve grmce ile ilişkisi kötü olan kadınlarda postpartum depresyon riski artmıştır(277).

Araştırmaya katılan kadınlarda, sosyal destek varlığı ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Sosyal destek; genellikle stres verici bir durumda kişiye yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanıp; bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir(326). Sosyal destek, stres verici durumlarda kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, kişilerin kendine güvenini artırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır(327). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmaktadır(28). Aile desteğinin yaygın olduğu kültürlerde depresyonun seyri daha iyidir(157). Literatürde sosyal destek yokluğu ile postpartum depresyonun ilişkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur(149, 163, 165, 166, 247, 308). Erbay ve arkadaşları ile Yağmur ve arkadaşlarının çalışmalarında sosyal destek yokluğu postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir.(307, 328). Bingöl ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin sosyal destekleri arttıkça postpartum depresyon olasılıkları azalmaktadır(326). Hergüner ve arkadaşlarının çalışmasında, algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasında negatif yönde bir ilişki vardır(329). Gülseren ve arkadaşlarının derlemesine göre; iyi bir sosyal destek bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir(28). Ancak bu çalışmada sosyal destek tanımının yapılmaması nedeniyle ve annelerin bu kavramı tam olarak anlayamaması nedeniyle cevaplar gerçeği yansıtmamış ve böyle bir ilişki saptanamamış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bu gebeliklerini isteme durumları ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Literatürde istenmeyen gebelik ile postpartum depresyonun ilişkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur(30, 131, 159, 166-168, 317, 322, 330). Christensen ve arkadaşlarının çalışmasında istenmeyen veya plansız gebelik postpartum depresyon riskini arttırmaktadır(331). Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'de yaptığı bir araştırmada, istenmeyen gebeliklerde postpartum depresyon 2,84 kat fazladır(290). Yine İnanđı ve arkadaşlarının çalışmasında, Arslantaş ve arkadaşları ile Battaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, istenmeyen gebelik postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(184, 289, 293). Ayvaz ve arkadaşları, Orhon ve arkadaşları, Sünter ve arkadaşları ile Bloch ve

arkadaşlarının çalışmalarında ise postpartum depresyon ile istemsiz gebelik arasında anlamlı ilişki vardır(118, 292, 311, 318).

Araştırmaya katılan kadınların doğum şekli ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Türkiye’ de çeşitli illerde yapılan çalışmalarda da benzer doğum şekli ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.(290, 292, 293, 303, 332). Çeber ve arkadaşları ile Sünter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda normal vajinal yol ile doğum yapmak postpartum depresyon için risk faktörüdür(306, 311). O’Hara ve arkadaşlarının çalışmasında ise acil sezaryen ile doğum bir risk faktörüdür(189). İran’da Montazeri ve arkadaşlarının çalışmasında da; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksektir(333).

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinin cinsiyeti ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Dindar’ın yaptığı çalışmada kız bebek doğurma postpartum depresyon için risk faktörüdür(294). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında ise kız çocuğu sayısı ile depresyon arasında anlamlı ilişki vardır. Üç ve üzerinde kız çocuğu olan kadınlarda depresyon riski 2 kat fazladır(184). Batı toplumlarındaki araştırmalarda çocuk cinsiyeti ile postpartum depresyon ilişkisiz bulunurken, Çin ve Hindistan’daki çalışmalar, çocuk cinsiyeti ile ilgili olarak eşin hayal kırıklığının depresyon gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir(277, 334). Bu çalışma kentsel bir bölgede yapıldığı için bu yönde bir sonuç saptanamamış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bebeklerinde sağlık sorunu varlığıyla depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Literatürde, bebekte sağlık sorunu postpartum depresyon için bir risk faktörüdür(189, 297) Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında da bebekte sağlık problemi varlığı postpartum depresyon olasılığı için ön gördürücüdür(291). Türkiye’ de bu konuda yapılan çalışmalarda da bebekte sağlık problemi olmasının postpartum depresyon riskini arttırdığı belirtilmiştir. (146, 284, 292, 293, 297, 317).

Araştırmaya katılan kadınların emzirme durumu ile depresyon olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Emzirmenin oksitosin salgısı aracılığıyla anne ve bebek arasındaki bağı sağladığı gösterilmiştir(335). Literatürde yapılan pek çok çalışmaya göre emzirme ile postpartum depresyon arasında belirgin

bir ilişki vardır(154, 168) Eren'in çalışmasında da bebeğini tamamen veya kısmen mama ile besleyenlerde depresyon görülme oranı sadece emzirenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir(305). Battaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında bebeğini emzirmeyen kadınlarda EDSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir(293). Hannah ve arkadaşlarının çalışmasında doğum sonrası ilk 6 hafta içindeki depresyon bebeğini biberonla besleme ile ilişkilidir(336). Amerika'da Gross ve arkadaşlarının araştırmasında ise, emzirmemek depresyon için bir risk faktörü değil, depresyonun sonucudur(312). Depresyonu olan annelerin bebeklerini anne sütüyle besleme istekleri nedeniyle tedavileri de güçleşmektedir(337). Orhon ve arkadaşlar ile Chung ve arkadaşlarının düşük gelir düzeyli kadınlarla yaptığı çalışmasında da; bu çalışmaya benzer olarak emzirme ile postpartum depresyon arasında ilişki yoktur(292, 301). Özkan ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptığı erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada; depresyon ile emzirme arasında bir ilişki yoktur(338). Bizim çalışmamızda, bebeğini sadece mama ve ya ek gıda ile besleyen katılımcıların sayısı çok az olduğundan bu yönde bir ilişki saptanamamış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bebek bakımında zorluk yaşama durumuyla depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu veri literatür bulgularıyla da benzerdir. Huzursuz bebek ve bakımı güç bebekle uğraşmak postpartum depresyonu arttırmaktadır(189). Orhon ve arkadaşlarının çalışmasında da çok ağlayan veya gaz sorunu olan bebek sahibi kadınlarda EDSÖ puanları daha yüksektir(292). Battaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, bebek bakımını güç olarak tarif edenlerde EDSÖ puanlaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir(293). Emerson ve arkadaşlarının pediatrik acil servise bebekleriyle başvuran kadınlarda EDSÖ ile yaptığı çalışmada da bebek bakımında zorlanma postpartum depresyon ile ilişkilidir(339).

5.3. POSTPARTUM DEPRESYON OLASILIĞINI SAPTAMADA EDSÖ İLE PHQ-9 KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan kadınların PHQ-9 ve EDSÖ ile depresyon olasılığı dağılımlarına bakıldığında; PHQ-9 ile minör depresyon olasılığı olan kadınların %43,4'ünün, PHQ-9 ile majör depresyonu olan kadınların %85,1'inin; PHQ-9 ile

depresyon olasılığı olmayan kadınların %9,3'ünün EDSDÖ ile depresyon olasılığı yüksek idi. Buna göre, PHQ-9 ile depresyon olasılığı ve EDSDÖ ile depresyon olasılığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Hasta Sağlık Anketi-9 ile depresyon olasılığı yüksek olan kadınların %63'ünün EDSDÖ ile depresyon olasılığı yüksek saptandı. Hasta Sağlık Anketi-9 ile depresyon olasılığı düşük saptanan kadınların %90,7'sinin EDSDÖ ile depresyon olasılığı düşük tespit edildi. Postpartum depresyon olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ arasındaki uyumunun değerlendirilmesi amacıyla kappa analizleri yapıldı ve iki ölçek arasında orta derecede uyum saptandı ($\kappa=0,541$, $p<0,001$). Ölçeklerin skor değerleri arasındaki uyum ICC ile değerlendirildi. İki ölçek arasında uyum katsayısı $ICC=0,793$ olarak bulundu, güçlü düzeyde uyum tespit edildi ($p<0,001$). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile PHQ-9 arasında yapılan Spearman Korelasyon Analizinde; iki ölçeğin skorları arasında pozitif bir korelasyon olduğu ve bu iki ölçeğin depresyon olasılığını benzer şekilde ölçtüğü saptandı ($p<0,001$, $r=0,743$). Her iki ölçek de depresyon tarama ölçeği olarak geçerli ve güvenilirlerdir. Hasta sağlık anketi-9 DSM-IV'ün her bir tanı ölçütünü içermektedir, bireyin son iki hafta içerisindeki duyguları uykusuzluk, yorgunluk iştah değişiklikleri gibi somatik belirtileri sorgulamaktadır. Bu belirtiler gebelik ve lohusalıkta ruhsal açıdan sağlıklı olan kadınlarda da görülebildiği için; PHQ-9'un peripartum dönemde kullanımı yalancı pozitif sonuçları arttırabilir(340, 341). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği ise bireyin son bir hafta içindeki duygularını ve depresif belirtilerine eşlik eden kaygıyı incelemektedir. İki ölçeğin beraber kullanılmasını öneren görüşler de mevcuttur(342).

Literatürde bu iki ölçeği karşılaştıran çalışmalardan sadece birinde, PHQ-9'un tanısallık doğruluğu daha düşük olup; diğer çalışmalarda PHQ-9'un postpartum depresyonu saptamada özgün ve duyarlı olduğu, en az EDSDÖ kadar iyi bir ölçek olduğu görülmektedir(343). Yawn ve arkadaşları ile Flynn ve arkadaşlarının çalışmalarında PHQ-9 ile EDSDÖ'nin performansları benzer olup, bu iki ölçek uyumludur(340, 344). Weobong ve arkadaşları Gana'da düşük ekonomik düzeyli toplumlarda postpartum ruhsal hastalıkların saptanmasında tarama ölçeklerini karşılaştırmıştır. Psikometrik özellikler yapılandırılmış klinik görüşme ile elde edilmiştir. Hasta Sağlık Anketi-9'un postpartum depresyon taramasında geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları EDSDÖ'nden daha iyidir(345).

Yawn ve arkadaşlarının çalışmasında birinci basamakta postpartum depresyon taramasında PHQ-9 ile EDSDÖ'nin uyumunu araştırmıştır. Her iki ölçek ile depresyon olasılığı yüksek olan kadınların oranı %15,2 iken; her iki ölçek ile depresyon olasılığı olmayan kadınların oranı %67,8'dir. İki ölçeğin uyumu %88'dir. Buna göre; iki ölçek postpartum depresyon olasılığı olmayan kadınları saptamada uyumludur. Uyumsuzluğun risk faktörlerini saptamak için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucuna göre; 30 yaşından büyük olmak ve düşük eğitim düzeyi ön gördürücüdür(340).

Hanusa ve arkadaşları postpartum depresyon taramasında 3 ölçeği; EDDSDÖ, PHQ-9 ve Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (Postpartum Depression Screening Scale) (PDSS) karşılaştırmıştır. Tanısal doğrulama klinik görüşme ile yapılmıştır. Buna göre; üç ölçeğin skorları arasında pozitif bir korelasyon vardır, ancak EDSDÖ'nin tanısal doğruluğu diğer ölçeklerden daha fazladır(346).

Davis ve arkadaşları 1392 kadın ile postpartum depresyon saptanmasında tarama ölçeklerini karşılaştırmıştır. Bu çalışmaya göre PHQ-9 tanısal doğruluğu orta düzeydedir(347).

Gjerdingen ve arkadaşlarının Amerika'da sağlam çocuk takiplerinde 506 anne ile yaptığı geçerlilik çalışmasına göre, PHQ-9 postpartum depresyon taramasında geçerli, oldukça özgün bir ölçektir, birinci basamakta sağlam çocuk takiplerinde kolaylıkla uygulanabilir. Postpartum depresyonun saptanmasında PHQ-9'un özgüllüğü %84, duyarlılığı %82'dir(348). Gebelerde depresyon saptanmasında PHQ-9'un geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Sidebottom ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(349).

Flynn ve arkadaşlarının çalışmasında; psikiyatri polikliniklerine başvuran peripartum dönemdeki kadınlarda depresyon taraması için PHQ-9 ile EDSDÖ karşılaştırılmıştır. Ölçeklerin psikometrik özellikleri klinik görüşme ile belirlenmiştir. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile PHQ-9 arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizinde; hem postpartum dönemde hem de gebelerde iki ölçeğin skorları arasında güçlü bir korelasyon olup, bu iki ölçek depresyon olasılığını benzer şekilde ölçmektedir (gebelikte $r=0,718$; postpartum dönemde $r=0,769$). Özgüllük değerlerine bakıldığında; gebelikte EDSDÖ'nin PHQ-9'dan daha iyi olup, postpartum dönemde ise iki ölçeğin özgüllükleri benzerdir. Postpartum depresyon

olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ arasındaki uyumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan kappa analizlerinde, iki ölçek arasında orta derecede uyum vardır (gebelikte $\kappa=0,58$, postpartum $\kappa=0,50$)(344).

Zhong ve arkadaşları Peru’da gebelerde depresyon taramasında EDSDÖ ile PHQ-9’u karşılaştırmıştır. Psikometrik özellikler yapılandırılmış klinik görüşme ile elde edilmiştir. Buna göre PHQ-9 ile EDSDÖ’nin skorları arasında iyi bir korelasyon vardır ($r=0,52$). Postpartum depresyon olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ arasındaki uyumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan kappa analizlerinde, iki ölçek arasında orta derecede uyum vardır ($\kappa=0,46$). Gebelikte depresyon saptanmasında hem PHQ-9 hem de EDSDÖ güvenilir ve geçerli ölçeklerdir(342).

Lai ve arkadaşların Çin’deki çalışmasında; babalarda postpartum depresyon taranmasında EDSDÖ, PHQ-9 ve BDI karşılaştırılmıştır. Psikometrik özellikler DSM-IV’e göre yapılandırılmış klinik görüşme ile elde edilmiştir. Babalarda postpartum depresyonu saptamada üç ölçeğin performansı oldukça iyi olup, EDSDÖ’nün doğruluğu diğer ölçeklerden daha yüksektir(350).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine, 1 Eylül 2014-31 Ekim 2014 tarihleri arasında başvuran, 0-1 yaş bebek sahibi, 425 annede postpartum depresif semptom taramasında; tarama aracı olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Hasta Sağlık Anketinin karşılaştırmak, depresif semptomlar açısından riskli kadınların yaygınlığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek hedeflendi. Çalışmanın sonuçları şöyle özetlendi:

Bu çalışmada EDSÖ kesme puanı 13 ve üzeri alınarak hesaplanan depresif semptom yaygınlığı, başka bir deyişle postpartum depresyon olasılığı yaygınlığı %21,9 idi. Hasta Sağlık Anketi-9 ile katılımcıların %23,6'sının depresyon olasılığı yüksek olarak tespit edildi.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine göre postpartum depresyon olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen faktörler:

- Geçmişte depresyon tanısı almış olmak
- Geçmişte anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak
- Eşyle iletişimde zorluk yaşamak
- Annesiyle iletişimde zorluk yaşamak
- Eşinin ailesiyle iletişimde zorluk yaşamak
- İstmeden gebe kalmak
- Bebeğinde sağlık sorunu olması
- Bebek bakımında zorluk yaşamak olarak saptandı.

Literatürde postpartum depresyon için risk faktörleri arasında sayılan; yaş, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek sahibi olma durumu, çalışma durumu, sağlık güvence durumunu, aylık hane geliri, sigara, alkol, kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sosyal destek varlığı, bebek yaşı, yardımcı üreme desteği alma durumu, bebeğin doğum zamanı, bebeğin doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, emzirme durumu gibi etmenlerle anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre, eş ile iletişimde zorluk depresyon olasılığı riskini 2,42 kat; anne ile iletişimde zorluk depresyon olasılığı

riskini 2,75 kat, eşinin ailesi ile iletişimde zorluk depresyon olasılığı riskini 2,16 kat arttırmakta idi. İstenmeyen gebeliğin depresyon olasılığı riskini 2,04 kat arttırdığı ancak, farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptandı.

Postpartum depresyon olasılığını saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ, kappa (κ) analizlerine orta derecede uyumlu saptandı. Spearman korelasyon analizinde; iki ölçeğin skorları arasında pozitif bir korelasyon tespit edildi. Ölçeklerin skor değerleri arasındaki güçlü düzeyde uyum saptandı. Ölçeklerin depresyon riski yüksek olanları belirlemede benzer sonuçları verdiği, birbirleri yerine kullanılabilir oldukları sonucuna varıldı.

Bu çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran kadınlar oluşturduğundan, sonuçlar genel toplumu yansıtmayabilir. Toplumun her kesiminden katılımcıların yer aldığı, farklı bölgeler ve kültürlerde, örneklem sayısı daha yüksek, çok merkezli çalışmaların yapılması önerilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı; postpartum depresyon başlangıç zamanını; gebelikte ve doğum sonrası ilk dört haftayı kapsayacak şekilde peripartum başlangıçlı olarak belirlemiştir. Bu araştırmada, doğum sonrası ilk bir yıl içerisindeki kadınlar yer almıştır. Gebe kadınların da araştırma grubuna alındığı yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada, depresif semptomların saptanmasında iki tarama ölçeği; EDSDÖ ve PHQ-9 kullanıldı. Postpartum depresyon tanısı için altın standart tanı yöntemi olan klinik görüşme yapılmadığından, iki ölçeğin postpartum depresyonu saptamadaki performansları değerlendirilemedi. Birinci basamakta, kullanılabilecek en iyi tarama aracının belirlenmesi için klinik görüşmelerin de uygulandığı çalışmalar yapılmalıdır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği peripartum depresyonun saptanmasında geçerli ve güvenilir bir tarama ölçeğidir. Hasta Sağlık Anketi-9 ise birinci basamakta yetişkinlerde geçerli ve güvenilir bir depresyon tarama ölçeğidir. Hasta Sağlık Anketi-9' un peripartum depresyonu saptamada daha güvenilir bir tarama aracı olarak kullanılabilmesi için geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmalıdır.

Sağlık Bakanlığı doğum sonu bakım yönetim rehberinde EDSDÖ yer almakla birlikte, rutinde ne kadar uygulandığı ile ilgili veriler yoktur. Ayrıca postpartum depresyon taramasının uygulanabilirliği, taramanın klinik sonuçlar üzerine olan

etkileriyle ilgili ülkemizde, henüz çalışmalar yapılmamıştır. Bu konular ile ilgili araştırmalara ihtiyaç vardır.

Postpartum depresyon sadece psikiyatrinin ilgilendiği bir konu olmayıp, klinik uygulamada aile hekimlerinin, kadın doğum uzmanlarının ve pediyatristlerin de karşılaşılabileceği bir durumdur. Bu nedenle psikiyatri dışı tıp dallarında çalışan doktorların postpartum depresyon ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını araştıran çalışmalar yapılmalıdır. Gerekirse, eğitim desteği ve deneyim desteği sağlanmalıdır.

Tarama sonucunda, postpartum depresyon olasılığı yüksek saptanan kadınların birinci basamakta yönetimi, tanı-tedavi yaklaşımı konusunda kılavuzlar oluşturulmalıdır.

Peripartum dönemde, gerek gebe izlemlerinde, gerek yeni annenin lohusa izlemlerinde, gerekse sağlam çocuk izlemlerinde en sık başvurduğu sağlık hizmeti vericisi olmasıyla, özel bir konumda olan, özel çekirdek yeterliliklere sahip aile hekimleri; peripartum her başvuruyu, postpartum depresyonun saptanması için bir fırsata çevirebilir.

ÖZET

Sıfır-Bir Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık Anketinin Karşılaştırılması

Amaç: Bu çalışmada; sağlam çocuk izlem polikliniğine başvuran, 0-1 yaş bebek sahibi annelerde postpartum depresif semptom taramasında; tarama aracı olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Hasta Sağlık Anketini karşılaştırmak, depresif semptomlar açısından riskli kadınların yaygınlığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde, 1 Eylül 2014-31 Ekim 2014 tarihleri arasında başvuran, 0-1 yaş çocuk sahibi 425 kadın ile yapıldı. Anket formu araştırmacılar tarafından literatür taraması temel alınarak oluşturuldu. Katılımcıların beklerken anket formunu doldurması istendi. Anket formu demografik veri formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) içermekteydi.

Toplanan veriler Student t testi; Mann Whitney U testi, Pearson Ki-Kare, Fisher exact testi ve lojistik regresyon analizi ile SPSS 15'te değerlendirildi. Ölçeklerin karşılaştırılması ICC (Intraclass Correlation Coefficient), kappa analizi ve Spearman korelasyon analiziyle yapıldı.

Bulgular: Bu çalışmada postpartum dönemdeki kadınlarda depresif semptomları saptamak için EDSDÖ kesme puanı 13 ve üzeri alınarak kullanıldı. Postpartum depresif semptom yaygınlığı %21,9 idi. Hasta Sağlık Anketi-9 ile depresyon riski artmış katılımcıların oranı %23,6 idi.

Depresif semptomlar ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanan risk faktörleri; geçmişte depresyon öyküsü, geçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü, eş ile iletişimde, annesiyle iletişimde zorluk, eşinin ailesiyle iletişimde zorluk, istemeyen gebelik, bebekte sağlık sorunu, bebek bakımında zorluk idi. Postpartum depresif semptomlar için ön gördürücüler; eşiyile iletişimde zorluk; annesiyle iletişimde zorluk, eşinin ailesi ile iletişimde zorluk idi.

Hasta Sağlık Anketi-9 ve EDSDÖ arasındaki uyum kappa (κ) analiziyle orta derecedeydi ($\kappa=0,541$, $p<0,001$). Spearman korelasyon analizinde; iki ölçeğin skorları arasında pozitif bir korelasyon vardı ($r=0,743$). Her iki ölçek postpartum depresyon riskini saptamada benzerdi. Her iki ölçeğin skor değerleri arasındaki uyum güçlüydü ($ICC=0,793$; $p<0,001$).

Sonuç: Perinatal dönemdeki kadınların sık temas noktası olan aile hekimleri; postpartum depresyon taramasında iyi bir konumdadır. Birinci basamak uygulamalarında tarama ölçeklerinin kullanılması, depresyonun saptanmasına yardımcı olabilir.

Bu çalışmada kadınların çoğunda EDSDÖ ile PHQ-9 skorları uyumluydu. Postpartum depresyonu saptamada PHQ-9 ve EDSDÖ benzerdi. Sonuçlarımız postpartum depresyon taraması için EDSDÖ gibi PHQ-9'un kullanılmasını önermektedir. Hasta Sağlık Anketi-9'un postpartum dönemde kullanımı için geçerlilik çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, depresyon taraması, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9)

SUMMARY

Comparison of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to Screen Postpartum Depressive Symptoms Among Mothers of 0-1 Year Old Babies

Objective: In this study, we aimed to compare the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the 9-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), as a screening tool for postpartum depressive symptoms; to investigate the prevalence of depressive symptoms and to evaluate the risk factors of depressive symptoms among mothers of 0-1 year old babies who admitted to the well-child outpatient clinic.

Methods: This cross-sectional study included 425 women, registering their 0 to 12 month-old infants for well-child outpatient clinic from September 2014 to November 2014 at the well-child outpatient clinic of the Department of Social Paediatrics of Ankara University School of Medicine. The questionnaire was designed by researchers based on literature searches. The participants were asked to complete questionnaires while waiting. Each questionnaire included demographic characteristics, PHQ-9 and EPDS.

The data collected were analyzed using Student's t test, Pearson Chi-Square, Fisher exact test, Mann Whitney U test and logistic regression in SPSS 15. We examined comparison of two scales using intraclass correlation coefficient, Spearman correlation, and inter-rater agreement (kappa).

Results: In this study; an EPDS cut-off score 13 or higher was used to determine depressive symptoms among women in the postpartum period. The prevalence of postpartum depressive symptoms was %21,9. The proportion of women with a positive PHQ-9 who had increased risk for depression, was %23,6.

Risk factors that were found to be significantly associated with postpartum depressive symptoms were; a past history of depression, a past history of anxiety disorder, a poor relationship between the participant and her partner, a poor relationship between the participant and her mother, a poor relationship between the participant and her partner's parents, an unplanned pregnancy, child care-related

problems, health problem of the child. The predictors of postpartum depressive symptoms were a poor relationship between the participant and her partner, a poor relationship between the participant and her mother, a poor relationship between the participant and her partner's parents.

The agreement between PHQ-9 and EPDS was generally moderate with Inter-rater agreement ($\kappa=0,541$, $p<0,001$). Based on Spearman correlation analysis, correlation between two scales's scores was positive. Both two scales were similar for detecting high postpartum depression risk. Intraclass correlation coefficient between PHQ-9 and EPDS scores was excellent ($ICC=0,793$; $p<0,001$).

Conclusion:

Family medicine physicians who have frequent contact with women during the perinatal period are well positioned to provide screening for postpartum depression. The use of screening tools can aid in the detection of depression in primary care practices. In this study for most women the EPDS and PHQ-9 scores were concordant. PHQ-9 and EPDS were similar for identifying postpartum depression. Our findings suggest administration of PHQ-9 for postpartum depression screening as EPDS. Validation studies are needed for PHQ-9 to be used in postpartum period.

Key Words: Postpartum depression, depression screening, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), 9-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

7. KAYNAKLAR

1. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of Mood Disorders In 2,252 Pregnancies and Postpartum Periods. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1179-85.
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *JAMA*. 2006;296(21):2582-9.
3. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum Depression: A Disorder In Search of A Definition. *Arch Womens Ment Hlth*. 2010;13(1):37-40.
4. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*. 2007;17(2):126-33.
5. Ferri CP, Mitsuihiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The Impact of Maternal Experience of Violence and Common Mental Disorders On Neonatal Outcomes: A Survey of Adolescent Mothers In Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7(1):209.
6. American Psychiatric Association, et al. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS; 2013.
7. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal Risk Factors For Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *J Affect Disord*. 2008;108(1):147-57.
8. Wisner KL, Chambers C, Sit DK. Postpartum Depression: A Major Public Health Problem. *JAMA*. 2006;296(21):2616-8.
9. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From The Third Month of Pregnancy To 1 Year Postpartum. Prevalence, Incidence, Recurrence, and New Onset of Depression. Results From The Perinatal Depression–Research & Screening Unit Study. *Compr Psychiat*. 2011;52(4):343-51.
10. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal Depression During Pregnancy and The Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms For Offspring Depression At Age 18 Years. *JAMA Psychiat*. 2013;70(12):1312-9.
11. Beck CT, Gable RK. Further Validation of The Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res*. 2001;50(3):155-64.

12. Halbreich U. The Association Between Pregnancy Processes, Preterm Delivery, Low Birth Weight, and Postpartum Depressions—The Need For Interdisciplinary Integration. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1312-22.
13. Weinberg MK, Tronick EZ. The Impact of Maternal Psychiatric Illness On Infant Development. *J Clin Psychiat*. 1998;59 Suppl 2:53-61.
14. Murray L, Cooper P. Effects of Postnatal Depression On Infant Development. *Arch Dis Child*. 1997;77(2):99-101.
15. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity On Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Dev*. 1996;67(5):2512-26.
16. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The Relationship Between Post-Natal Depression and Mother-Child Interaction. *Br J Psychiat*. 1991;158(1):46-52.
17. Beck CT. A Meta-Analysis of The Relationship Between Postpartum Depression and Infant Temperament. *Nurs Res*. 1996;45(4):225-30.
18. Beardslee WR, Schultz LH, Selman RL. Level of Social-Cognitive Development, Adaptive Functioning, and DSM-III Diagnoses In Adolescent Offspring of Parents With Affective Disorders: Implications of The Development Of The Capacity For Mutuality. *Dev Psychol*. 1987;23(6):807.
19. Beck CT. The Effects of Postpartum Depression On Child Development: A Meta-Analysis. *Arch Psychiat Nurs*. 1998;12(1):12-20.
20. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of Screening Instruments For Postpartum Depression. *Arch Women Ment Hlth*. 2005;8(3):141-53.
21. Dennis CL, Ross LE. The Clinical Utility of Maternal Self-Reported Personal and Familial Psychiatric History In Identifying Women At Risk For Postpartum Depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(10):1179-85.
22. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe Maternal Psychopathology and Infant–Mother Attachment. *Dev Psychopathol*. 2000;12(02):157-75.
23. Murray L, Cooper P, Hipwell A. Mental health of parents caring for infants. *Arch Women Ment Hlth*. 2003;6(2):s71-s7.
24. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical Diagnosis of Depression In Primary Care: A Meta-Analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-19.
25. Öztora S. Mental Hastalıklar İçin Tanısal ve İstatistiksel Kılavuz IV, Birinci Basamak Versiyonu. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2012;3(1):10-2.

26. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, y Garcia EF, et al. Suffering In Silence: Reasons For Not Disclosing Depression In Primary Care. *Ann Fam Med*. 2011;9(5):439-46.
27. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum Mood Disorders: Diagnosis And Treatment Guidelines. *J Clin Psychiat*. 1998;59 Suppl 2:34-40.
28. Gülseren L. Postpartum Depression: A Review. *Türk Psikiyatri Derg*. 1999;10:58-67.
29. Whitton A, Warner R, Appleby L. The Pathway To Care Post-Natal Depression: Women's Attitudes To Post-Natal Depression and Its Treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):427-8.
30. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course, and Predictive Factors. *J Abnorm Psychol*. 1984;93(2):158.
31. Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. *TJFMPC*. 2014;8(3):101-7.
32. Evins GG, Theofrastous JP. Postpartum Depression: A Review of Postpartum Screening. *Prim Care Update Ob Gyns*. 1997;4(6):241-6.
33. Henshaw C, Elliott S. Screening For Perinatal Depression: Jessica Kingsley Publishers; 2005.
34. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı; 2014.
35. Munoz C, Agruss J, Haeger A, Sivertsen L. Postpartum Depression: Detection and Treatment In The Primary Care Setting. *J Nurse Pract* 2006;2(4):247-53.
36. Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline On Clinical Management and Service Guidance2007: British Psychological Society.
37. Earls MF. Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2010;126(5):1032-9.
38. Committee Opinion No. 453: Screening For Depression During and After Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010; (2 Pt 1):[394 p.].
39. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and Utility of A Self-Report Version Of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*. 1999;282(18):1737-44.
40. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Derg*. 2004;12(1):41-5.

41. The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope: World Health Organization; 2001.
42. Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Warden D, Morris MDW, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR* D report. *Ann Clin Psychiatr.* 2010;22(1):43-55.
43. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of Lifetime Comorbidity In The World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatr.* 2011;68(1):90-100.
44. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The Global Burden of Disease: 2004 Update: World Health Organization; 2008.
45. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-Adjusted Life Years (Daly) For 291 Diseases And Injuries In 21 Regions, 1990–2010: A Systematic Analysis For The Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;380(9859):2197-223.
46. Murray CJL, Abraham J, Ali MK, Alvarado M, Atkinson C, Baddour LM, et al. The State of US Health, 1990-2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA.* 2013;310(6):591-606.
47. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry.* 2000;157(2):229-33.
48. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma. Ele Alma ve Yönlendirme, *Psikiyatri Dünyası.* 1998;1:5-12.
49. Donohue JM, Pincus HA. Reducing The Societal Burden of Depression. *Pharmacoeconomics.* 2007;25(1):7-24.
50. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of Depression In Europe. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9(2):87-98.
51. Jackson JL, DeZee K, Berbano E. Can Treating Depression Improve Disease Outcomes? *Ann Intern Med.* 2004;140(12):1054-6.
52. Krishnan K. Depression As A Contributing Factor In Cerebrovascular Disease. *Am Heart J.* 2000;140(4):70-6.
53. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of Comorbid Coronary Artery Disease and Depression. *Biol Psychiatr.* 2003;54(3):227-40.
54. Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of Depression To Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Biol Psychiatr.* 2003;54(3):317-29.

55. Carnethon MR, Biggs ML, Barzilay JI, Smith NL, Vaccarino V, Bertoni AG, et al. Longitudinal Association Between Depressive Symptoms and Incident Type 2 Diabetes Mellitus In Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med.* 2007;167(8):802-7.
56. Golden SH, Lazo M, Carnethon MR, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AVD, et al. Examining A Bidirectional Association Between Depressive Symptoms and Diabetes. *JAMA.* 2008;299(23):2751-9.
57. Shen CC, Tsai SJ, Perng CL, Kuo BI, Yang AC. Risk of Parkinson Disease After Depression A Nationwide Population-Based Study. *Neurology.* 2013;81(17):1538-44.
58. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, Chronic Diseases, and Decrements In Health: Results From The World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-8.
59. Cui X, Lyness J, Tu X, King D, Caine ED. Does Depression Precede or Follow Executive Dysfunction? Outcomes In Older Primary Care Patients. *Am J Psychiatry.* 2007;164(8):1221-8.
60. Steffens DC, Otey E, Alexopoulos GS, Butters MA, Cuthbert B, Ganguli M, et al. Perspectives On Depression, Mild Cognitive Impairment, and Cognitive Decline. *Arch Gen Psychiat.* 2006;63(2):130-8.
61. Singh-Manoux A, Akbaraly TN, Marmot M, Melchior M, Ankri J, Sabia S, et al. Persistent Depressive Symptoms and Cognitive Function In Late Midlife: The Whitehall II Study. *J Clin Psychiat.* 2010;71(10):1379.
62. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Have TT, Bruce ML. Depression, Cardiovascular Disease, Diabetes, and Two-Year Mortality Among Older, Primary-Care Patients. *Am J Geriat Psychiat.* 2005;13(9):748-55.
63. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of Patients With Mood Disorders: Follow-Up Over 34–38 Years. *J Affect Disord.* 2002;68(2):167-81.
64. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Differential Mortality Rates In Major And Subthreshold Depression: Meta-Analysis of Studies That Measured Both. *Br J Psychiat.* 2013;202(1):22-7.
65. Markkula N, Härkänen T, Perälä J, Partti K, Peña S, Koskinen S, et al. Mortality In People With Depressive, Anxiety and Alcohol Use Disorders In Finland. *Br J Psychiat.* 2012;200(2):143-9.
66. Gale CR, Batty GD, Osborn DPJ, Tynelius P, Whitley E, Rasmussen F. Association of Mental Disorders In Early Adulthood and Later Psychiatric Hospital Admissions and Mortality In A Cohort Study of More Than 1 Million Men. *Arch Gen Psychiat.* 2012;69(8):823-31.

67. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality In Depression In The General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):453-62.
68. Rihmer Z, Gonda X. Prevention of Depression-Related Suicides In Primary Care. *Psychiatr Hung*. 2011;27(2):72-81.
69. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk Factors For Suicide In Later Life. *Biol Psychiat*. 2002;52(3):193-204.
70. Birrer RB, Vemuri SP. Depression In Later Life: A Diagnostic And Therapeutic Challenge. *Am Fam Physician*. 2004;69(10):2375-82.
71. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *JAMA*. 2003;289(23):3135-44.
72. Benazon NR, Coyne JC. Living With A Depressed Spouse. *J Fam Psychol*. 2000;14(1):71.
73. Sills MR, Shetterly S, Xu S, Magid D, Kempe A. Association Between Parental Depression and Children's Health Care Use. *Pediatrics*. 2007;119(4):e829-e36.
74. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Alan Pincus H, Weissman MM. Parental Depression, Child Mental Health Problems, and Health Care Utilization. *Med Care*. 2003;41(6):716-21.
75. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report/A Report From The World Health Organization, Department of Mental Health And Substance Abuse In Collaboration With The Victorian Health Promotion Foundation and The University Of Melbourne 2004.
76. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report/A Report of The World Health Organization Dept. of Mental Health And Substance Abuse; In Collaboration With The Prevention Research Centre of The Universities Of Nijmegen And Maastricht 2004.
77. Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective: World Health Organization; 2008.
78. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants Versus Placebo For Depression In Primary Care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3(3):CD007954.
79. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Primary Care Version. Association AP, Physicians AAF, editors: American Psychiatric Pub; 1996.

80. Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları 1998:[77-93].
81. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik SL, et al. Perceived Barriers To Mental Health Service Utilization In The United States, Ontario, and The Netherlands. *Psychiat Serv.* 2007;58(3):357-64.
82. Klinkman MS. Competing Demands In Psychosocial Care. A Model For The Identification And Treatment of Depressive Disorders In Primary Care. *Gen Hosp Psychiat.* 1997;19(2):98-111.
83. Tylee A, Gandhi P. The importance of Somatic Symptoms In Depression In Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7(4):167.
84. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An International Study of The Relation Between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl J Med.* 1999;341(18):1329-35.
85. Nasser M. Psychiatry In Ancient Egypt. *Psychiatr Bull.* 1987;11(12):420-2.
86. Bhugra D. Psychiatry In Ancient Indian Texts: A Review. *Hist Psychiatr.* 1992;3(10):167-86.
87. Hinshaw SP. *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and An Agenda For Change*: Oxford University Press; 2007.
88. Akiskal HS. Bipolar Disorders Section of Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 2005;1:1633-40.
89. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*: World Health Organization; 2004.
90. Andrews G. Should Depression Be Managed As A Chronic Disease? *BMJ.* 2001;322(7283):419-21.
91. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The Epidemiology of Major Depressive Episodes: Results From The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Meth Psych Res.* 2003;12(1):3-21.
92. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiat.* 2005;62(6):593-602.
93. Meader N, Mitchell AJ, Chew-Graham C, Goldberg D, Rizzo M, Bird V, et al. Case Identification of Depression In Patients With Chronic Physical Health

Problems: A Diagnostic Accuracy Meta-Analysis of 113 Studies. *Brit J Gen Pract.* 2011;61(593):e808-e20.

94. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-Month Prevalence, Comorbidity and Correlates of Mental Disorders In Germany: The Mental Health Module of The German Health Interview And Examination Survey For Adults (DEGS1-MH). *Int J Meth Psych Res.* 2014;23(3):304-19.
95. Compton W, Conway K, Stinson F, Grant B. Changes In The Prevalence of Major Depression And Comorbid Substance Use Disorders In The United States Between 1991–1992 and 2001–2002. *Am J Psychiatry.* 2006;163(12):2141-7.
96. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex Differences In Rates of Depression: Cross-National Perspectives. *J Affect Disord.* 1993;29(2):77-84.
97. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. 2006; (1-56).
98. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri.* 2007;10(Ek 6):11-20.
99. Jr RWS, Cronkite RC, Moos RH. Risk Factors For Sustained Nonremission of Depressive Symptoms: A 4-Year Follow-Up. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(8):462-9.
100. Akiskal HS. Duygudurum Bozukluklarının Doğası ve Çeşitliliğine Yeni Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Derg.* 1992;3(3):163-9.
101. Anthony JC, Petronis KR. Suspected Risk Factors For Depression Among Adults 18-44 Years Old. *Epidemiology.* 1991;2(2):123-32.
102. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and Psychiatric Status: Longitudinal Evidence From The New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Arch Gen Psychiat.* 1991;48(5):470-4.
103. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008. p. 25-30.
104. Karamustafalıoğlu KO, Karamustafalıoğlu N. Distimik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası.* 2001;5:30-5.
105. İğde F, Artıran A, Gürz AA. Periyodik Muayenede Taramalar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2013;4(5):43-8.
106. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening For Depression In Adults: A Summary of The Evidence For The US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136(10):765-76.

107. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions To Improve The Management of Depression In Primary Care: A Systematic Review. *JAMA*. 2003;289(23):3145-51.
108. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening For Depression In Adult Patients In Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Ann Intern Med*. 2009;151(11):793-803.
109. Williams Jr JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic Review of Multifaceted Interventions To Improve Depression Care. *Gen Hosp Psychiat*. 2007;29(2):91-116.
110. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Duan N, Miranda J, et al. Five-Year Impact of Quality Improvement For Depression: Results of A Group-Level Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiat*. 2004;61(4):378-86.
111. Rubenstein LV, Williams Jr JW, Danz M. Determining Key Features of Effective Depression Interventions. 2009.
112. Brealey SD, Hewitt C, Green JM, Morrell J, Gilbody S. Screening For Postnatal Depression–Is It Acceptable To Women and Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Synthesis. *J Reprod Infant Psych*. 2010;28(4):328-44.
113. Zimmerman M, McGlinchey JB. Depressed Patients' Acceptability of The Use Of Self-Administered Scales To Measure Outcome In Clinical Practice. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20(3):125-9.
114. Zimmerman M, Lush DT, Farber NJ, Hartung J, Plescia G, Kuzma MA, et al. Primary Care Patients' Reactions To Mental Health Screening. *Int J Psychiat Med*. 1996;26(4):431-41.
115. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal Depression: Hiding In Plain Sight. *Can J Psychiat*. 2007;52(8):479-88.
116. Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003;2(3):42-6.
117. Deveci A, Yüksel EG, Gökalp F, Aydemir Ö, İçelli İ. Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluklu Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dizini*. 2005;2(7):67-72.
118. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006;17(4):243-51.
119. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiat*. 2004;49(11):726-35.

120. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5, Part 1):1071-83.
121. Steiner M. Postpartum Psychiatric Disorders. *Can J Psychiat.* 1990;35(1):89-95.
122. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *The Psychiatric clinics of North America.* 2010;33(2):273-93.
123. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Arch Gen Psychiat.* 1991;48(9):801-6.
124. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study Of Mothers In Goa, India. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):43-7.
125. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. The Prevalence of Postpartum Depression In Manisa Province and Influencing Factors. *Turk Psikiyatri Derg.* 2000;11:204.
126. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. *N Engl J Med.* 2002;347(3):194-9.
127. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity Blues and Major Endocrine Changes: Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study II. *BMJ.* 1994;308(6934):949-53.
128. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. Serum Allopregnanolone In Women With Postpartum "Blues". *Obstet Gynecol.* 2001;97(1):77-80.
129. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors Associated With The Development of Postpartum Mood Disorders. *J Affect Disord.* 2005;88(1):9-18.
130. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression In First-Time Mothers. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):594.
131. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik Postpartum Dönem ve Ruhsal Bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.* 2004;12(4):3-6.
132. Brockington I. Postpartum Psychiatric Disorders. *Lancet.* 2004;363(9405):303-10.
133. Terp I, Mortensen PB. Post-partum Psychoses. Clinical Diagnoses and Relative Risk of Admission After Parturition. *Br J Psychiat.* 1998;172(6):521-6.
134. O'hara MW, Swain AM. Rates and Risk of Postpartum Depression-A Meta-Analysis. *Int Rev Psychiatr.* 1996;8(1):37-54.

135. Jones I, Craddock N. Familiality of The Puerperal Trigger In Bipolar Disorder: Results of A Family Study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):913-7.
136. Jones I, Craddock N. Searching For The Puerperal Trigger: Molecular Genetic Studies of Bipolar Affective Puerperal Psychosis. *Psychopharmacol Bull*. 2006;40(2):115-28.
137. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum Mood Disorders. *Int Rev Psychiatr*. 2003;15(3):231-42.
138. Videbech P, Gouliaev G. First Admission With Puerperal Psychosis: 7–14 Years of Follow-Up. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(3):167-73.
139. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of Puerperal Psychoses. *Br J Psychiatr*. 1987;150(5):662-73.
140. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, et al. Risk of Recurrence In Women With Bipolar Disorder During Pregnancy: Prospective Study Of Mood Stabilizer Discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1817-24.
141. Thome M. Predictors of Postpartum Depressive Symptoms In Icelandic Women. *Arch Women Ment Hlth*. 2000;3(1):7-14.
142. Hiltunen P. Maternal Postnatal Depression: Causes and Consequences. *Int J Circumpol Heal*. 2003;62(3).
143. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines 1992.
144. Alici-Evcimen Y, Sudak DM. Postpartum Depression. *Prim Care Update OB/GYN*. 2003;10(5):210-6.
145. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum Psychiatric Disorders. *Can Med Assoc J*. 1986;134(1):31.
146. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *F Ü Sağ Bil Tıp Derg*. 2006;1(2):106-18.
147. Stern G, Kruckman L. Multi-Disciplinary Perspectives On Post-Partum Depression: An Anthropological Critique. *Soc Sci Med*. 1983;17(15):1027-41.
148. Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):220-6.
149. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-Partum Depression and The Mother-Infant Relationship In A South African Peri-Urban Settlement. *Br J Psychiatr*. 1999;175(6):554-8.

150. Wickberg B, Hwang CP. Screening For Postnatal Depression In A Population-Based Swedish Sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(1):62-6.
151. Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, et al. Prospective Study of Postpartum Depression In An Israeli Cohort: Prevalence, Incidence and Demographic Risk Factors. *J Psychosom Obst Gyn*. 1998;19(3):155-64.
152. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort Study of Depressed Mood During Pregnancy and After Childbirth. *BMJ*. 2001;323(7307):257-60.
153. Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly I. Depression Among Postnatal Women In An Urban Irish Community. *Ir J Psychol Med*. 2001;18(1):5-10.
154. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al. Onset and Persistence of Postpartum Depression In An Inner-City Maternal Health Clinic System. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1856-63.
155. Howell EA, Mora PA, Horowitz CR, Leventhal H. Racial and Ethnic Differences In Factors Associated With Early Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet Gynecol*. 2005;105(6):1442-50.
156. Liu CH, Tronick E. Rates and Predictors of Postpartum Depression By Race and Ethnicity: Results From The 2004 To 2007 New York City PRAMS Survey (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). *Matern Child Hlth J*. 2013;17(9):1599-610.
157. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The Impact of Partner Support In The Treatment of Postpartum Depression. *Can J Psychiat*. 2000;45(6):554-8.
158. Viguera AC, Cohen LS. The Course and Management of Bipolar Disorder During Pregnancy. *Psychopharmacol Bull*. 1997;34(3):339-46.
159. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *J Abnorm Psychol*. 1990;99(1):3.
160. Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of Depression In The Prenatal and Postpartum Periods. *Women & Health*. 1986;11(2):61-78.
161. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial Predictors of Depressive Symptomatology Level In Postpartum Women. *J Affect Disord*. 1997;46(1):39-49.
162. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial Correlates of Prepartum and Postpartum Depressed Mood. *J Affect Disord*. 2000;59(1):31-40.
163. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated With Adverse Postpartum Family Outcomes. *Can Med Assoc J*. 1996;154(6):785.

164. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, et al. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*. 1997;277(5):383-8.
165. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and Psychological Interventions For Preventing Postpartum Depression (Review). 2013.
166. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-85.
167. Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, et al. The Leicester 500 Project. Social Support and The Development of Postnatal Depressive Symptoms, A Prospective Cohort Survey. *Psychol Med*. 1998;28(01):63-79.
168. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors For Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiat*. 1996;168(5):607-11.
169. Kumar R, Robson KM. A Prospective Study of Emotional Disorders In Childbearing Women. *Br J Psychiat*. 1984;144(1):35-47.
170. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression In Mothers and Fathers. *Br J Psychiat*. 1996;169(1):36-41.
171. Kornfeld BD, Bair-Merritt MH, Frosch E, Solomon BS. Postpartum Depression and Intimate Partner Violence In Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. *J Pediatr-US*. 2012;161(2):348-53.
172. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors For Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):223-8.
173. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association Between Diabetes and Perinatal Depression Among Low-Income Mothers. *JAMA*. 2009;301(8):842-7.
174. Rona RJ, Smeeton NC, Beech R, Barnett A, Sharland G. Anxiety and Depression In Mothers Related To Severe Malformation of The Heart Of The Child And Foetus. *Acta Paediatr*. 1998;87(2):201-5.
175. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and Postpartum Depression: Is There A Relationship? *Can J Psychiat*. 1997;42(10):1061-5.
176. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women At Risk For Postpartum-Onset Major Depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(2):639-45.
177. Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA, et al. Inconsolable Infant Crying and Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *Pediatrics*. 2013;131(6):e1857-e64.

178. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop V. Personality Factors As Determinants of Depression In Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. *Psychosom Med*. 2005;67(4):632-7.
179. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: Life Event Or Start of A Long-Term Difficulty? Further Data From The Stoke-On-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *Br J Psychiat*. 1995;166(5):595-600.
180. Hoogduin KAL, de Graauw KPHM. Controlled Prospective Study On The Mental Health of Women Following Pregnancy Loss. *Am J Psychiatry*. 1996;153:226-30.
181. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression In Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-Analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9.
182. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of Ante-and Postnatal Depression In Fathers: A Systematic Review. *J Affect Disord*. 2011;130(3):358-77.
183. Okutucu AC. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde Doğan Bebeklerin Babalarında Doğum Sonrası Depresyon Oranının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Belirlenmesi (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
184. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk Factors For Depression In Postnatal First Year, In Eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1201-7.
185. Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum*. 2004;3:14-24.
186. Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A Comparative Study of Postnatal Depression And Its Predictors In Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(5):1407-12.
187. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of Gonadal Steroids In Women With A History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):924-30.
188. Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Genetic Influences On Post-Natal Depressive Symptoms: Findings From An Australian Twin Sample. *Psychol Med*. 1999;29(03):645-54.
189. O'Hara MW. Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and The Puerperium. *Arch Gen Psychiat*. 1986;43(6):569-73.
190. Viinamaki H, Niskanen L, Pesonen P, Saarikoski S. Evolution of Postpartum Mental Health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997;18(3):213-9.

191. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiseleur J. Depressive Symptoms In The Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women. *Birth*. 1999;26(3):157-63.
192. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM. Cultural Elements of Postpartum Depression. A Study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med*. 2000;45(2):97-104.
193. McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine Factors and Postpartum Depression. A Selected Review. *J Reprod Med*. 2003;48(6):402-8.
194. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes In The Postpartum and Implications For Postpartum Depression. *Psychosomatics*. 1998;39(2):93-101.
195. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen E. A Double-Blind Randomised Placebo Controlled Trial of Postnatal Norethisterone Enanthate: The Effect On Postnatal Depression and Serum Hormones. *BJOG*. 1998;105(10):1082-90.
196. Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study. III. Postnatal Depression At 5 To 6 Weeks Postpartum, And Its Hormonal Correlates Across The Peripartum Period. *Br J Psychiat*. 1996;168(6):739-44.
197. Pedersen CA. Postpartum Mood and Anxiety Disorders: A Guide For The Nonpsychiatric Clinician With An Aside On Thyroid Associations With Postpartum Mood. *Thyroid*. 1999;9(7):691-7.
198. Kent GN, Stuckey BG, Allen JR, Lambert T, Gee V. Postpartum Thyroid Dysfunction: Clinical Assessment and Relationship To Psychiatric Affective Morbidity. *Clin Endocrinol*. 1999;51(4):429-38.
199. Hohlagschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B. Correlation Between Serum Testosterone Levels and Peripartal Mood States. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(4):326-30.
200. Van Dam RM, Schuit AJ, Schouten EG, Vader HL, Pop VJ. Serum Cholesterol Decline and Depression In The Postpartum Period. *J Psychosom Res*. 1999;46(4):385-90.
201. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of Life Stress On Depression: Moderation By A Polymorphism In The 5-HTT Gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.
202. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal Prediction of Postpartum Depression With Blood DNA Methylation Biomarkers. *Mol Psychiat*. 2013;19(5):560-7.

203. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, Kraus L, Rex-Haffner M, Ritchie JC, et al. Early Predictive Biomarkers For Postpartum Depression Point To A Role For Estrogen Receptor Signaling. *Psychol Med*. 2014;1-14.
204. Hayes M, Roberts S, Davare A. Transactional conflict between psychobiology and culture in the etiology of postpartum depression. *Med hypotheses*. 2000;54(1):7-17.
205. Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal Depression In Japanese Women Who Have Given Birth In England. *J Affect Disord*. 1997;43(1):69-77.
206. Stuchbery M, Matthey S, Barnett B. Postnatal Depression and Social Supports In Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic Mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(10):483-90.
207. Friedman SH, Resnick PJ. Child Murder and Mental Illness In Parents: Implications For Psychiatrists. *J Clin Psychiat*. 2011;72(5):587-8.
208. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset Timing, Thoughts of Self-Harm, and Diagnoses In Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiat*. 2013;70(5):490-8.
209. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum Onset Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Arch Women Ment Hlth*. 2004;7(2):99-110.
210. Parry BL, Hamilton J. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1995;1:1059-66.
211. Verkerk GJ, Pop VJ, Van Son MJ, Van Heck GL. Prediction of Depression In The Postpartum Period: A Longitudinal Follow-Up Study In High-Risk and Low-Risk Women. *J Affect Disord*. 2003;77(2):159-66.
212. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological Factors Associated With Persistent Postnatal Depression: Past And Current Relationships, Defence Styles and The Mediating Role of Insecure Attachment Style. *J Affect Disord*. 2005;84(1):15-24.
213. Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, et al. Adaptation of The Structured Clinical Interview For DSM-IV Disorders For Assessing Depression In Women During Pregnancy and Post-Partum Across Countries and Cultures. *Br J Psychiat*. 2004;184(46):17-23.
214. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Ethnoepidemiology of Postnatal Depression Prospective Multivariate Study of Sociocultural Risk Factors In A Chinese Population In Hong Kong. *Br J Psychiat*. 2004;184(1):34-40.

215. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, Course, and Risk Factors For Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol.* 2007;110(5):1102-12.
216. Salgın A. Effects of Postpartum Depression On Breastfeeding and Child Development. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2011;70(3).
217. Efe-Yaman Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye’de Postnatal Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2009;10:14-20.
218. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal Depressive Symptoms At 2 To 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices. *Arch Pediat Adol Med.* 2006;160(3):279-84.
219. Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, Murray L. Exposure To Postnatal Depression Predicts Elevated Cortisol In Adolescent Offspring. *Biol Psychiat.* 2004;55(4):376-81.
220. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, team As. Paternal Depression In The Postnatal Period and Child Development: A Prospective Population Study. *Lancet.* 2005;365(9478):2201-5.
221. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression In Men In The Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(4):390-8.
222. Beck CT. Postpartum Depressed Mothers' Experiences Interacting With Their Children. *Nurs Res.* 1996;45(2):98-104.
223. Field T. Infants of Depressed Mothers. *Infant Behav Dev.* 1995;18(1):1-13.
224. Armstrong KL, Van Haeringen AR, Dadds MR, Cash R. Sleep Deprivation or Postnatal Depression In Later Infancy: Separating The Chicken From The Egg. *J Paediatr Child H.* 1998;34(3):260-2.
225. Tully E, Iacono W, McGue M. An Adoption Study of Parental Depression As An Environmental liability For Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders. *Am J Psychiatry.* 2008;165(9):1148-54.
226. Markowitz JC. Depressed Mothers, Depressed Children. *Am J Psychiatry.* 2008;165(9):1086-8.
227. Pilowsky D, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes C, Garber J, et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR* D-Child Study. *Am J Psychiatry.* 2008;165(9):1136-47.

228. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, et al. Paternal Depression: An Examination of Its Links With Father, Child and Family Functioning In The Postnatal Period. *Depress Anxiety*. 2011;28(6):471-7.
229. Keitner GI, Miller IW. Family Functioning and Major Depression: An Overview. *Am J Psychiatry*. 1990;147(9):1128-37.
230. Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Fruzzetti AE. Family Functioning and The Course of Major Depression. *Compr Psychiat*. 1987;28(1):54-64.
231. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. Role of The Family In Recovery and Major Depression. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1002-8.
232. Leskela U, Rytala H, Komulainen E, Melartin T, Sokero P, Lestela-Mielonen P, et al. The Influence of Adversity and Perceived Social Support On The Outcome of Major Depressive Disorder In Subjects With Different Levels of Depressive Symptoms. *Psychol Med*. 2006;36(06):779-88.
233. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of Suicidality During Pregnancy and The Postpartum. *Arch Women Ment Hlth*. 2005;8(2):77-87.
234. Oates M. Perinatal Psychiatric Disorders: A Leading Cause of Maternal Morbidity and Mortality. *Brit Med Bull*. 2003;67(1):219-29.
235. Schiff MA, Grossman DC. Adverse Perinatal Outcomes and Risk For Postpartum Suicide Attempt In Washington State, 1987–2001. *Pediatrics*. 2006;118(3):e669-e75.
236. Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae D, Regier D, Katzelnick D. Systematic Use of Patient-Rated Depression Severity Monitoring: Is It Helpful and Feasible In Clinical Psychiatry? *Psychiat Serv*. 2008;59(10):1148-54.
237. Trivedi MH. Tools and Strategies For Ongoing Assessment of Depression: A Measurement-Based Approach To Remission. *J Clin Psychiat*. 2008;70:26-31.
238. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Tarama Yöntemleri. *Dicle Med J*. 2012;39(3).
239. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2008.
240. Sit DK, Wisner KL. The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):456.
241. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The Onset of Postpartum Depression: Implications For Clinical Screening In Obstetrical and Primary Care. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):522-6.

242. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HIM, Conwell Y. Detection of Postpartum Depressive Symptoms By Screening At Well-Child Visits. *Pediatrics*. 2004;113(3):551-8.
243. Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying Women At-Risk For Postpartum Depression In The Immediate Postpartum Period. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(5):338-46.
244. Teissèdre F, Chabrol H. Detecting Women At Risk For Postnatal Depression Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale At 2 To 3 Days Postpartum. *Can J Psychiat*. 2004;49(1):51-4.
245. Hill C. An Evaluation of Screening For Postnatal Depression Against NSC Criteria. London (UK): UK National Screening Committee 2010.
246. Shakespeare J. Evaluation of Screening For Postnatal Depression Against The NSC Handbook Criteria. London (UK): National Screening Committee. 2001.
247. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, et al. Efficacy and Safety of Screening For Postpartum Depression. 2013.
248. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, et al. Outcome of A Postnatal Depression Screening Programme Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale: A Randomized Controlled Trial. *J Public Health*. 2010;fdq075.
249. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer BS, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary. 2005.
250. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and Utility of The PRIME-MD Patient Health Questionnaire In Assessment of 3000 Obstetric-Gynecologic Patients: The PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(3):759-69.
251. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity & Women's Health Care*: Mosby; 2004.
252. Berle JQ, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Current Women's Health Reviews*. 2011;7(1):28.
253. Di Scalea TL, Wisner KL. Antidepressant Medication Use During Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):483.
254. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al. Canadian Network For Mood And Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines For The Management of Major Depressive Disorder In Adults.: III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord*. 2009;117:S26-S43.

255. Berle JQ, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsten K, Spigset O. Breastfeeding During Maternal Antidepressant Treatment With Serotonin Reuptake Inhibitors: Infant Exposure, Clinical Symptoms, and Cytochrome P450 Genotypes. *J Clin Psychiat.* 2004;65(9):1228-34.
256. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of Psychotropic Medications In Treating Mood Disorders During Lactation. *CNS Drugs.* 2006;20(3):187-98.
257. Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. A Light In The Fog: Caring For Women With Postpartum Depression. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47(5):318-30.
258. Briggs GG, Ambrose PJ, Ilett KF, Hackett LP, Nageotte MP, Padilla G. Use of Duloxetine In Pregnancy and Lactation. *Ann Pharmacother.* 2009;43(11):1898-902.
259. Fortinguerra F, Clavenna A, Bonati M. Psychotropic Drug Use During Breastfeeding: A Review of The Evidence. *Pediatrics.* 2009;124(4):e547-e56.
260. Davis MF, Miller HS, Nolan PE, Jr. Bupropion Levels In Breast Milk For 4 Mother-Infant Pairs: More Answers To Lingering Questions. *J Clin Psychiat.* 2009;70(2):297-8.
261. Newport DJ, Ritchie JC, Knight BT, Glover BA, Zach EB, Stowe ZN. Venlafaxine In Human Breast Milk And Nursing Infant Plasma: Determination of Exposure. *J Clin Psychiat.* 2009;70(9):1304.
262. Marakoğlu K, Özdemir S, Selma Ç. Postpartum Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2009;29(1):206-14.
263. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Barcelona: Wonca Europe 2005.
264. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of The 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiat.* 1987;150(6):782-6.
265. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bahar Sempozyumları.* 1996;1:51-2.
266. Aydın N, İnandı T, Yigit A, Hodoğlu NNS. Validation of The Turkish Version of The Edinburgh Postnatal Depression Scale Among Women Within Their First Postpartum Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(6):483-6.
267. Corapcıoğlu A, Ozer GU. Adaptation of Revised Brief PHQ (Brief-PHQ-R) For Diagnosis of Depression, Panic Disorder and Somatoform Disorder In Primary Healthcare Settings. *Int J Psychiat Clin.* 2004;8(1):11-8.
268. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2013.

269. Doğum İstatistikleri, 2013: Türkiye İstatistik Kurumu; 2013 [01.01.2015]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>.
270. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G. Are Family Physicians Appropriately Screening For Postpartum Depression? *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(2):104-12.
271. LaRocco-Cockburn A, Melville J, Bell M, Katon W. Depression Screening Attitudes and Practices Among Obstetrician–Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5, Part 1):892-8.
272. Wiley CC, Burke GS, Gill PA, Law NE. Pediatricians' Views of Postpartum Depression: A Self-Administered Survey. *Arch Women Ment Hlth.* 2004;7(4):231-6.
273. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The Prevalence of Early Postpartum Psychiatric Morbidity In Dubai: A Transcultural Perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(5):428-32.
274. Jadresic E, Araya R. Prevalence of Postpartum Depression and Associated Factors In Santiago, Chile. *Rev Med Chile.* 1995;123(6):694-9.
275. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-Natal Depression In An Urban Area of Portugal: Comparison of Childbearing Women and Matched Controls. *Psychol Med.* 1996;26(01):135-41.
276. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and Characteristics of Postpartum Depression Symptomatology Among Canadian Women: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health.* 2011;11(1):302.
277. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression In A Population-Based Sample of Women In Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pac J Trop Med.* 2014;7(3):244-9.
278. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Compr Psychiatry.* 2011;52(4):343-51.
279. Pawar G, Wetzker C, Gjerdingen D. Prevalence of Depressive Symptoms In The Immediate Postpartum Period. *J Am Board Fam Pract.* 2011;24(3):258-61.
280. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence Rates and Demographic Characteristics Associated With Depression In Pregnancy and The Postpartum. *J Consult Clin Psych.* 1989;57(2):269.
281. Whiffen VE. Vulnerability To Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *J Abnorm Psychol.* 1988;97(4):467.

282. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum Psychiatric Illness In Arab Culture: Prevalence and Psychosocial Correlates. *Br J Psychiat.* 1997;171(1):65-8.
283. Ozdemir S, Marakoglu K, Civi S. Risk of Postpartum Depression and Affecting Factors in Konya Center. *TAF-Preventive Medicine Bulletin.* 2008;7(5):391.
284. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal Depression In Turkey: Epidemiological and Cultural Aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):125-9.
285. Bugdayci R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AÖ, Öner S. A Cross-Sectional Prevalence Study of Depression At Various Times After Delivery In Mersin Province In Turkey. *J Womens Health.* 2004;13(1):63-8.
286. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas city (Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri). *Cumhuriyet Tıp Derg.* 2004;26:55-9.
287. Kirpinar I, Gozum S, Pasinlioglu T. Prospective Study of Postpartum Depression In Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic and Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety and Early Awareness. *J Clin Nurs.* 2010;19(3-4):422-31.
288. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal.* 2011;2011(4):385-93.
289. Arslantaş A, Ergin F, Balkaya NA. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *ADÜ Tıp Fak Derg.* 2009;10(3):13-22.
290. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of Postpartum Depression In Edirne, Turkey, and Related Factors. *J Reprod Med.* 2004;49(11):908-14.
291. Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and Associated Factors Among Women Within Their First Postnatal Year In Erzurum Province In Eastern Turkey. *Women & Health.* 2005;41(2):1-12.
292. Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. Risk Factors For Postpartum Depression In A Well-Child Clinic: Maternal And Infant Characteristics Bir Sağlıklı Çocuk Polikliniğinde Doğum Sonrası Depresyonda Risk Faktörleri: Anneye ve Bebeğe Ait Özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2008;61(01).
293. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Depression Screening and Risk Factors For Depression In Mothers With 0-1 Year Old Babies Who Admitted To The Healthy Baby Outpatient Clinic. *Bakırköy Tıp Derg.* 2012;8(1):12-21.

294. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish Women For Postpartum Depression Within The First Postpartum Year: The Risk Profile Of A Community Sample. *Public Health Nurs.* 2007;24(2):176-83.
295. Arslan A. Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
296. Kara B, Ünalın P, Çifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is There A Role For The Family and Close Community To Help Reduce The Risk of Postpartum Depression In New Mothers? A Cross-Sectional Study of Turkish Women. *Matern Child Hlth J.* 2008;12(2):155-61.
297. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk Factors For Depression In The First Postnatal Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(9):725-30.
298. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From Antepartum To Postpartum: A Prospective Study On The Prevalence of Peripartum Depression In A Semiurban Turkish Community. *J Reprod Med.* 2006;51(12):955-60.
299. Kırkan TS. Gebelik Ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması (Uzmanlık Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2014.
300. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Patient Preference For Counselling Predicts Postpartum Depression: A Prospective 1-Year Follow Up Study In High-Risk Women. *J Affect Disord.* 2004;83(1):43-8.
301. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics.* 2004;113(6):e523-e9.
302. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas city (Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri). *Cumhuriyet Tıp Derg.* 2004;26:55-9.
303. Atasoy N, Bayar Ü, Hakan S, Konuk N, Levent A, Barut A, et al. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik Ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics.* 2004;14(5):252-7.
304. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum Depression and Mother–Infant Relationship At 3 Months Old. *J Affect Disord.* 2002;70(3):291-306.
305. Eren Tİ. Postpartum Depresyon: Prevalansı, ve Sosyodemografik Risk Faktörleri (Uzmanlık Tezi). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2007.

306. Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır. 2002;23-8.
307. Erbay DP. Yarı Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2002;8:862-5.
308. Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of The Postpartum Depression Screening Scale In A Collaborative Obstetric Practice. J Midwifery Womens Health. 2007;52(5):429-34.
309. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-Cultural Experiences of Maternal Depression: Associations and Contributing Factors For Vietnamese, Turkish And Filipino Immigrant Women In Victoria, Australia. Ethn Health. 2003;8(3):189-206.
310. Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A Cross-Sectional Study of Early Identification of Postpartum Depression: Implications For Primary Care Providers From The Ontario Mother & Infant Survey. BMC Fam Pract. 2002;3(1):5.
311. Sünter AT, Güz H, Ordulu F, Öz H, Pekşen Y. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2002:855-8.
312. Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates of Self-Reports of Being Very Depressed In The Months After Delivery: Results From The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Hlth J. 2002;6(4):247-53.
313. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis of Recent Literature. Gen Hosp Psychiat. 2004;26(4):289-95.
314. Pfost KS, Stevens MJ, Lum CU. The Relationship of Demographic Variables, Antepartum Depression, and Stress To Postpartum Depression. J Clin Psychol. 1990;46(5):588-92.
315. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic Predictors of Antenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Women In A Medical Group Practice. J Epidemiol Commun H. 2006;60(3):221-7.
316. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining The Relationship Between Antenatal Anxiety and Postnatal Depression. J Affect Disord. 2007;101(1):169-74.
317. Kuscü MK, Akman I, Karabekiroğlu A, Yurdakul Z, Orhan L, Özdemir N, et al. Early Adverse Emotional Response To Childbirth In Turkey: The Impact of

- Maternal Attachment Styles and Family Support. *J Psychosom Obst Gyn*. 2008;29(1):33-8.
318. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors For Early Postpartum Depressive Symptoms. *Gen Hosp Psychiat*. 2006;28(1):3-8.
319. Boyce PM. Risk Factors For Postnatal Depression: A Review and Risk Factors In Australian Populations. *Arch Women Ment Hlth*. 2003;6(2):s43-s50.
320. Weissman MM, Kidd KK, Prusoff BA. Variability In Rates of Affective Disorders In Relatives of Depressed And Normal Probands. *Arch Gen Psychiat*. 1982;39(12):1397-403.
321. Levinson DF. The Genetics of Depression: A Review. *Biol Psychiat*. 2006;60(2):84-92.
322. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk Factors and Predictive Signs of Postpartum Depression. *J Affect Disord*. 1998;49(3):167-80.
323. Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J. Complex Emotions, Complex Problems: Understanding The Experiences of Perinatal Depression Among New Mothers In Urban Indonesia. *Cult Med Psychiat*. 2007;31(1):101-22.
324. Pope S. Postnatal Depression: A Systematic Review of Published Scientific Literature To 1999: An Information Paper: National Health and Medical Research Council; 2000.
325. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal Depression Among Mothers In The United Arab Emirates: Socio-Cultural and Physical Factors. *Psychol Health Med* 2006;11(4):425-31.
326. Bingöl TY, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2007;10(3).
327. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikol Derg*. 1995;34:17-25.
328. Yağmur Y, Ulukoca N. Social Support and Postpartum Depression In Low-Socioeconomic Level Postpartum Women In Eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010;55(6):543-9.
329. Sabri H, Erdinç Ç, Ali A, Arzu H, Rahmi Ö. Association of Delivery Type With Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2014;27(1):15-20.
330. Beck CT. A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nurs Res*. 1996;45(5):297-303.

331. Christensen AL, Stuart EA, Perry DF, Le HN. Unintended Pregnancy and Perinatal Depression Trajectories In Low-Income, High-Risk Hispanic Immigrants. *Prev Sci*. 2011;12(3):289-99.
332. Kaya L. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum Depresyon Yaşamalarına Etkisi 2014.
333. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and Validation Study of The Iranian Version. *BMC Psychiatry*. 2007;7(1):11.
334. Hau FW, Levy VA. The Maternity Blues and Hong Kong Chinese Women: An Exploratory Study. *J Affect Disord*. 2003;75(2):197-203.
335. Edhborg M, Matthiesen AS, Lundh W, Widström AM. Some Early Indicators For Depressive Symptoms and Bonding 2 Months Postpartum—A Study of New Mothers and Fathers. *Arch Women Ment Hlth*. 2005;8(4):221-31.
336. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links Between Early Post-Partum Mood and Post-Natal Depression. *Br J Psychiat*. 1992;160(6):777-80.
337. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The Treatment of Postpartum Depression: Minimizing Infant Exposures. *J Clin Psychiat*. 2002;63:31-44.
338. Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. The Relationship Between Breast Feeding and Depression In The Early Postpartum Period. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. 2014;48(2):125-32.
339. Emerson BL, Bradley ER, Riera A, Mayes L, Bechtel K. Postpartum Depression Screening In The Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2014;30(11):788-92.
340. Yawn BP, Pace W, Wollan PC, Bertram S, Kurland M, Graham D, et al. Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women. *J Am Board Fam Med*. 2009;22(5):483-91.
341. Cox JL, Holden J. Perinatal Psychiatric: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Gaskell; 1996.
342. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sanchez SE, Garcia PJ, Sanchez E, et al. Comparative Performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale For Screening Antepartum Depression. *J Affect Disord*. 2014;162:1-7.
343. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Changes In Depressive Symptoms Over 0–9 Months Postpartum. *J Womens Health*. 2011;20(3):381-6.
344. Flynn HA, Sexton M, Ratliff S, Porter K, Zivin K. Comparative Performance of The Edinburgh Postnatal Depression Scale and The Patient Health

- Questionnaire-9 In Pregnant and Postpartum Women Seeking Psychiatric Services. *Psychiat Res.* 2011;187(1):130-4.
345. Weobong B, Akpalu B, Doku V, Owusu-Agyei S, Hurt L, Kirkwood B, et al. The Comparative Validity of Screening Scales For Postnatal Common Mental Disorder In Kintampo, Ghana. *J Affect Disord.* 2009;113(1):109-17.
 346. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening For Depression In The Postpartum Period: A Comparison of Three Instruments. *J Womens Health.* 2008;17(4):585-96.
 347. Davis K, Pearlstein T, Stuart S, O'Hara M, Zlotnick C. Analysis of Brief Screening Tools For The Detection of Postpartum Depression: Comparisons of The PRAMS 6-Item Instrument, PHQ-9, and Structured Interviews. *Arch Women Ment Hlth.* 2013;16(4):271-7.
 348. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med.* 2009;7(1):63-70.
 349. Sidebottom AC, Harrison PA, Godecker A, Kim H. Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 For Prenatal Depression Screening. *Arch Women Ment Hlth.* 2012;15(5):367-74.
 350. Lai BP, Tang AK, Lee DT, Yip AS, Chung TK. Detecting Postnatal Depression In Chinese Men: A Comparison of Three Instruments. *Psychiat Res.* 2010;180(2):80-5.

EKLER

EK 1: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	0-1 Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık anketinin Karşılaştırılması	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
	Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

27 Ağustos 2014



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	0-1 Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık anketinin Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:13-591-14	Tarih: 22 Ağustos 2014		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Not: Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli kalması için anket çalışmalarında Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun doldurulması gerekmektedir. Öneri: Sosyodemografik veri formundaki bilgilerin ad, soyad yerine baş harf veya kod verilerek alınması kişilerin özel bilgilerinin korunması için faydalı olacaktır.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	M. Melli
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yurdaydin
Prof.Dr.Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Gürel
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Torlak
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Atbaşoğlu
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Öztürk
Prof.Dr.Serap SIVRİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Sivri
Prof.Dr.Zarife ŞENÖCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Şenöcak
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Çakır
Prof.Dr.Güngör UTKAN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Utkan
Doç.Dr.A. Ruhi SOYLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Soylu
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Öztuna
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Kutlay
Uz.Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İlgili
Mühübe SUTAY	İşletme	-	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	Sutay

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

27 Ağustos 2014



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

1-Ad, Soy ad:

2-Telefon:

3-Yaş:

4-Medeni Hal: 1- Evli 2- Bekar 3- Dul/Boşanmış 4-Dini Nikah

5-Çocuk Sayınız:

6-Öğrenim Durumu:

0-Okumadım 1-İlköğretim 2-Lise 3-Yüksek Okul-Üniversite 4- Lisansüstü

7-Mesleğiniz: 1- Ev Hanımı 2-Diğer..... (Belirtiniz)

8-Çalışma Durumunuz: 0-Çalışmıyorum 1-Doğum İznindeyim 2-Çalışıyorum

9-Çalışmıyor İseniz Tekrar İşe Başlamayı Düşünüyor Musunuz ?

0-Hayır 1- Evet (Bebeğim..... Aylık Olduğunda)

10-Sağlık Güvenceniz Var Mı? 0-Hayır 1-Evet

11-Aylık Hane Gelirinizi Belirtiniz

1) 0-899 TL 2)900-1799 TL 3)1800-2699 TL 4)2700 TL Ve Üzeri

12-Sigara Kullanıyor Musunuz? 0-Hayır 1-Evet

13-Alkol Kullanıyor Musunuz? 0-Hayır 1-Evet

14-Madde Kullanıyor Musunuz? 0-Hayır 1-Evet

15-Herhangi Bir Hastalığınız Var Mı? (Hipertansiyon, Diyabet, Guatr Vb.)

0-Yok 1-Var (Varsa Belirtiniz)

16-Psikiyatrik Bir Hastalığınız Var Mı? (Varsa Belirtiniz)

0-Yok 1-Var

17-Hayatınızın Bir Döneminde Hiç Depresyon Geçirdiniz Mi?

0-Hayır 1-Evet (Gebelik Dışında) 2- Evet (Gebelikte) 3-Evet (Doğum Sonrası)

18-Hayatınızın Bir Döneminde Hiç Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu Geçirdiniz Mi?

0-Hayır 1-Evet (Gebelik Dışında) 2- Evet (Gebelikte) 3-Evet (Doğum Sonrası)

19-Sürekli Kullandığınız İlaç Var Mı?

0-Hayır 1-Evet (İlacın Adı Ve Dozu).....

20-Ailenizde Psikiyatrik Hastalığı Olan Var Mı?

0-Hayır 1-Evet (Yakınlık Derecesini Belirtiniz)

21-Doğum Sonrası Kontrollerinizde Aile Hekiminiz Ruhsal Açıdan Durumunuzu Sorguladı Mı? 0-Hayır 1-Evet

22-Doğum Sonrası Kontrollerinizde Kadın-Doğum Doktorunuz Ruhsal Açıdan Durumunuzu Sorguladı Mı? 0-Hayır 1-Evet

23-Eşinizle İletişiminiz Konusunda Zorluk Yaşıyor Musunuz?

0-Hayır 1-Evet (Ne Gibi Belirtiniz).....

24-Annenizle İletişiminiz Konusunda Zorluk Yaşıyor Musunuz?

0-Hayır 1-Evet (Ne Gibi Belirtiniz).....

25-Eşinizin Ailesi İle İletişiminiz Konusunda Zorluk Yaşıyor Musunuz?

0-Hayır

1-Evet (Ne Gibi Belirtiniz).....

26-Çevrenizden Sosyal Destek Alıyor Musunuz? 0-Hayır 1-Evet

27-Bebğiniz Kaç Aylık:.....Ay

28-Bebğinize İsteyerek Mi Hamile Kaldınız? 0-Hayır 1-Evet

29-Bebğinize Yardımcı Üreme Desteği (Ovulasyon İndüksiyonu, Tüp Bebek) İle Mi Hamile Kaldınız? 0-Hayır 1-Evet

30-Bebğinizin Doğum Şekli : 1- Normal Doğum 2-Sezaryen

31-Bebğiniz 1- Zamanında 2- Erken 3- Geç Doğdu

32-Bebğinizin Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kız

33-Bebğinizde Sağlık Sorunu Var Mı?

0-Yok

1-Var (Varsa Belirtiniz)

34-Bebğinizi Ne İle Besliyor Musunuz? (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz)

1-Anne Sütü

2-Mama

3-Ek Gıda

35-Bebğinizin Bakımı Konusunda Zorluk Yaşıyor Musunuz?

0-Hayır

1-Evet (Ne Gibi Belirtiniz).....

Anket Bitti, Teşekkürler...

EK 3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorluk çekiyorum.

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

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9. Öyle mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK 4: Hasta Sağlık Anketi-9

<u>Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı “✓” işaretiyle gösteriniz)</u>	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk ve ya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz ve ya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz ve ya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız ve ya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3