



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ KADINLARDA
POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Aysunde Aypar ÇALIK

**Ocak 2024
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ KADINLARDA
POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aysunde Aypar ÇALIK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet ERGİN

Denizli, 2024

ÖZET

DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Aysunde Aypar ÇALIK
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Ahmet ERGİN
Ocak 2024, 76 Sayfa

Giriş ve Amaç: Kadın için önemli birçok biyolojik değişimin yaşandığı postpartum dönem, hem psikolojik hem de sosyal açıdan farklılıkların gözlemlendiği komplike bir yaşam dönemidir. Bu dönemin ilk 6 ayı hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyen postpartum depresyon açısından yüksek risklidir. Bu sebeple de tüm dünya için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aile sağlığı merkezlerinde yapılacak öz bildirim ölçekleri sayesinde riski saptanarak, önlem alınabilmektedir. Bu çalışmanın amacı Denizli il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyon belirtisi ile ilişkili faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmaya 15 Ağustos 2022-15 Ağustos 2023 tarihleri arasında Denizli il merkezinden seçilen 8 aile sağlığı merkezine başvuran gönüllü 150 kadın katıldı. Katılımcılardan yazılı onam alındıktan sonra sosyo-demografik verileri içeren anket formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde ve ortalama veya ortanca değerler ile sunulmuştur. Bağımlı değişken ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki ki-kare ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamaları $31,80 \pm 4,11$ yıl ve doğum sonrası ortalama ayları $3,30 \pm 1,53$ idi. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nden alınan en düşük puan 36, en yüksek puan 71 ve toplam puan ortalaması $49,09 \pm 7,62$ olarak saptandı. Ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'ne göre postpartum depresyon sıklığı %20 olarak bulunmuştur. Plansız gebelik, doğum sonrası bebeğin sağlık sorunu yaşaması, bebeğin uyku problemlerinin olması ve annenin aile büyükleriyle sorun yaşaması postpartum depresyon açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda postpartum depresyon sıklığı %20 olarak saptanmıştır. Planlamadan gebe kalan, bebeğinde uyku problemi olduğunu düşünen, bebeğinin sağlık sorunları olan ve aile büyükleriyle sorunlar yaşadığını ifade eden kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Taramalar sayesinde postpartum depresyon tanısının erken saptanması, uygun tedavinin seçilmesi ve psikososyal desteğe erkenden ulaşabilmesi çok önemlidir. Bu sayede hastalığın anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önüne geçilebilir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda önleme ve erken teşhis açısından postpartum depresyonu etkileyen sosyo-demografik, biyolojik ve kültürel faktörlerin daha kapsamlı olarak araştırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Halk Sağlığı, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Sıklık

ABSTRACT

PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION AND INFLUENCING FACTORS AMONG WOMEN IN THE CITY CENTER OF DENIZLI

CALIK, Aysunde Aypar

Master Thesis, Department of Public Health

Thesis Advisor: Prof. Ahmet ERGIN (PhD)

January 2024, 76 Pages

Introduction And Aim: The postpartum period, during which significant biological changes occur in women, represents a complex phase of life where both psychological and social differences are observed. The first 6 months of this period pose a high risk for postpartum depression, which negatively impacts the health of both the mother and the baby, making it a significant public health concern worldwide. Identification of this risk through self-report scales conducted in family health centers enables proactive measures to be taken. This study aims to determine the frequency of postpartum depression and associated factors among women in the city center of Denizli.

Materials And Methods: This cross-sectional study included 150 voluntary women who applied to 8 family health centers selected from the city center of Denizli between August 15, 2022, and August 15, 2023. After obtaining written consent from the participants, a questionnaire containing socio-demographic data and the Postpartum Depression Screening Scale, which has Turkish validity and reliability studies, was administered in face-to-face interviews. Descriptive findings were presented using numbers, percentages, and mean or median values. The relationship between the dependent and independent variables was assessed using chi-square and logistic regression analysis. A significance level of $p < 0.05$ was accepted statistically.

Results: The mean age of the participants in our study was 31.80 ± 4.11 years, with a mean postpartum period of 3.30 ± 1.53 months. The lowest score obtained from the Postpartum Depression Screening Scale was 36, the highest was 71, and the total score average was found to be 49.09 ± 7.62 . According to the Postpartum Depression Screening Scale, the frequency of postpartum depression was 20%. Unplanned pregnancy, the baby experiencing health issues after birth, the presence of the baby's sleep problems, and the mother having issues with extended family members were identified as risk factors for postpartum depression.

Conclusion: The frequency of postpartum depression in our study was determined to be 20%. It has been found that the risk of postpartum depression is higher in women who got pregnant without planning, who think their baby has sleep problems, whose baby has health problems, and who state that they have problems with their family elders. Early detection of postpartum depression through screenings is crucial for selecting appropriate treatment and accessing psychosocial support promptly. This approach can help mitigate the negative impacts of the condition on the mother, baby, and family. Future studies are recommended to comprehensively investigate socio-demographic, biological, and cultural factors that influence postpartum depression for prevention and early diagnosis purposes.

Keywords: Postpartum Depression, Public Health, Postpartum Depression Screening Scale, Frequency

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, bilgi birikimiyle yolumu aydınlatan ve ilham kaynağım olan birlikte çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum değerli danışman hocam Prof. Ahmet ERGİN'e,

Yüksek lisans eğitimimde bana emek veren ve desteğini üzerimde hissettiğim çok değerli ana bilim dalı hocalarıma,

Çalışmama değerli katkılarda bulunan ve her zaman yanımda olan Fzt. Özlem Işık'a,

Tez çalışmama katkıda bulunan tüm arkadaşlarıma ve katılımcılara,

Beni bugünlere getiren tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan ve destekleyen canım aileme,

Ve her daim izinden gitmeye çalıştığım Başöğretmen Mustafa Kemal Atatürk'e

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Fzt. Aysunde Aypar ÇALIK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
SİMGE VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1. Annelik Hüzünü.....	6
2.2. Postpartum Depresyon	7
2.2.1. Dünya’da ve ülkemizde postpartum depresyon.....	8
2.2.2. Postpartum depresyonun etiyolojisi	11
2.2.2.1. Biyolojik etmenler	11
2.2.2.2. Psikolojik etmenler	13
2.2.2.3. Sosyokültürel etmenler	15
2.2.3. Postpartum depresyon belirtileri.....	17
2.2.4. Postpartum depresyonun taranması.....	18
2.2.5. Postpartum depresyon tedavisi	20
2.2.5.1. Psikoterapötik tedavi	21
2.2.5.2. Farmakolojik tedavi	22
2.2.5.3. Elektrokonvülfif tedavi.....	23
2.3. Postpartum Psikoz	24
2.4. Hipotez.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	27
3.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	28
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	31
3.5.1. Sosyodemografik veri anket formu	31
3.5.2. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği.....	31
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.7. İstatistiksel Analiz.....	32
3.8. Araştırma Onayı.....	33
4. BULGULAR	34
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	34
4.2. Sonuçlara İlişkin Bulgular	43
4.2.1. Postpartum depresyonu etkileyen etmenler	43
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ	63
7. KAYNAKLAR	65
8. ÖZGEÇMİŞ	76
EKLER	
Ek-1 Sosyodemografik Veri Anket Formu	
Ek-2 Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği	
Ek-3 Etik Kurul Onay Formu	
Ek-4 İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	

ŞEKİLLER

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı..... 35
Tablo 4.2.	Katılımcıların gebelik dönemi ve doğum ile ilgili verileri..... 36
Tablo 4.3.	Bebeklere ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı 37
Tablo 4.4.	Katılımcıların doğum sonrası dönemleriyle ilgili veriler..... 38
Tablo 4.4.Devam	Katılımcıların doğum sonrası dönemleriyle ilgili veriler..... 39
Tablo 4.5.	Katılımcıların doğum öncesi fiziksel aktivite geçmişleri..... 40
Tablo 4.6.	Katılımcıların doğum sonrası fiziksel aktivite geçmişleri..... 41
Tablo 4.7.	Katılımcıların geçmiş psikiyatrik bilgileri..... 42
Tablo 4.8.	Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği sonuçları... 43
Tablo 4.9.	Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği sonuçlarına göre dağılım..... 43
Tablo 4.10.	Sosyo-demografik özelliklere göre postpartum depresyon riski..... 44
Tablo 4.11.	Gebelik ve doğuma ilişkin özelliklere göre postpartum depresyon riski..... 45
Tablo 4.12.	Bebeğe ilişkin özelliklere göre postpartum depresyon riski..... 46
Tablo 4.13.	Doğum sonrası dönemin özelliklere göre postpartum depresyon riski..... 47
Tablo 4.13. Devam	Doğum sonrası dönemin özelliklere göre postpartum depresyon riski..... 48
Tablo 4.14.	Doğum öncesi fiziksel aktivite geçmişlerine göre postpartum depresyon riski..... 49
Tablo 4.15.	Doğum sonrası fiziksel aktivite geçmişlerine göre postpartum depresyon riski..... 50
Tablo 4.16.	Katılımcıların psikiyatrik geçmişlerine göre postpartum depresyon riski..... 51
Tablo 4.17.	Katılımcıların postpartum depresyon riskine ilişkin faktörlerin çoklu lojistik regresyon analizi..... 52

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DDTÖ	Doğum Sontası Depresyon Tarama Ölçeği
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
EKT	Elektrokonvülfik Tedavi
EPDÖ	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
ICD-10	International Classification of Disease 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10)
Max	Maksimum
Min	Minimum
N	Evren
n	Sayı
Ort.	Ortalama
p	Anlamlılık Değeri
PPD	Postpartum Depresyon
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
SS	Standart Sapma
%	Yüzde

1.GİRİŞ

Kadın için önemli birçok biyolojik değişimin yaşandığı gebelik ve postpartum dönem, hem psikolojik hem de sosyal açıdan farklılıkların gözlemlendiği komplike bir yaşam dönemidir. Bu dönemi yaşayan kadınların genetik veya psikososyal yönden bir yatkınlık ya da duyarlılıkları var ise depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların görülebilmek oranı da artış göstermektedir (Çınar ve ark., 2023). Doğum sonrası kadında ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar hem çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemekte hem de kadında belirgin hastalıklara yol açmaktadır (Dilbaz ve ark., 2007).

Doğum sonrası dönemde gelişen psikiyatrik hastalıkların sınır hatları çok net çizilememiş olmakla birlikte; doğum sonrası annelik hüznü, postpartum depresyon(PPD) ve doğum sonrası psikozu olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Gülseren 1999).

Belirli bir tanımı olmayan annelik hüznü; doğumu takip eden ilk günlerde annede gözlemlenen kendini ağlamaklı, depresyonda, mutsuz, sinirli, iştahsız, uykusuz, kararsız ve bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetme duyguları ile karakterizedir. Kadınların doğumdan sonraki günlerde yaşadıkları duygusal dalgalanma olarak tanımlanan postpartum annelik hüznü son derece sık görülen bir durumdur ve doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınların %50'sinde veya daha fazlasında ortaya çıkmaktadır (Howard ve ark., 2014). Bu durum genellikle doğumu takip eden 2. ve 4. günler içinde gözlemlenip, birkaç saatten 2 haftaya kadar devam edebilen bir dönemdir (O'Hara ve Wisner 2014).

Doğum sonrası dönemde sık gözlemlenen postpartum annelik hüznünün belirtileri; nedensiz ve çabuk ağlama nöbetleri, uyku düzeninde bozukluklar, ani ve beklenmeyen ruhsal durum değişimi, derin bir huzursuzluk veya memnuniyetsizlik hali, hüznü, sinirlilik hali, çaresizlik hissi, baş ağrısı, odaklanmada güçlük, unutkanlık, iştahsızlık, yalnız kalma isteği, yalnızlık hissi, patolojik derecede zihin bulanıklığı,

sersemleme, bebeğine karşı duygu ve ilgi eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, dış etkenlere karşı fazla duyarlılık, anksiyete ve depresif duygu durumu, hayal kırıklıkları, üzgün olma, gergin olma, kayıp ve keder duygusu yaşamak olarak gözlemlenmektedir. Anneye ve aileye gözlenen bu belirtilerin normal olduğu her lohusa kadında gözlenebileceği ve iki hafta içerisinde geçeceği anlatılmalıdır (O'Hara ve Wisner 2014, Moyo ve Djoda 2020).

PPD ise doğumu takip eden 2 ila 3. haftada belirtileri ortaya çıkan ve 12. aya kadar varlığını sürdürebilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (Hahn Holbrook ve ark., 2018). Annelerde PPD; sürekli ağrı varlığı, yorgunluk, iştahsızlık yada fazla iştah durumu, fazla takıntılı hal, gerginlik ve sinirlilik hali, çocuğuna karşı kin ve düşmanlık hissetme, bebeği emzirmeme, olması gerektiğinden az emzirme, emzirmeye isteksizlik, emzirmeden tiksime, kendisi ve ailesine karşı sorumluluklarını yerine getiremeyeceğini düşünmek, yetememe korkusu, hayattan tat alamama ve yaşamak için nedeni olmadığını düşünme gibi klinik özellikler ile karakterizedir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Yıldırım ve ark., 2004).

PPD, DSM-5' e göre peripartum başlangıçlı major depresif bozukluk olarak tanımlanırken gebelik döneminde veya doğumu takip eden 4 haftaya kadar görüldüğünde PPD olarak adlandırılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020). PPD sıklığı yapılan çalışmaların çoğunda %10-15 arasında bildirilmiştir (Danacı ve ark. 2000). Sağlıklı insan yaşamını, yaşam kalitesini ve yaşam güvenliğini ciddi bir şekilde tehlikeye atması nedeniyle anne, bebek ve geriye kalan diğer aile üyeleri için çok önemli bir hastalıktır.(Beck 2001, Cantwell ve Cox 2003, McIntosh ve ark. 2001).

PPD kadının özsaygısını, becerilerini, aile ve eşi ile ilgili sorumluluklarını ve rollerini, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Beck 1999, Britton ve ark. 2001). Bu bozukluğun erken teşhisi ve tedavisi; gözden kaçırıldığında çocukların gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceği için önemlidir (Ayvaz ve ark. 2006).

Tedavisinde hastalığın şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülfiz tedaviden (EKT) faydalanılmaktadır (Yıldırım ve ark. 2004, Gülseren 1999).

Doğumdan sonraki dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardan en şiddetlisi olan postpartum psikozun başlangıcı, sıklıkla doğumu takip eden 2. haftadan

sonradır (Gülseren 1999, Parry 1995). Postpartum psikozun klinik tablosu genellikle depresyon, hezeyanlar ve kadında kendine ya da bebeğe karşı öfke ve zarar verme düşünceleri ile karakterizedir. Bu durumdaki bazı annelerin düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri unutulmamalı ve dikkatli olunmalıdır (Wisner ve ark., 2002, Sadock ve Sadock, 2003).

Postpartum psikoz, 1000 canlı doğumda 1-2 gibi düşük bir oranda gözlenmesine rağmen sonuçları sebebiyle hızlı bir şekilde tespit edilerek önlem alınması ve tedavi edilmesi gereken psikiyatrik acil hastalıklardandır. Postpartum psikoz tanılı hastaların %2'si intihar sebebiyle hayatını kaybederken, %4'ünün bebeğini öldürmeye teşebbüs davranışı sergilediği görülmektedir (Demirkol ve ark., 2018).

Literatürdeki bilgilerin çoğunluğu postpartum psikoz, bipolar bozukluklar ve major depresif bozukluk gibi duygu-durum bozukluklarının yakından ilişkisi olduğunu bizlere göstermektedir (Wisner ve ark., 2002, Sadock ve Sadock, 2003).

1.1 Amaç

Literatürde PPD'un pek çok farklı yönüne (gebelerde peripartum ve PPD durumları, sıklığı, sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi, ruhsal belirtileri ve tarama yöntemleri, emzirme öz yeterliliğine etkisi, sosyodemografik risk faktörleri, doğum memnuniyeti ile ilişkisi, annelik rolü, uyku, covid-19 ile ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşam kalitesi vb.) ilişkin çalışmalara (Aktaş ve ark., 2016; Çınar ve ark., 2023; Brummelte, 2015; Demir, 2016; Savaş, 2023; Şahin ve ark., 2021; Özalp, 2021; Türkeli, 2022; Kolukırmık ve ark., 2018; İmancioğlu, 2021; Özel ve ark., 2019; Erçel, 2019; Kurt ve ark., 2023) yer verilmesine rağmen Denizli ilindeki kadınlarda PPD sıklığı ve buna sebep olan faktörleri ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmamızda; Denizli il merkezinde yaşayan, doğum sonrası dönemde bulunan kadınlarda PPD sıklığı ve etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmış ve literatüre yeni bir bilgi kazandırılması hedeflenmiştir.

Çalışma sonucundan elde edilecek bilgiler dâhilinde; Denizli ilindeki kadınların PPD hastalığı için önleyici ve tedavi edici uygulamalar planlanmasına, halk sağlığı

açısından etkileyen faktörlerin belirlenerek ortadan kaldırılmasına ya da etkilerinin azaltılmasına destek olmayı amaçlamaktayız. Ayrıca bu alanda yapılan epidemiyolojik izlem çalışmalarıyla birlikte literatüre katkı sağlayabileceğimizi düşünmekteyiz.

Bu çalışmada; Denizli il merkezindeki kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığı ve etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

1858 yılında ilk kez Victor Luis Marce gebelikte ve gebelik sonrası dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiğini öne sürmüştür. Postpartum dönem birçok kadının kendini hazırlıksız hissettiği bir geçiş aşamasıdır. Bu aşamada duygusal, biyolojik ve sosyal(fiziksel aktivite, kilo, cinsellik ve duygusal tepkilerdeki değişiklikler gibi) birçok değişikliğe maruz kalan kadınların sadece yarısından azı yeterli miktarda ilaç desteği ve psikolojik destek almaktadır (Spelke ve Erika Werner, 2018).

Doğumdan sonraki bu dönem “doğumun dördüncü aşaması” olarak adlandırılmaktadır ve birbirinden farklı üç sürekli aşamadan oluşmaktadır. “Başlangıç(akut) dönem” doğum sonrası ilk 6-12 saati kapsamaktadır. Bu dönem doğum sonrası kanama, rahim inversiyonu, amniyotik sıvı embolisi ve eklampsi gibi acil kriz potansiyeli taşıyan sorunların yaşanabileceği hızlı bir değişim zamanıdır (Romano, 2010).

İkinci aşama ise “subakut doğum sonrası dönem” olarak adlandırılmaktadır ve 2 ila 6 hafta arasında sürmektedir. Bu aşamada vücut hemodinamik ve genitoüriner iyileşme gösterirken aynı zamanda da metabolizma ve duygusal durum açısından büyük değişimler geçirmektedir. Bununla birlikte, değişiklikler akut doğum sonrası döneme göre daha yavaştır ve anne genellikle sorunlarını kendi kendine tanımlama yeteneğine sahiptir (Romano, 2010).

Üçüncü aşama ise 6 aya kadar sürebilen “gecikmiş doğum sonrası dönem”dir. Bu dönemdeki değişiklikler son derece kademelidir ve patoloji nadir olarak görülür. Bu aşama kas tonusunun ve bağ dokusunun hamilelik öncesi duruma geri döndüğü aşamadır. Her ne kadar bu aşamada değişiklik hafif olsa da, anneye destek veren kişilerin; kadın vücudunun 6 ay sonrasına kadar hamilelik öncesi fizyolojisine tam olarak kavuşmadığını hatırlaması gerekmektedir(Romano, 2010).

Doğum sonrası dönemde gelişen duygudurum bozukluklarının sınır hatları çok net çizilememiş olmakla birlikte belirtilerinin özelliklerine ve şiddetlerine göre; doğum sonrası annelik hüznü, PPD ve doğum sonrası psikozu olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır(Gülseren, 1999).

2.1 Annelik Hüznü

Hüzün: içsel duygulanım, gönül üzgünlüğü, iç kapanıklığı ve üzüntü anlamına gelmektedir. Annelik hüznü ise; doğum sonrası dönemde annede görülen biyokimyasal, psikolojik ve sosyal değişikliklerin sonucu ortaya çıkan geçici, kendini sınırlayan ve uzun sürmeyen ruhsal bir durumdur (Kurt, 2004). Yaşanan bu değişiklikler annenin yanı sıra ailenin diğer üyelerini de yüklenen yeni görev ve sorumluluklar sebebiyle etkilemektedir. Gebelik sürecinde bu yeni düzene adapte olma süreci tamamlanamazsa aile için kriz dönemine girilebilir. Yeni anne olmuş kadınların %50-80'i annelik hüznü yaşarken sonrasında bu annelerinde %25 inde PPD gelişebilmektedir (Bobo ve Yawn, 2014). Bu durumdan dolayı annelik hüznü belirtilerinin doğumdan sonra 10. günde geçmediği durumlarda anne gerekli görülen branşlara yönlendirilmelidir (Stein, 1980).

Belirtileri genellikle 2 ila 4 gün içinde ortaya çıkmaktadır (O'Hara ve Wisner 2014). Klinik özellikleri kişiden kişiye değişmekle birlikte genellikle; odaklanmada güçlük, üzüntü, içe kapanıklık, ağlama, patolojik derecede zihin bulanıklığı, sinirlilik, uyku problemleri, bitkinlik, anksiyete, kayıp ve keder duyguları, ani ve beklenmeyen ruhsal durum değişimi, yalnız kalma isteği, derin bir huzursuzluk veya memnuniyetsizlik hali, hüznü, çaresizlik hissi, baş ağrısı, unutkanlık, iştahsızlık, yalnızlık hissi, sersemleme, bebeğine karşı duygu ve ilgi eksikliği, dış etkenlere karşı fazla duyarlılık, hayal kırıklıkları, gergin olma, kayıp ve keder duygusu yaşamak olarak gözlemlenmektedir (O'Hara ve Wisner 2014, Moyo ve Djoda 2020).

Bu duruma sebep olan risk faktörleri; biyokimyasal, psikolojik ve sosyal olmak üzere 3'e ayrılmaktadır (Ehlert ve ark., 1990). Anne için sosyal nedenler özellikle de; uyumsuzluk, psikiyatrik özgeçmiş, doğumdan korkma ve annenin ilk doğumu olması annelik hüznü için risk faktörüdür (Moyo ve Djoda 2020; Yüksekol ve ark., 2014). Literatüre bakıldığında doğum sonrası gözlenen hormon seviyelerindeki değişikliklerin

anne hüznü gelişme riski ile doğru orantılı olduğu ve progesteron metaboliti allopregnanolonun hormonunun annelik hüznüne sahip kadınlarda büyük ölçüde düşük olduğu gözlemlenmiştir (Schiller ve ark., 2014). Bunun yanı sıra östrojen ve progesteron seviyelerinin annelik hüznü ile ilgisi olmadığı saptanmıştır. Ayrıca annelik hüznü ile doğum şekli arasında da anlamlı ilişki bulunmuş, sezaryen doğum yapan kadınlarda annelik hüznü görülme riskinin arttığı gözlemlenmiştir (Hellgren ve ark., 2014).

Annelik hüznü tedavi ihtiyacı duyulan bir duygudurum bozukluğu değildir. Belirtileri genellikle 2 hafta içinde azalarak kaybolmaktadır (O'Hara ve Wisner 2014). Fakat belirtilerin beklenen zamanda kaybolmaması durumunda, PPD'a dönüşmesi açısından risk oluşturduğu için anne ilgili branşa yönlendirilmeli ve hekiminin önereceği doğrultuda ilerlemelidir (Stein, 1980). Anne bu dönemde yeni hayatına uyum desteğini alanında eğitim almış ebe ve hemşirelerinden almalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler için en önemlisi çevreden alacağı sosyal destektir. Bu dönemde anne; ailesi ve yakın çevresi tarafından duygusal olarak desteklenmeli, bebek bakım desteği almalı, sağlık birimleri tarafından bilgilendirilmeli ve yaşam kalitesi artırılmalıdır (Yüksekol ve ark., 2014).

2.2. Postpartum Depresyon

Doğumdan sonrası ki dönem genellikle güzel ve heyecanlı bir zaman olarak kabul edilse de, çocuğunu kucağına yeni almış bazı anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönemdir. Doğumdan sonrası ki dönemde oluşan farklı klinik ruhsal bozukluklar "postpartum ruhsal bozukluk" olarak adlandırılmaktadır (Kısa, 2004).

DSM-IV ve ICD-10'da postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tablo olarak tanımlanmamıştır (Yıldırım ve ark., 2004). PPD, DSM-IV'de "Duygudurum Bozuklukları" içerisinde yer almaktadır. "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı içinde doğumdan sonra 4 hafta içinde duygusal dalgalanmaların başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (Köroğlu, 1995). ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında

“Loğusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak bir bölümde yer almaktadır (Erdem ve Bucaktepe, 2012).

PPD’un belirtileri annelik hüznünün klinik tablosuna göre çok daha şiddetli seyretmektedir. Bu hastalarda sıklıkla intihar düşünceleri görülmektedir (Landy ve ark., 1989). Doğum sonrası dönemde görülen bu hastalık annenin yanı sıra bebek ve tüm aile için de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu durumun tedavisi için özel bir yaklaşım gerekmektedir. Annede görülen PPD sonucunda bebek ile arasındaki duygusal bağ ciddi anlamda bozulmaktadır. Depresif anneler bebekleriyle duygusal bağ kurmada güçlük çekmektedirler ve bu annelerin çocukları ileri ki yaşlarında davranışsal, emosyonel ve aynı zamanda kognitif güçlükler yaşarlar (Yıldırım ve ark., 2004).

2.2.1. Dünya’da ve ülkemizde postpartum depresyon

PPD prevalansını öğrenmek için yapılan çalışmalarda kullanılan parametrelere bağlı olarak, hastaların doğum sonrası değerlendirildikleri zaman aralıkları, örneklem büyüklüğü, popülasyonu ve tanı koyma araçları birbirinden farklı olduğu için bulunan sonuçlar da farklılık göstermektedir (Galletta ve ark., 2022; Barooj-Kiakalae ve ark., 2022). Yapılan araştırmalar genellikle depresyonun tanısız değerlendirilmesi ile belirti şiddetini ölçen öz bildirim ölçekleri kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca taramayı yapmak için belirlenen ideal zaman, PPD’un doğum sonrası erken dönemde teşhis edilip edilemeyeceği veya doğumdan ne kadar süre sonra oluşan depresyonun bununla ilişkili olabileceği konusunda bir fikir birliğine varılamamıştır (Moraes ve ark., 2017). Araştırmalar, doğum sonrası dönemdeki kadınların yaklaşık %10-15’inde PPD geliştiğini göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), PPD prevalansının %11,5 olduğunu bildirmiştir (Çalık ve Aktaş 2011).

Ortadoğu’da PPD prevalansını belirlemek amacıyla yapılan bir derlemeye 15 makale dâhil edilmiştir. Analizin sonucunda Ortadoğu’daki annelerde PPD’un prevalansı %27 bulunmuştur (Alshikh Ahmad ve ark., 2021).

58 makalenin incelendiği bir derlemede PPD prevalansı %12 bulunurken; daha önce depresyon geçmişi olmayan sağlıklı anneler arasında depresyonun genel prevalansı %17 bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda Orta Doğu %26 ile en yüksek prevalansa sahip iken Avrupa %8 ile en düşük prevalansa sahip bulunmuştur (Shorey ve ark., 2018).

Güney KwaZulu-Natal, Ugu'da 326 ergen kadından oluşan bir örneklem kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada PPD prevalansı %8,8 olarak belirlenmiştir (Govender ve ark., 2020).

Çin'de (20 ila 35 yaş arası katılımcılar) ve Güney Hindistan'ın kıyı kesimlerinde (19 ila 44 yaş arası katılımcılar) PPD prevalansı sırasıyla %13,7 ve %16,3 ile birbirine çok benzer bulunmuştur (Zhao ve ark., 2016; George ve ark., 2016).

Gana'da yürütülen bir çalışmada (18 ila 51 yaş ve üzeri katılımcılar) PPD prevalansı %7 bulunurken Hindistan'ın Kalküta kentinde doğum sonrası dönemde olan 911 annede yapılan çalışmada, PPD prevalansı %34,1 olarak bulunmuştur (Ghosh ve Goswami, 2011; Anokye ve ark., 2018).

Güney Afrika'nın Western Cape bölgesindeki Witzenberg alt bölgesinde yapılan bir araştırma ise PPD prevalansının %50,3 olduğu bulunmuştur (Manikkam ve Burns, 2012). Güney Batı Etiyopya'daki çalışmada ise prevalansın %33,8 olduğu bildirilmiştir (Kerie ve ark., 2018).

Türkiye'de PPD prevalansını öğrenmek amacıyla yapılan çalışmalarda da PPD genellikle öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Türkiye'de Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılarak yapılmış ve kesme noktası 12/13 alınmış çalışmalarda PPD prevalansı %12.5-39.7 arasındadır (Kolukırık, 2016).

Konya ilinin Meram ilçesinde yapılan 242 annenin katıldığı bir çalışmada EPDÖ kesme puanı 13 ve üstü olarak alınmış ve çalışmanın sonucunda PPD insidansı %19.4 olarak belirlenmiştir. PPD sıklığı; aylık geliri düşük, geçmişte PPD öyküsü olan, doğum öncesi hiç bakım almamış, bebeğin cinsiyeti ile ilgili mobinge maruz kalmış ve gebeliği boyunca sağlık sorunları yaşamış annelerde yüksek bulunmuştur (Özdemir, 2007).

Bilgiç ve arkadaşları tarafından yapılan “Doğum Deneyiminin Erken Postpartum Dönem Depresyon Riski İle İlişkisi” adlı çalışmada EPDÖ kesme puanı 13 ve üzeri alınmıştır. Çalışmanın sonucunda annelerin %12.3'ünün PPD açısından riskli olduğu saptanmıştır (Bilgiç ve ark., 2021).

316 annenin katılımıyla Trabzon il merkezinde gerçekleştirilen çalışmada PPD prevalansı %28,1 bulunmuştur. Anneler sosyodemografik anket formu, Genel Sağlık Anketi, Beck Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak değerlendirilmişler. Öyküsünde PPD olması, Genel Sağlık Anketi'nde beş ve üzerinde skor alma ve Beck Anksiyete Envanteri'ne göre yüksek puan almanın PPD'un ortaya çıkışıyla ilişkili olduğu saptanmış (Ayvaz ve ark., 2006).

Burdur'da PPD prevalansını belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmada sonuç %22,1 olarak bulunmuştur. Araştırmanın evrenini doğum yapmış 709 kadın oluşturmuş. PPD için yaşayan çocuk sayısı ve kadının çalışma yaşamındaki durumu ve eve giren gelir risk faktörü olarak belirlenmiştir (SÜTÇÜ ve Çatak, 2017).

Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın İl Merkezinde 248 kadına yüz yüze anket uygulanarak yaptıkları çalışmada PPD görülme sıklığı %12,5 olarak tespit edilmiştir. PPD belirlenmesinde EPDÖ kullanılmıştır. Annenin yaşam şeklinin, aile içindeki stresli yaşamın, anne-baba arasında sorun yaşanmasının, eşten şiddet görme durumunun, istenmeyen gebelik ve geçmişte yaşanan ruhsal sorunların PPD görülme durumu için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Arslantaş ve ark., 2009).

İzmir İlinde 302 anne üzerinde yapılan "Doğum Sonrası Depresyon Semptomlarının Yaygınlığı Ve Eşlik Eden Faktörler" adlı çalışmada PPD gelişme riski %14,6 bulunmuştur (Pamuk, 2022).

Sakarya ilinde PPD ve postpartum anksiyete sıklığını belirlemek amacıyla 282 kadının katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan kadınlardan EPDÖ ölçeği toplam puanı 13 puan ve üzerinde olanların PPD belirtisi olduğu kabul edilmiş ve prevalansı %13,8 bulunmuştur. PASS-TR ölçeği toplam puanı 17 puan ve üzerinde olan kadınlarda ise postpartum anksiyete belirtisi olduğu kabul edilerek prevalans %53,9 bulunmuştur. Gebelik boyunca maruz kalınan sözel şiddet, bebek bakımında kendini yetersiz hissetmek, aile baskısı hissetmek, çevresinden sosyal anlamda destek alamamak postpartum anksiyete ve PPD ile ilişkili bulunmuştur(Sezer, 2021).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde diğer sağlık sorunları daha öncelikli tutulduğu için PPD ihmal edilmektedir. Bu durumun önlenmesi Türkiye gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde de birinci basamak sağlık hizmetlerindeki ebeler tarafından gebe takibi ve doğum sonrası anne izlemleri aksatılmadan gerçekleştirilmelidir. Ek

olarak PPD riski altında olan kadınların Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) gibi tarama ölçekleri kullanarak tanımlanması son derece önemlidir.

2.2.2. Postpartum depresyonun etiyolojisi

Risk faktörleri belirlenen PPD'un etiyolojisi günümüzde tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte, PPD'un ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel risk faktörleri suçlanmaktadır (Evins ve Theofrastous, 1997).

2.2.2.1. Biyolojik etmenler

Yapılan çalışmalar depresyonda beyinde gözlenen biyokimyasal bozuklukların önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu durumun gelişmesine neden olan nörotransmitter; norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), dopamin, asetilkolin ve gama amino butirik asit (GABA)'dır. Depresyonun oluşumuna; norepinefrin ve serotonin başta olmak üzere bu maddelerin etkinliğinin azalmasının sebep olduğu düşünülmektedir. Bu kimyasal maddelerin vücuttaki salınımındaki dengesizlikler depresyon için risk faktörüdür (Akkaya, 2005; Noble, 2005).

Hamilelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişim gözlenmektedir. Özellikle hamilelik boyunca yüksek oranlarda seyreden progesteron ve östrojen hormonlarında doğum ile birlikte görülen ani ve hızlı düşüşün PPD oluşumunda önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Noble, 2005; Bloch ve ark., 2003). Yapılan bir çalışma; postpartum 9. haftada BDÖ kullanarak, hamileliğin 36 haftası boyunca ve doğum sonrası 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin, depresyonu olmayan kadınlarda depresif kadınlara göre daha yüksek oranlarda olduğunu göstermiştir. Östrojen ve progesteron hormonları; 3. trimestrin son zamanlarında menstruel siklustaki en yüksek seviyelerine çıkarlar, doğum ile birlikte normal seviyelerine dönerler (Bloch ve ark., 2003).

Hamilelikte artmış östrojen seviyesine ek olarak Troid Bağlayan Globulin (TBG)'de artmaktadır. Bunun sonucunda da hamilelikte tiroid bezi büyümesi gözlenebilir, total T3, total T4 ve TSH artarken FT3, FT4 ise normal seviyelerinde kalır.

Artan tiroid hormonları doğumun gerçekleşmesiyle birlikte düşerken, kadınların %6'sında doğumdan sonraki ilk 6 ayda tiroid fonksiyonlarında bozukluk gözlenir. Tiroksin düzeyinin doğumla birlikte düşmesinin bir grup kadında doğum sonrası depresyon gelişimine sebep olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda PPD ile tiroid disfonksiyonu arasında açık bir ilişki olduğu kanıtlanmamıştır (Bloch ve ark., 2003; Kaplan ve Sadock, 1995).

Geç dönemde başlayan PPD tiroid hastalıkları ile ilişkilendirilmiştir. Doğumdan sonra ki dönemde tiroid stimulan hormonun (TSH) azalması ile tiroksin düzeylerinde düşüş görülebilmektedir. Gebelikten önceki tiroksin seviyesinin altına kadar gözlenen bu düşüş, bazı annelerde belirtilerin gelişimine neden olabilir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtilerin daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Yeni anne olmuş kadınların bazılarında hipotiroidizmin ortaya çıkabileceği ve bu durumun hamileliğin erken dönemlerinde tiroid antikorlarının ölçümüyle saptanabileceği bildirilmektedir (Gülseren, 1999; Parry, 1995)

Postpartum dönemde, major depresyon öyküsü olan annelerin vücutlarındaki apomorfın seviyelerinde olmayanlara göre artma gözlemlendiği belirtilmektedir. Apomorfın hormonunun vücutta olması gerekenden fazla bulunması, hipotalamus bölgesinde salgılanan dopamin miktarını artırmaktadır. Fakat çalışmalar dopamin miktarında gözlenen artışa rağmen, etkinliğinde azalma olduğunu göstermektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde gözlenen azalma, depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır (Akkaya, 2005)

Oksitosin hormonu duygu-durumları ve duygusal tepkileri düzenlemektedir. Bu hormonun doğum sonrası ilk 2 hafta içerisinde seviyesinin yüksek bulunması PPD'a neden olabilmektedir (Skrundz ve ark., 2011).

PPD riskini en az seviyeye indirgeyebilmek için annenin kendine yetebilecek güçte olması, gebeliğe ve bebek bakım sorumluluğuna kendini hazır hissetmesi gerekmektedir (Anokye ve ark., 2018).

2.2.2.2. Psikolojik etmenler

Kadının hamilelik döneminde; hamilelik ve annelik rolüne adapte olması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri çoğunlukla içinde yaşadığı sosyal çevrenin etkisiyle belirlenmektedir. Hamilelik dönemini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; ailesel, ekonomik, kültürel, din, sosyal, , politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilir (Beydağ, 2007; Güler ve ark., 1988).

Hemen hemen her toplumda kadınlar, hamile olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda büyük bir baskı görmektedirler.³² Anne olmak, kadının evlendikten sonra yetişkin olarak yerine getirmesi gereken bir görev olarak yansıtılmakta ve kadınlar sosyal açıdan baskı göyerek bu göreve alıştırmaya çalışılmaktadır. Eş, akran grubu, arkadaşlar ve aileden gelen baskılara dayanamayan kadın kendini hazır hissetmese bile, başkalarını mutlu etmek ve bu psikolojik baskıdan kurtulmak için çocuk sahibi olmaya karar verebilmektedir. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü (Beydağ, 2007; Güler ve ark., 1988).

Landy ve arkadaşları; hayatlarının kendilerinden çok, dış faktörlerin kontrolü altında olduğunu düşünen annelerin, PPD açısından çok daha fazla risk taşıdıklarını bildirmişlerdir (Landy ve ark., 1989).

Geçmişte depresyon ve anksiyete öyküsü olan kadınların hormonal değişikliklere karşı daha duyarlı ve orta şiddetli premenstrüel sendroma (PMS) sahip kadınların PPD'a daha yatkın oldukları bildirilmiştir. Geçmişte yaşanmış olan cinsel istismar öyküsü, bebeğin cinsiyetine memnun olmama, düşük öz benlik saygısı, özgüven düşüklüğü ve son gebeliğine karşı isteksizlik annelerin PPD'a yatkınlaşmasına neden olan psikolojik faktörlerdendir (Buttner ve ark., 2013).

Annenin çevresi tarafından güçlü bir şekilde sosyal olarak desteklenmesinin depresyona yatkınlığı önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Lohusa kadına sosyal yönden desteğin azalması depresyon-anksiyete durumlarına yatkınlığı arttırmakla birlikte anneyi PPD açısından riskli hale getirmektedir. Hamilelik boyunca fiziksel, cinsel şiddete maruz kalma; hamilelikte ve doğum sonrasında sigara içme davranışının PPD'a yatkınlığı arttırdığı bildirilmiştir. Aynı zamanda yapılan çalışmalar sonucunda, PPD'unda kadınları sigara içmeye yönlendiren bir risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır(Míguez ve ark., 2019). Hamilelik boyunca ağır iş yükü olan, stresli ve

esnekliğin az olduğu iş ortamlarında çalışmanın da PPD semptomlarını arttırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir (Silva ve ark., 2012).

Özellikle ilk bebeğini doğurmuş olan kadınlar, ambivalans duygulanım ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlıklarının, bebekten önceki yaşam şekillerinin, dış görünüşlerinin ve anne karnından ayrılan bebeklerinin kayıplarını yaşamaktadırlar. Hamilelik ve ilk lohusalık dönemlerinde annelerin yeterli desteği göremedikleri durumlarda; bebeğin ihtiyaçları ve istedikleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini kontrol edemeyerek bebeğe ya da kendisine yönelmekte ve iyimser annelik imajından çıkmaktadır (Josefsson ve ark., 2002; Landy ve ark., 1989).

Ayrıca hamile kadınların geçmişte kendi anneleriyle aralarındaki ilişkileri, ambivalans duygulanım durumları, anne ile yeterli oranda özdeşimin yapılmamış olması, kadının çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı yaşamış olması, erken gelişim dönemlerinde ebeveynlerinden gördüğü destek ve ilişkilerindeki yakınlık seviyesi gibi etmenler PPD için önem taşımaktadır (Erdem, 2009; Josefsson ve ark., 2002).

Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınlar ilerde kendileri anne olduklarında bebekleriyle sağlıklı iletişim kurmakta zorlanmaktadırlar. Nicolson, PPD'ü açıklamak için iki model geliştirmiştir. Birinci model klinik model olarak adlandırılmaktadır ve PPD'ü bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlar. İkinci model ise sosyal model olarak adlandırılır, doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD'nun bu yaşam olayına bir cevap olarak ortaya çıktığını kabul eder (Josefsson ve ark., 2002).

Aile geçmişinde, postpartum depreyson öyküsü olan kadınlar, riskli olarak kabul edilmektedir. Ayrıca istenmeyen hamilelikler, bozuk aile içi ilişkiler ve sosyal destek yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştıran faktörlerdendir (Gerekdoğlu ve ark., 2007).

2.2.2.3. Sosyokültürel etmenler

Kültür ve ilgili faktörler üzerinde çok az sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan araştırmalar da batı kültürü dışındaki toplumlarda sosyokültürel faktörlere bağlı PPD oranının daha az olduğu belirtilmiştir (Stern ve Kruckman, 1983). Bu durumu

açıklamak için yapılan çalışmalar özellikle toplumlarda ki farklı sosyal ve geleneksel yapı üzerine yoğunlaşmıştır. Çalışmalar sonucunda doğu kültürlerinde daha yaygın olan postpartum dönemdeki sosyal desteğin PPD için koruyucu bir faktör olduğunu ortaya çıkarmıştır (Hayes ve ark., 2000).

Batı toplumlarında ki aileler birbirlerinden uzakta oturdukları için yeni anne olan kadınlar kendi ailelerinin desteğini yeterince alamazlar ve postpartum dönemde bebek bakımı konusunda yalnız kalırlar (Yoshida ve ark., 2001). Geceleri bebeğin düzenli beslenmesi için yeterli uykudan mahrum kalırlar ve gün içinde de bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal ortamdan izole olarak psikolojik strese girerler. Doğu kültürlerinde ise aile büyükleri ile yakın mesafede oturdukları için daha fazla sosyal destek alma imkânı olmaktadır. Büyükanneler bebek bakımında gece gündüz destek oldukları için anne ve bebek geceleri birlikte uyuyarak dinlenirler. Modern hayat eğilimleri anneyi erken dönemde iş hayatına dönmeye mecbur bırakarak bebek ve anne arasında duygusal temas azalmaktadır. Bu durum annede PPD'a neden olmaktadır (Chandran ve ark., 2002; Hayes ve ark., 2000).

Ataerkil toplumlarda; bebeğin cinsiyetinin erkek olmaması, kadınlarda sosyal baskıya neden olarak PPD görülme olasılığını arttırmaktadır. Çin'de ki bir atasözünde "18 tanrıça gibi kız çocuğu, kambur olan bir oğlan çocuğunun yerinin tutmaz" denilerek erkek evlat isteğinin üstünlüğü vurgulanmıştır. Türkiye'de ise "oğlan olsun çamurdan olsun" deyimi bu duruma örnektir. Buna karşın ülkemizde son yıllarda ebeveynlerin beklentileri daha fazla bebeğin sağlıklı doğmasına odaklanmış olsa da, özellikle kırsal kesimde olmak üzere hala erkek lehine cinsiyet tercihleri beklenen ve istenen bir durum olma özelliğini korumaktadır. Dolayısıyla kadında bu sosyal destek eksikliği ve psikolojik şiddet durumunda PPD görülme olasılığı artacaktır (Öztürk ve ark., 2012).

Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sosyoekonomik faktörlere ilişkin; yaşayan çocuk sayısının fazlalığının, gecekonduda yaşamının, göçebe yaşam tarzının, bebekte önemli sağlık sorunları olmasının, anne ve babanın geçmişinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olmasının, eş ve eşin ailesiyle ilişkinin iyi olmamasının PPD'un ortaya çıkışıyla ilişkili faktörler olduğu ortaya koyulmuştur (Danacı ve ark., 2002). Doğumun gerçekleşmesiyle birlikte anneye yüklenen yeni rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz şartsız bebeğini seveceği onunla ilgileneceği ve "ondan sonra hep mutlu yaşayacağı" şeklindeki güçlü beklentilere dikkat

çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yükleyerek PPD'a sürüklemektedir (Josefsson ve ark., 2002; Erdem ve Çelepkolu, 2014)

Günümüzde farklı sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar hamilelik ve doğum sonrası dönemde eşit şartlar altında hayatlarını sürdürememektedirler. Yetersiz beslenme bu eşitsizliklerden bir tanesidir. Yapılan çalışmalar; yeterli sebze, meyve, bakliyat, süt ve süt ürünleri, deniz ürünleri, zeytinyağı ve çeşitli besleyici maddelerin tüketilmesinin; PPD riskini %50 oranında azalttığını bizlere göstermiştir (Mayberry ve ark., 2007).

Gebelik sonrası depresyonunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer element ise omega-3'tür. Koletzko ve arkadaşları tarafından yapılan kanıta dayalı çalışmalar, diyetle omega 3 yağ asitleri ve balık tüketiminin depresif belirtileri azalttığını göstermiştir (Koletzko ve ark., 2008). Günümüzde ise bu konuyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Omega-3 yağ asidi, serotonin işlevleri üzerindeki etkisinden dolayı antidepresan etki gösterebilmektedir. Omega-3 yağ asidinin, perinatal depresyonların tedavisi ve önlenmesinde kullanımına yönelik yapılan klinik çalışmalarda, omega-3 yağ asidi kullanan kadınlarda kullanmayan gruba göre (plasebo grup) anlamlı düzeyde daha az depresif belirti görülmüştür (Borja-Hart ve Marino, 2010).

Hamilelik boyunca yapılan meditasyon, yoga veya egzersiz oksijen alımını artırır, özgüven duygusunu geliştirir, problem çözme ve odaklanma becerisini iyileştirir. Bunun sonucu olarak PPD'a yatkınlık azalmaktadır (Yavuz ve Bilge, 2022).

Doğum sonrası dönemde sosyo-kültürel faktörler, PPD gibi sık karşılaşılan sağlık problemlerine sebebiyet verebilmektedirler. PPD'un anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra bebeğin gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (Öztürk ve ark., 2012).

2.2.3. Postpartum depresyon belirtileri

PPD belirtileri doğumdan sonraki 2 ila 3. haftadan itibaren başlar ve sonlanması 1-2 yıla kadar uzayabilir. Bazı durumlarda doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar fark edilemeyip gözden kaçabilir ya da var olan klinik tablo ile doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020).

DSM-5'te PPD, "Peripartum Başlangıçlı Majör Depresif Bozukluk" olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020). Peripartum başlangıç, hamilelik süresince veya doğumu takip eden 4 hafta içinde herhangi bir zamanda başlamış olan en az beş belirtinin varlığı olarak adlandırılır. Bu belirtiler; günün çoğunda kendini depresif ruh halinde hissetme, günün çoğunda yapılan eylem ve durumlardan zevk almamak, psiko-motor ajitasyon ya da algılamada güçlük, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik veya bebeği için aşırı endişelenme, yorgunluk, değersiz hissetme ya da suçluluk, kendine zarar verme ya da ölürse her şeyin düzeleceği düşünceleri, cinsel isteksizlik, yeterli uykuyu almadığını hissetmek ya da sürekli uyku ihtiyacı gibi uyku düzeni değişiklikleri, etrafa ve durumlara karşı ilgi kaybı, odak kaybı, iştah ve kiloda değişiklik(1 ayda kilonun %5 ve fazlası değişim) gibi belirtilerden en az beş maddesini en az iki hafta tecrübe etmesi gerekir (O'Hara ve Wisner 2014; Bolak Boratav ve ark., 2016).

Ayrıca diğer bir başka tanı ve sınıflandırma sistemi olan ICD-10'da doğumu takip eden 6 hafta içinde başlayan duygudurum bozukluklarını lohusalıkla ilişkilendirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ise PPD'ü doğumdan sonraki ilk 12 ay içinde herhangi bir zamanda başlayan depresyon olarak kabul etmektedir (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020; Andersson ve ark., 2006).

Doğum sonrası dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biri olan PPD'un, anneler ve diğer aile üyeleri açısından önemli negatif sonuçları vardır. Anne yenidoğan bebeğine karşı yetersiz kaldığını hissedebilir ve beceriksiz olduğunu düşünebilir bu nedenle "Ben kötü bir anneyim" düşüncesiyle annenin özgüveni azalma gözlenebilir (Öksüz, 2021; Molmen Lichter ve ark., 2021). Anneler girdikleri suçluluk psikolojisiyle intihar etmeyi düşünebilirler. Çoğunlukla diğer çocuklarına öfke duymasalar da çocuklarını terk etmeme düşüncesiyle yeni doğan bebekleriyle birlikte diğer çocuklarını da öldürme eğilimi gösterirler (Anokye ve ark., 2018).

Çoğu zaman hamilelik sırasında meydana gelen duygudurum değişiklikleri ile doğumdan sonra meydana gelen depresif dönemler arasında bir ayrım yapılamamaktadır (Fiala ve ark., 2017).

2.2.4. Postpartum depresyonun taranması

Doğum sonrası bakım, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli yeri olan koruyucu bir sağlık hizmetidir (Righetti-Veltema ve ark., 1998). Postpartum dönemde bakım; annenin ve bebeğin fiziksel ihtiyaçlarını sağlamayı, riskli durumları belirlemeyi ve önlemeyi, aile üyelerinin fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlamasına ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olmayı beraberinde getirmektedir (Paladine ve ark., 2019). Bu durumdan yola çıkarak annenin yeni roller ve yeni sorumluluklar üstlendiği postpartum dönemdeki depresyon durumunu değerlendirmek için kullanılacak ölçme araçlarına gereksinim ortaya çıkmaktadır (Kaplan ve ark., 2007).

Annenin hamilelik sürecinde ve doğum sonrası dönemde sıklıkla başvurduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ölçekleri ile değerlendirilmesi, riskli kişilerin psikiyatriye yönlendirilerek tanı koyulması büyük önem taşımaktadır (Stewart ve ark., 2003; Erdem ve Bucaktepe, 2012).

Türkiye’de literatürü incelediğimizde; PPD tarama ölçeği olarak geçerlik ve güvenilirliği olan Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Ph Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ), CES-Depresyon Ölçeği (CES-D-The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri(STAI) kullanılabilir. Bu ölçekler, postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek için tarama amaçlı hazırlanmıştır. Depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Stewart ve ark., 2003; Erdem ve Bucaktepe, 2012). PPD araştırmalarında kullanılan bu ölçeklerin özellikleri aşağıdaki gibidir;

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), 2000 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir(Beck ve Gable, 2000). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaçam ve Kitiş tarafından 2008 yılında yapılmış olup; ölçek 35 maddeli, 7 boyutlu ve her boyutunda 5 madde bulunan, 5 aşamalı likert tipinde bir kendini geri bildirim ölçeğidir. Maddelerin her biri annenin postpartum 2-13. haftalarda hissettiği duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin doldurulmasında anneden, her madde için son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan

durumu 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi istenmektedir(Karaçam ve Kitiş, 2008). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35 en yüksek puan ise 175'dir. Minör/majör depresyonu belirlemede ölçeğin kesme noktası 60 olarak kabul edilmektedir (Beck ve Gable, 2000).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir(Beck ve ark., 1992). Hisli tarafından 1988 yılında Türkçeye uyarlaması yapılmıştır (Hisli, 1988). Depresyonda gözlenen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona bağlı belirtileri ölçen ve 21 maddeden oluşan bir kendini geri bildirim ölçeğidir. Ölçek depresyon tanısı için kullanılmamaktadır. Amacı objektif olarak depresyon belirtilerinin derecesini değerlendirmektir. 4'lü likert tipli ölçeğin değerlendirmesinde her madde 0 - 3 arasında puanlanmaktadır ve puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilmektedir. Elde edilebilecek en yüksek skor 63'tür. Kesme noktası 17 olarak belirlenmiştir ve üzeri puanlar depresif belirti olarak kabul edilmektedir (Beck ve ark., 1992; Aktürk ve ark., 2005).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Cox ve arkadaşları tarafından hazırlanan ölçek postpartum dönemde depresyon yönünden riskleri belirlemek ve bu risklerin düzeyini, şiddetlerindeki değişimi ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (Cox ve ark.,1987). Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Engindeniz ve Küey Kültür, 1996). Toplam 10 maddeden oluşan ölçek; 4'lü likert tipi bir kendini geri bildirim ölçeğidir. Ölçekte kesme noktası 13 olarak hesaplanmış ve toplam ölçek puanı 13'ten daha büyük olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir. 4 maddeden oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır, ölçekten alınabilecek en az skor 0 ve en fazla skor 30'dur. Değerlendirmede 1., 2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3-2-1-0 şeklinde tersten puanlanmaktadır (Karaçam ve Kitiş, 2008; Engindeniz ve Küey Kültür, 1996).

CES-Depresyon Ölçeği (CES-D-The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), toplumda depresyon belirtilerini ölçmek için Radloff tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan ölçek 4'lü likert tipinde cevaplama seçeneği içermekte ve 0 ila 60 arasında skorlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan depresyon düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir (Radloff, 1977).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında duygudurum bozukluklarını taramak amacıyla geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Anksiyete ve depresyon olmak üzere 2 alt ölçekten oluşan envanter bir kendini geri bildirim ölçeğidir. Her bir alt ölçek toplam 7 maddede oluşmaktadır ve 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Puanlamada “0-1” arası hasta olmayan kişi, “2” sınırdaki hasta olan kişi ve “3” belirgin hasta olarak kabul edilmiştir (Aydemir ve ark., 1997). Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük skor “0”, en yüksek skor ise “21”dir. Her iki alt ölçeğinde kesme puanı 8’dir (Zigmond ve Snaith, 1983)

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri(STAI), Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen bu ölçek, 4’lü likert tipli 0-3 arası cevaplama seçeneği içeren her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumlu olmak üzere iki alt envantere ayrılmıştır. Envanterin ilk 20 maddesi durumluluk kaygı ölçeği olup bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, son 20 maddesi ise sürekli kaygı ölçeği olup bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlar. Ölçeğin Türkçe formu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Öner ve Lecompte, 1998; Erdem ve Bucaktepe, 2012). Her iki ölçekten de ayrı ayrı 20 ile 80 arasında toplam skor elde edilir. Spielberger ve arkadaşları skorlar arttıkça kaygı düzeyinin de arttığına işaret etmektedir (Spielberger ve ark., 1970).

PPD taraması ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi’nde yer almaktadır. PPD riski bu rehberde göre; EPDÖ kullanılarak, doğumdan sonraki 6. izlemde (30-42. günlerde) değerlendirilmektedir. EPDÖ’nden elde edilen toplam skorun 13 puan ve üzeri olduğu durumlarda psikiyatriye sevkini gerektirilmesi bildirilmektedir (Çevik, 2020)

2.2.5. Postpartum depresyon tedavisi

Tedavide ilk öncelik; ayrıntılı bir öykü alınıp fizik değerlendirme yapılarak ve laboratuvar sonuçlarının incelenmesiyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkları dışlamaktır. Diğer önemli bir öncelik ise belirtilerin erken tanınarak

tedaviye erken başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir tedavi yöntemi uygulanmaz ise belirtiler kronikleşerek tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (Gülseren, 1999; Kaplan ve Sadock, 1995).

PPD tanısını erken teşhis edebilmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu öz bildirim ölçeklerinin sonucunda riskli olduğu kabul edilen kadınlar psikiyatriste yönlendirilmelidir. PPD tanısını alanında uzman hekim, tanı koymaya yardımcı araçlar ile hastayı değerlendirerek koymaktadır. Doğum sonrası ilk iki haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi, depresif belirtileri daha fazla sorgulamaya itmelidir (Kumar ve Robson, 1984; Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000).

PPD tanı ölçütlerini karşılayan kadınlarda gecikmeden tedaviye başlanmalıdır. Maternal depresyonun tedavisi anne sağlığının yanı sıra bebek sağlığı açısından da oldukça önem taşımaktadır. Bununla birlikte tedavinin amacı; PPD belirtilerinin giderilerek anne ve bebeğe kaliteli bir yaşam sunmaktır. Uygun tedavinin seçilmesinde; belirtilerin şiddeti, geçmiş tedavi var ise yanıtı, hastanın tercihleri ve ruh sağlığı ile ilgili imkânlar etkili faktörlerdendir. Tedavinin seçimini bunlara ek olarak annenin şu an emzirmesi veya emzirmeyi planlaması da etkilemektedir (Bobo ve Yawn, 2014).

Tedavide PPD'un şiddet derecesine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve EKT'den faydalanılmaktadır (Gülseren, 1999).

2.2.5.1. Psikoterapötik tedavi

Psikoterapi yöntemi, hafif ila orta dereceli PPD'u olan kadınlar için tercih edilen ilk tedavi seçeneğidir (Fitelson ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar sonucunda psikoterapötik tedaviler(kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık destekleri depresif belirtileri azaltmada etkili bulunmuştur (Dennis ve Hodnett, 2007; Yıldırım, 2004).

Tedavide kullanılan psikolojik müdahaleler bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası terapiyi (KAT) içerirken, sosyal müdahaleler, bireysel danışmanlık ve akran desteğini içermektedir (Dennis ve Hodnett, 2007). Yapılan çalışmalar kişilerarası terapinin (IPT), özellikle anne ve bebek bağlanmasında etkili olduğu göstermiştir (Fitelson ve ark., 2010; Dennis ve Hodnett, 2007; Smith ve ark., 2016). PPD açısından

psiko-eğitime odaklanan destek grupları ve grup terapilerinin postpartum dönemdeki semptomların anlaşılmasına destek olduğu ve genellikle daha ileri tedavi seçenekleri için yol gösterici olduğu ortaya koyulmuştur. PPD tedavisinde grup terapisi, psikolojik danışmanlık, ev ziyaretleri gibi diğer terapi biçimleri de fayda sağlayabilmektedir (Fitelson ve ark., 2010).

Psikoterapötik yöntemleri PPD da kullanırken; annenin kalıtsal, yapısal ve gelişimsel özelliklerini, yakın geçmişte yaşamış olabileceği önemli toplumsal zorlukları ve kayıpları araştırılarak bu olayların anne üzerindeki etkileri değerlendirilmelidir. Değiştirebileceği olguları değiştirmesine destek olurken, değiştiremeyeceği olgularla uyum içinde yaşaması öğretilmelidir. Aynı zamanda kendini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılısı da gösterilmeye çalışılmalıdır. Anneye doğru yönlendirmeyi yaparak yardımcı olabilmek için çevresindeki yakınlarını da görmek, onlarında ilgi ve desteğini sağlamak gerekmektedir. Bu kişilerin depresyon yaşayan anneye karşı negatif tutum ve davranışları var ise bunlar gösterilerek düzeltilmeye çalışılmalıdır (Jung ve ark., 2007; Righetti-Veltima ve ark., 2002).

2.2.5.2. Farmakolojik tedavi

Orta ve şiddetli PPD’u olan anneler için terapiye ek olarak antidepresan tedavisi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Seçilecek ilk antidepresan çeşidi selektif seratonin geri alım inhibitör grubu ilaçlardan sertralindir. Çünkü bu ilacın çok az bir miktarı anne sütüne ve sonuç olarak çocuğa geçtiği için diğer ilaçlara göre daha öncelikli tercih edilmektedir (Epperson ve ark., 2001). Bu ilaçlar yüksek dozlarda kullanıldıklarında bile toksik etki görülme riski oldukça düşüktür. Bunlara ek olarak annenin daha önceki tedavisinde cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide bu ilaç göz önünde bulundurulmalıdır. Aktif uyku sorunu annelere de trisiklik antidepresanlar tercih edilebilmektedir. Depresyonun yanına ek olarak belirgin anksiyete gözlenen annelerde kısa dönemli benzodiyazepin tedavisi fayda gösterebilmektedir (Özdemir, 2007; Wisner ve ark., 2002).

Literatür tarandığında, sertralin ve paroksetin tedavisi gören emziren annelerin bebeklerine bakıldığında kan serum seviyelerinde ilaca ve yan etkilerine rastlanmamıştır. Emziren anneler için farmakolojik tedaviye başlanmadan önce,

emzirmenin faydaları, emzirme döneminde antidepresan kullanımına bağlı oluşabilecek riskler ve depresif belirtilerin tedavi edilmediği durumlarda oluşabilecek riskler hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır (Horowitz ve Goodman, 2005; Guille ve ark., 2013).

Doğum sonrası kadınlar ilaçların yan etkilerine karşı daha hızlı reaksiyon verebilmektedirler. Bu nedenle uygulanacak ilaç tedavisinde ki dozların yarısı ile tedaviye başlanmalı ve hastanın belirtilerinin hafiflemeye başladığı döneme kadar tolere edebildiği derecede kademeli olarak arttırılmalıdır (Wisner ve ark., 2002; Wisner ve ark., 2006; Epperson ve ark., 2001). Eğer anne 6-8 haftanın sonunda tedaviye yanıt vermiş ise tam olarak iyileşme gerçekleştiğinde bile hastalık tekrarını önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. 6 hafta sonunda tedaviye yanıt yoksa ise annenin tanı ve tedavisi tekrar gözden geçirilmelidir (Wisner ve ark., 2002).

Yapılan bazı çalışmalarda PPD'un tedavisinde etkin olarak östrojen ve progesteron kullanılabilceği belirtilmiş olsa da bu konuda henüz tam bir cevap mevcut değildir (Karamustafaloğlu ve Tomruk 2000; Erdoğan ve Hocoğlu, 2020). Son yıllarda yapılan çalışmalar PPD'da uygulanabilecek en iyi farmakolojik tedavinin Brexanolone olduğunu göstermektedir (Burval ve ark., 2020).

2.2.5.3. Elektrokonvülfik tedavi

Elektrokonvülfik tedavi (EKT), PPD'un ağır ve dirençli seyrettiği hastaların tedavisinde uygulanmaktadır. Aynı zamanda emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığı için de tercih edilebilecek bir seçenektir (Gressier ve ark., 2015).

Depresyonun şiddetli döneminde eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT düşünölmelidir. Bazı araştırmacılara göre ise EKT özellikle tabloya kalıcı ve değiştirilemeyen, hallüsinasyonlar, disorganize düşünce ve davranışlar, anormal affektin eşlik etmediği inatçı, bizar olmayan delüzyonlar hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (Özdemir, 2007; Steiner, 1990). Hamilton yaptığı bir çalışma sonucunda 300 PPD hastasına EKT uygulayarak %95'inde 6-7 hafta içinde düzelme kaydettiğini bildirmiştir. Fakat EKT'nin; derin ven trombozu, pulmoner emboli ve bunların sonucunda da ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirildiği için doğum sonrası ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır (Ward ve ark., 2018).

2.3.Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz; Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistiksel El Kitabı - 5'de "Kısa Psikotik Bozukluğu" tanısı kapsamında değerlendirilen bir bozukluktur. Postpartum psikoz; doğumdan sonraki dönemde ortaya çıkmakla birlikte oldukça nadir görülmektedir. Suisid ve enfantisid davranışların gözlenebildiği, en şiddetli ve en acil şekilde müdahale gerektiren, hastanede yatışın şart olduğu psikiyatrik acil bir durumdur. Erken dönemde fark edilip tedavi edilmez ise intihar ve cinayet riskine ek olarak ciddi tıbbi ve sosyal sonuçlara yol açabilmektedir (Howard ve ark., 2014; O'Hara ve Wisner, 2014).

Prevalansı oldukça düşük olmasına rağmen postpartum dönemde kadının manik ve/veya psikotik bir olay yaşama olasılığı diğer dönemlere göre oldukça yüksektir. Postpartum psikozun başlangıcı genellikle doğumu takip eden yaklaşık ilk 3 hafta içerisinde olmakla birlikte bazı kişilerde doğumu takip eden 2-3 gün içerisinde de bulgular gözlenebilmektedir (Yavuz ve Bilge, 2022). İlk doğumunu yapmış olan kadınlarda daha sık ortaya çıkmakla birlikte, daha öncesinde portpartum psikoz öyküsü olan kadınlarda tekrar hastalanma olasılığı arttırmaktadır (O'Hara ve Wisner, 2014).

Semptomları çok değişken olduğu için postpartum psikozu tanımlarken "mercurial" kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial, cıvalı gibi bir türlü yerinde duramayan ve sürekli değişen anlamında kullanılmaktadır (Unterman ve ark., 1990). Hastalar klinik belirti olarak sıklıkla sürekli yorgun hissetmekten, uykusuzluktan, ağlama krizlerinden ve dinlenememekten yakınır. Bu belirtileri takiben şüphecilik, zihin bulanıklığı, dezorganize davranışlar, dezoryantasyon, kişiliksizleşme, duygudurum değişimleri veya şiddetli huzursuzluk, mantıksız ifadeler, dağınıklık, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilmektedir (Noble, 2005; Yavuz ve Bilge, 2022).

Hezeyanlar tüm vakaların yaklaşık %50'sinde gözlenirken, halüsinasyonlar ise %25' inde ortaya çıkmaktadır. Annede bebeğine bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri oluşurken bu düşüncelerin alt yapısını bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği fikirleri oluşturmaktadır. Bu sanrısız

düşünceler annede ilerleyen günlerde çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak fikrine dönüşerek, bebeği öldürme girişimine yol açabilir (Noble, 2005; Yavuz ve Bilge, 2022).

Postpartum psikozda gözlenen hezeyanlar ve halüsinasyonlar, postpartum psikozu PPD'dan ayırmaktadır. Postpartum psikozlu vakalarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (Ahokas ve ark., 2000).

Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durum olduğu için hastaneye yatış yaptırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Annenin kendisine veya bebeğe zarar verme ihtimali göz ardı edilmeyerek dikkatli olunmalıdır. Anne eğer bebeğini emziriyor ise ilaç tedavisi uygulanır iken dikkatli olmalı, mümkünse ilaç vermekten kaçınılmalıdır. Eğer anne bebeğiyle temas konusunda istekliyse engellenmemeli fakat bebeğe zarar vermemesi için dikkatli olunmalıdır (Yavuz ve Bilge, 2022).

2.4. Hipotez

H₁: Denizli il merkezindeki kadınların PPD sıklığı ülke genelindeki kadınların PPD sıklığı ile paralellik göstermektedir.

H₂: Plansız/istenmeyen şekilde gebe kalan kadınların PPD riski daha fazladır.

H₃: Bebeğini emziremeyen/emzirmeyen kadınların PPD riski daha fazladır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız kesitsel tipte bir analitik çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinden(ASM) rastlantısal olarak seçilen 8 tanesinde 15.08.2022-15.08.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen ASM listesi;

1. Denizli Ticaret Odası ASM
2. Bağbaşı Belediye ASM
3. Kınıklı ASM
4. Yenimahalle ASM
5. Mehmetçik ASM
6. Şehit Jandarma Uzman Çavuş Burhan Acar ASM
7. Çamlık ASM
8. Merkez Kuşpınar ASM

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Seçili 8 ASM'ne 15.08.2022-15.08.2023 tarihleri arasında ardışık olarak herhangi bir sebepten başvuruda bulunan ve doğum sonrası 1 hafta ile 24 haftalık anneler, çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır.

Kesin sayısı bilinmeyen toplumda PPD sıklığı %10 ve güven aralığı %95 alındığında $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$ formülüne göre örneklem için gereken minimum katılımcı sayısı 139 olarak belirlenmiş, çalışma sonucunda 150 katılımcıya ulaşılmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- 1 hafta ile 24 hafta arasında canlı doğum yapmış olup herhangi bir sebeple seçili ASM'lere başvuran anneler

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Anket formunu eksik doldurma
- 18 yaşını doldurmamış olmak
- 49 yaşından büyük olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Çalışmamızın bağımlı değişkeni; PPD riskidir.

3.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri aşağıdaki şekilde sorgulanmıştır:

Yaş: Açık uçlu olarak sorulmuştur. Çözümlemede 30 yaş altı/ 30 yaş ve üzeri olmak üzere 2 grup şeklinde alınmıştır.

Medeni durumu: Annelerin medeni durumları evli/ bekâr olarak sorgulanmıştır.

Annenin eğitim durumu: En son mezun olunan okula göre belirlenecektir. “Okuryazar değil”/ okuryazar, ilkokul/ ortaokul/ lise/ lisans/ yüksek lisans-doktora şeklinde sorgulanmıştır.

Ailenin algıladığı gelir durumu: Geliri giderine göre az / Geliri giderine göre eşit/ Geliri giderine göre fazla şeklinde sorgulanmıştır.

Çalışma Durumu: Çalışıyor/çalışmıyor şeklinde sorgulanmıştır.

Annenin doğum izni dışındaki dönemde çalıştığı iş: Anneye çalıştığı iş açık uçlu olacak şekilde sorularak kaydedilmiştir.

Babanın eğitim durumu: En son mezun olunan okula göre belirlenmiştir. “Okuryazar değil”/ okuryazar, ilkokul/ ortaokul/ lise/ lisans/ yüksek lisans-doktora şeklinde sorgulanmıştır.

Babanın çalışma durumu: Çalışıyor/çalışmıyor şeklinde sorgulanmıştır.

Babanın çalışıyor ise çalıştığı iş: Anneye babanın çalıştığı iş açık uçlu olarak sorulmuştur.

Gebe kalma sayısı: Anneye açık uçlu olarak sorulmuştur.

Sahip olunan çocuk sayısı: Sayısal değer olarak belirtilmesi istenmiştir.

Gebeliğin planlı olma durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir. Evet cevabı veren kişilere açık uçlu olarak yaşadığı sorun sorulmuştur.

Gebelikte anneye destek olan kişiler: hiç kimse/anne-baba/eş/çevredeki herkes/diğer şeklinde sorgulanmıştır.

Gebelikte anneliğe hazır hissetme durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Doğum şekli: Vajinal/ sezaryen şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum şeklinize karar veren kişi: kendisi/doktor/kendisi+doktor/diğer şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum şekline karar verme nedeni: tekrarlayan sezaryen/ faydalı olduğunu düşünme/ vajinal doğuma uygun olmama/ diğer şeklinde sorgulanmıştır

Doğum sırasında komplikasyon: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Bebeğin doğum haftası: Anneye açık uçlu olarak sorulmuştur. Çözümlemede “37 hafta ve üzeri”/ “37 haftadan küçük” olarak gruplandırılmıştır.

Doğum kilosunu: Anneye açık uçlu olarak sorulmuştur. Çözümlemede “2500 gramdan fazla”/ “2500 gram ve altı” olarak gruplandırılmıştır.

Bebeğin cinsiyeti: Kız/ erkek şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Doğum sonrası bebeğin yaşadığı sağlık sorunları: Bebeğin hastane ya da yoğun bakım yatışı/ yeni doğan sarılığı/aşırı kilo kaybı/diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir.

Bebeğin beslenme şekli: Annenin bebeği besleme şekli anne sütü/ mama/anne sütü+mama şeklinde sorgulanmıştır.

İlk emzirme zamanı: Doğumdan ne kadar sonra emzirdiği (anne sütü verdiği) “ilk gün”/ “ilk hafta”/ “2. hafta”/ “hiç” şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum sonrasında evi paylaşan kişiler: Doğumdan sonra eve dönüş yapıldığında evde yaşayanlar tek başına/eş ve kendisi/aile büyükleriyle birlikte/diğer şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum sonrası bebek bakımına yardımcı olan kişiler: Doğumdan sonra evde bebek bakımına yardımcı olan kişiler hiç kimse/eş /aile büyükleri /diğer şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum sonrasında kendini annelik açısından yeterli hissetme durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Doğum sonu yaşanan sağlık sorunları: Annenin doğum sonrası yaşadığı sorunlar yok/ağrı/yorgunluk/uyku problemleri/kabızlık/meme problemleri/diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir.

Doğum sonu yaşanan ailesel sorunlar: yok/annenin işi ile ilgili sorunlar/ekonomik sorunlar/ eşler arası sorun/evdeki aile büyükleri ile sorun yaşama/diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir.

Emzirme ağrısı: Var/ yok şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Emzirme konusunda endişe: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Çocukta uyku problemi varlığı: Hayır/hafif/orta/çok/bilmiyorum şeklinde sorgulanmıştır.

Doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuma durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Doğum öncesi fiziksel aktivite yapma durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Annenin doğumdan önce yaptığı fiziksel aktivitede çeşidi: Yüzme/ yürüyüş/ pilates/ yoga/ bisiklete binme/ su içi egzersizler/ aerobik dans/ diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir.

Doğum sonrası fiziksel aktivite yapma durumu: Evet/ hayır şeklinde sorularak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Annenin doğumdan sonra yaptığı fiziksel aktivitede çeşidi: Yüzme/ yürüyüş/ pilates/ yoga/ bisiklete binme/ su içi egzersizler/ aerobik dans/ diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir.

Doğum öncesi tanısı koyulmuş psikiyatrik bir hastalık: Yok/ Psikotik Bozukluk/ Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)/ İntihar Riski Olan Major Depresyon Bozukluğu/ Bipolar Bozukluk/ Kişilik Bozukluğu/ Demans/ Mental Retardasyon/Diğer şeklinde sorgulanarak birden çok seçim yapılabileceği belirtilmiştir. Çözümlemede Yok/ Psikotik Bozukluk/ Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)/ İntihar Riski Olan Major Depresyon Bozukluğu/ Bipolar Bozukluk/ Kişilik Bozukluğu/ Demans/ Mental Retardasyon/ Depresyon/ Yaygın Anksiyete Bozukluğu/ Panik Atak olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışma için gerekli verilerin toplanabilmesi amacıyla 2 form kullanılmıştır. 1. form çalışmaya alınan annelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve doğum öncesi-sonrası ile ilgili bilgi sahibi olmak için tarafımızca hazırlanan ‘Sosyodemografik Veri Anket Formu’, 2. form ise PPD riskini belirleyen “DDTÖ” dir.

3.5.1.Sosyodemografik veri anket formu

Literatür taraması yapılarak tarafımızca hazırlanan anket formu; annenin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumuna ilişkin özellikleri, doğum öncesi ve doğum sonrasıyla ilgili bilgileri, aile içi ilişkilerinin durumu, PPD için risk oluşturabilecek faktörleri, gebelik ve bebek hakkındaki bilgileri içeren 40 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.5.2.Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği

Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği (DDTÖ), 2000 yılında Beck ve Gable tarafından geliştirilmiş olup; 35 maddeli, 7 boyutlu ve her boyutunda 5 madde bulunan, 5 dereceli likert tipinde bir kendini bildirim ölçeğidir. Maddelerin her biri annenin postpartum dönemdeki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin doldurulmasında anneden, her madde için son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1’den (kesinlikle katılmıyorum) 5’e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan 175’dir (Beck ve Gable, 2000). DDTÖ’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karaçam ve Kitiş tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Karaçam ve Kitiş, 2008). DDTÖ 55 kesme noktası ile doğum sonrası minör ya da majör depresyonu olan ve olmayan kadınların %84,5’ini doğru tahmin ederken kesme noktası 65 ile doğum sonrası majör depresyonu olan ve olmayan kadınların %89,4’ünü doğru olarak tahmin edebilmektedir (Karaçam ve Öner, 2010)(EK-2).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Veriler çalışmayı kabul eden anneler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma izninin aile hekimlerine gönderilmesinden sonra ASM'ne gidilerek aile hekimliği birimi ile planlama yapılmıştır. ASM'nin aşı günlerindeki yoğunluk durumuna göre planlama yapılarak her ASM için belirli günler belirlenmiştir. Anketler araştırmacı tarafından kadınlara bilgilendirilmiş onam formlarının imzalatılmasının ardından uygulanmış olup, annelerle uygun bir odada yüz yüze görüşülerek veri toplanmıştır. Ölçekte depresif belirti gösteren annelerle ilgili ASM ebelerine ve aile hekimine konu hakkında bilgi verilmiştir

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi amacıyla Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 paket program kullanılmıştır. Araştırmamızda kategorize değişkenler n ve % , sürekli değişkenler ortalama(sd) ya da medyan, min-max olarak ifade edilmiştir. Yüzdeler arasındaki farklar ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmada postpartum depresyon riskini etkileyen bağımsız değişkenlerden anlamlı bulunanlar lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ 'in altında kalan değerler istatistiksel yönden anlamlı kabul edildi.

3.8. Araştırma Onayı

Araştırma için gerekli bireysel ve kurumsal izinler alınmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik çalışmalar etik kurulu tarafından 20.01.2022 tarih ve 01 sayılı kararı ile çalışmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onaylanmıştır (EK - 3).

Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır (EK - 4).

Ayrıca alışma öncesinde katılımcılardan sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya postpartum 6 aylık dönem içinde olan 150 kadın dâhil edilmiştir. Kadınlar doğum sonrası ortalama $3,30 \pm 1,53$ aydadırlar ve yaş ortalamaları $31,80 \pm 4,11$ 'dir. Grupta çoğunlukla medeni durumu evli kadınlar bulunurken (%93,90), 10 kadın (%6,70) eşinden boşanmıştır. Annelerin çoğu lise ve üzeri okullardan mezundur (87,30) ve çoğu çalışmaktadır (%70). Babaların büyük kısmı da lise ve üzeri okullardan mezundur (78,60) ve çoğunluğu çalışmaktadır (%96,00). Annelerin algıladığı gelir durumu ise genellikle gelirlerinin giderlerine eşit olduğu yönündedir (%48,00) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı

Yaş	Ort± SS	31,80 ± 4,11
Doğum sonrası aylar	Ort± SS	3,30±1,53
Değişkenler	n	%
Medeni durum		
Evli	140	93,90
Boşanmış	10	6,70
Anne öğrenim durumu		
Okuryazar değil	0	0,00
Okuryazar	0	0,00
İlkokul mezunu	1	0,70
Ortaokul mezunu	1	0,70
Lise mezunu	17	11,30
Lisans mezunu	90	60,00
Yüksek lisans/ doktora mezunu	41	27,30
Annenin algıladığı gelir durumu		
Gelirim giderimden az	40	26,70
Gelirim giderime eşit	72	48,00
Gelirim giderimden fazla	38	25,30
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	105	70,00
Çalışmıyor	45	30,00
Eşin öğrenim durumu		
Okuryazar değil	0	0,00
Okuryazar	0	0,00
İlkokul mezunu	2	1,30
Ortaokul mezunu	3	2,00
Lise mezunu	27	18,00
Lisans mezunu	86	57,30
Yüksek lisans/ doktora mezunu	32	21,30
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	144	96,00
Çalışmıyor	6	4,00

Annelerin ortalama gebe kalma sayısı 1,73'tür(1-6) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise 1,47'dir(1-5). Katılımcıların %23,30'u planlayarak gebe kalmadığını belirtmiştir. Annelerin %30'u gebeliğinde sağlık sorunu yaşamıştır. Gebelik döneminde annelerin %48,70'i çevresindeki herkesten, %36,70'i sadece eşinden ve %8,00'ı anne-babasından destek görürken %4,70'i hiç destek görmediğini belirtmiştir. Annelerin büyük bir kısmı (%76,70) doğum öncesi anneliğe hazır hissettiğini belirtiyor. Sezaryen doğum, katılımcıların %76,70'i tarafından tercih ediliyor. Doğum şekline karar vermede doktorlar önemli bir rol oynasa da (%34,00), anne ve doktor birlikte

karar verme oranı oldukça yüksektir (%48,70). Vajinal doğuma uygun olmama, katılımcılar arasında en yaygın doğum şekline karar verme nedenidir (%51,30). Katılımcıların sadece %8,70'i doğum sırasında komplikasyon yaşamıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların gebelik dönemi ve doğum ile ilgili verileri.

Değişkenler	n	%
Gebe kalma sayısı		
1	76	50,70
2	50	33,30
3	15	10,00
4	8	5,30
6	1	0,70
Çocuk sayısı		
1	95	63,30
2	41	27,30
3	13	8,70
5	1	0,70
Planlı gebelik		
Evet	115	76,70
Hayır	35	23,30
Gebelikte sağlık sorunu yaşama		
Evet	45	30,00
Hayır	105	70,00
Gebelikte destek olan kişiler		
Hiç kimse	7	4,70
Anne-baba	12	8,00
Eş	55	36,70
Çevredeki herkes	73	48,70
Diğer	3	2,00
Gebelikte anneliğe hazır hissetme		
Evet	15	76,70
Hayır	35	23,30
Doğum şekli		
Vajinal	35	23,30
Sezaryen	115	76,70
Doğum şekline karar veren kişi		
Anne	26	17,30
Doktor	51	34,00
Anne ve doktor	73	48,70
Doğum şekline karar verme nedeni		
Tekrarlayan sezaryen	23	15,30
Faydalı olduğunu düşünme	50	33,30
Vajinal doğuma uygun değil	77	51,30
Doğum sırasında komplikasyon		
Evet	13	8,70
Hayır	137	91,30

Bebeklerin %16,00'sı 36 hafta ve öncesinde, %9,30'u "2500 gram ve daha düşük doğum ağırlıklı" olarak dünyaya gelmişlerdir. %54,70'i kız bebektir. Annelerin %64,00'ü doğum sonrası bebeklerinin sağlık sorunu yaşadığını söylemiş ve %16,70'i hastane veya yoğun bakımda yatışı olduğunu; %42,70'i yeni doğan sarılığı yaşadığını; %6,70'i ise bebeğinin aşırı kilo kaybı yaşadığını belirtmiştir. Bebeklerin %62,00'si anne sütü ile beslenirken, %32,00'si anne sütü ve mama ile besleniyor ve sadece %6,00'si mama ile beslenmektedir. Katılımcıların %72,00'si bebeğini doğduğu ilk gün emzirmeye başlamıştır. %18,00'i ilk hafta, %5,30'ü ikinci hafta ve %4,70'i hiç emzirmediklerini belirtmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Bebeklere ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı.

Değişkenler	n	%
Bebeğin doğum haftası		
36 hafta ve öncesi	24	16,00
37 hafta ve sonrası	126	84,00
Bebeğin doğum kilosu		
2500 gr altı	14	9,30
2500 gr ve üzeri	136	90,70
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	82	54,70
Erkek	68	45,30
Doğum sonrası bebeğin sağlık sorunu		
Var	96	64,00
Yok	54	36,00
Bebeğin hastane ya da yoğun bakım yatışı		
Evet	25	16,70
Hayır	125	83,30
Bebeğin yeni doğan sarılığı geçirme durumu		
Evet	64	42,70
Hayır	86	57,30
Bebeğin aşırı kilo kaybı durumu		
Evet	10	6,70
Hayır	140	93,30
Bebeğin beslenme şekli		
Anne sütü	93	62,00
Mama	9	6,00
Anne sütü + mama	48	32,00
Bebeğin emzirmeye başlandığı süre		
İlk gün	108	72,00
İlk hafta	27	18,00
2. hafta	8	5,30
Hiç emzirmedim	7	4,70

Katılımcıların çoğunluğu (%52,70) eşi ile birlikte evi paylaştığını belirtirken, %45,30'u aile büyükleriyle birlikte ve sadece %1,30'u tek başına yaşamaktadır. Bebek bakımına yardımcı olan kişiler arasında, en yaygın yardımcı grup aile büyükleri (%49,30) ve eşlerdir (%37,30). Annelerin %7,30'u bebek bakımına hiç kimsenin yardım etmediğini belirtiyor. %6,00 ise hem eşlerinin hem de aile büyüklerinin yardım ettiğini söylüyor. Katılımcıların 35,30'u kendini annelik açısından yeterli hissetmemektedir. Annelerin %91,30'u doğum sonrası sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. %51,30'u doğum sonrası ağrı yaşarken, %74,00'ü doğum sonrası yorgunluk hissetmiş, %64,00'ü doğum sonrası uyku problemleri, %21,30'u doğum sonrası kabızlık, %51,30'ü doğum sonrası meme problemleri yaşamış (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Katılımcıların doğum sonrası dönemleriyle ilgili veriler.

Değişkenler	n	%
Doğum sonrası evi paylaşan kişiler		
Tek başına	2	1,30
Eşi ve kendisi	79	52,70
Aile büyükleriyle birlikte	68	45,30
Diğer	1	0,70
Doğum sonrası bebek bakımına yardımcı olan kişiler		
Hiç kimse	11	7,30
Eş	56	37,30
Aile büyükleri	74	49,30
Eş ve aile büyükleri	9	6,00
Annelik açısından yeterli hissetme		
Evet	97	64,70
Hayır	53	35,30
Doğum sonrası sağlık sorunu yaşama		
Var	137	91,30
Yok	13	8,70
Doğum sonrası ağrı		
Evet	77	51,30
Hayır	73	48,70
Doğum sonrası yorgunluk		
Evet	111	74,00
Hayır	39	26,00
Doğum sonrası uyku problemleri		
Evet	96	64,00
Hayır	54	36,00
Doğum sonrası kabızlık		
Evet	32	21,30
Hayır	118	78,70
Doğum sonrası meme problemleri		
Evet	77	51,30
Hayır	73	48,70

Katılımcıların %56,70'i doğum sonrası ailesel sorun yaşadığını belirtmiştir. Annelerin %10,70'si ekonomik sorunlar, %11,30'u işi ile ilgili sorunlar, %21,30'u eşler arası problem ve %32,00'si ise aile büyükleriyle sorun yaşadığını belirtiyor. Annelerin %34,70'i emzirme konusunda endişe duymuştur. Annelerin %44,70'i emzirme ağrısı yaşadığını söylüyor. Annelerin %39,30'u bebeklerinin uyku problemi yaşamadığını belirtirken; %25,30'u hafif, %22,70'si orta ve %12,00'si çok uyku problemi yaşadıklarını söylüyor.%0,70'i ise bilmediğini belirtiyor. Katılımcıların %52,00'si doğum sonrası kitap/gazete/dergi okumamıştır (Tablo 4.4. Devam).

Tablo 4.4. Devam. Katılımcıların doğum sonrası dönemleriyle ilgili veriler.

Değişkenler	n	%
Doğum sonrası ailesel sorun yaşama		
Var	85	56,70
Yok	65	43,30
Ekonomik sorunlar		
Evet	16	10,70
Hayır	134	89,30
Annenin işi ile ilgili sorunlar		
Evet	17	11,30
Hayır	133	88,70
Eşler arası sorun		
Evet	32	21,30
Hayır	118	78,70
Evdeki aile büyükleri ile sorun yaşama		
Evet	48	32,00
Hayır	102	68,00
Emzirme ağrısı varlığı		
Var	67	44,70
Yok	83	55,30
Emzirme konusunda endişe duyma		
Evet	52	34,70
Hayır	98	65,30
Çocuğun uyku problemi varlığı		
Çok	18	12,00
Orta	34	22,70
Hafif	38	25,30
Hiç	59	39,30
Bilmiyorum	1	0,70
Çok-orta	52	34,70
Hafif-hiç-bilmiyorum	98	65,30
Doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuma durumu		
Evet	72	48,00
Hayır	78	52,00

Tablo 4.5. Katılımcıların doğum öncesi fiziksel aktivite geçmişleri.

Değişkenler	n	%
Doğum öncesi fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	111	74,00
Hayır	39	26,00
Yüzme		
Evet	4	2,70
Hayır	146	97,30
Su içi egzersizler		
Evet	4	2,70
Hayır	146	97,30
Yürüyüş		
Evet	97	64,70
Hayır	53	35,30
Aerobik dans		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Pilates		
Evet	27	18,00
Hayır	123	82,00
Yoga		
Evet	18	12,00
Hayır	132	88,00
Bisiklete binme		
Evet	5	3,30
Hayır	145	96,70

Katılımcıların büyük bir kısmı (%74,00) doğum öncesi fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Yürüyüş, katılımcılar arasında en yaygın fiziksel aktivite türüdür (%64,70). Pilates ve yoga da bir miktar katılımcı tarafından tercih edilen aktivitelerdir (%18,00 ve %12,00). Yüzmeyi tercih eden %27, su içi egzersizleri tercih eden %2,70 ve bisiklete binmeyi tercih eden %3,30 kadın olmasına rağmen aerobik dans tercih edilmemiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Katılımcıların doğum sonrası fiziksel aktivite geçmişleri.

Değişkenler	n	%
Doğum sonrası fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	68	45,30
Hayır	82	54,70
Yüzme		
Evet	7	4,70
Hayır	143	95,30
Su içi egzersizler		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Yürüyüş		
Evet	57	38,00
Hayır	93	62,00
Aerobik dans		
Evet	4	2,70
Hayır	146	97,30
Pilates		
Evet	21	14,00
Hayır	129	86,00
Yoga		
Evet	8	5,30
Hayır	142	94,70
Bisiklete binme		
Evet	1	0,70
Hayır	149	99,30

Doğum sonrası dönemde fiziksel aktivite yapma oranı %45,30'dur. Yürüyüş, doğum sonrası dönemde en yaygın fiziksel aktivite türüdür (%38,00). Diğer fiziksel aktiviteler yüzme(%4,70), su içi egzersizler(%0), aerobik dans(%2,70), pilates(%14), yoga(%5,30) ve bisiklete binme(%0,70) daha az tercih edilen aktivitelerdir (Tablo 4.6.).

Katılımcıların %4,70'i doğum öncesi psikiyatrik bir tanı aldıklarını belirtmiştir. Kadınların %2,00'sinin obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %1,30'unun depresyon, %1,30'unun yaygın anksiyete bozukluğu %0,70'inin demans ve %0,70'inin panik atak tanısı vardır. Psikotik bozukluk, intihar riski olan major depresyon bozukluğu, bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu ve mental retardasyon hiçbir katılımcı tarafından belirtilmemiştir (%0,00) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Katılımcıların geçmiş psikiyatrik bilgileri.

Değişkenler	n	%
Doğum öncesi koyulmuş psikiyatrik tanı		
Yok	143	95,30
Var	7	4,70
Psikotik bozukluk		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)		
Evet	3	2,00
Hayır	147	98,00
İntihar riski olan major depresyon bozukluğu		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Depresyon		
Evet	2	1,30
Hayır	148	98,70
Bipolar bozukluk		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Demans		
Evet	1	0,70
Hayır	149	99,30
Kişilik bozukluğu		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Mental retardasyon		
Evet	0	0,00
Hayır	150	100,00
Yaygın anksiyete bozukluğu		
Evet	2	1,30
Hayır	148	98,70
Panik atak		
Evet	1	0,70
Hayır	149	99,30

DDTÖ'nin yanıtlarına göre analizi tablo 7'de yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35 ve en yüksek değer 175'dir. "Ölçekten 55 ve üzeri puan alanlar" minör ya da majör PPD riski altında olarak kabul edilmiştir. Kadınların %20'si riskli gruptadır. Ölçek sonucuna göre çalışmaya katılan kadınlar en düşük 36 ve en yüksek 71 puan almışlardır. Ortalama ölçek puanı $49,09 \pm 7,62$ ve ortanca değer 48'dir (Tablo 4.8., Tablo 4.9.).

Tablo 4.8. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği sonuçları.

Ölçek	Ort \pm SS	Ortanca	En az – En fazla
Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği	49,09 \pm 7,62	48	36-71

Tablo 4.9. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği sonuçlarına göre dağılım.

Değişkenler	n	%
Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği		
Risk var	30	20,00
Risk yok	120	80,00

4.2. Sonuçlara İlişkin Bulgular

4.2.1. Postpartum depresyonu etkileyen etmenler

Yaş grubu ($p=0,415$), medeni durum ($p=0,419$), gelir algısı ($p=0,530$) ve babanın çalışma durumu ($p=0,345$) PPD riskini anlamlı olarak etkilememektedir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça PPD riski anlamlı olarak düşmektedir ($p=0,006$). Çalışmayan kadınlarda PPD riski çalışanlara göre anlamlı olarak fazladır ($p=0,026$). Babanın eğitim düzeyi arttıkça annenin PPD riski anlamlı olarak düşmektedir ($p=0,003$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Sosyo-demografik özelliklere göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Yaş					
30 yaş altı	44	84,60	8	15,40	0,392
30 yaş ve üzeri	76	77,60	22	22,40	
Medeni durum					
Boşanmış	7	70,00	3	30,00	0,419*
Evli	113	80,70	27	19,30	
Anne öğrenim durumu					
Okuryazar değil	0	0,00	0	0,00	<0,006*
Okuryazar	0	0,00	0	0,00	
İlkokul mezunu	0	0,00	1	100,00	
Ortaokul mezunu	0	0,00	1	100,00	
Lise mezunu	10	58,80	7	41,20	
Lisans mezunu	77	85,60	13	14,40	
Yüksek lisans/ doktora mezunu	33	80,50	3	19,50	
Lisans altı	10	52,60	9	47,40	<0,001
Lisans ve üzeri	110	84,00	21	16,00	
Annenin algıladığı gelir durumu					
Gelirim giderimden az	34	85,00	6	15,00	0,530
Gelirim giderime eşit	55	76,40	17	23,60	
Gelirim giderimden fazla	31	81,60	7	18,40	
Anne çalışma durumu					
Çalışıyor	89	84,80	16	15,20	<0,026
Çalışmıyor	31	68,90	14	31,10	
Eşin öğrenim durumu					
Okuryazar değil	0	0,00	0	0,00	<0,003*
Okuryazar	0	0,00	0	0,00	
İlkokul mezunu	0	0,00	2	100,00	
Ortaokul mezunu	2	66,70	1	33,30	
Lise mezunu	17	63,00	10	37,00	
Lisans mezunu	75	87,20	11	12,80	
Yüksek lisans/ doktora mezunu	26	81,30	6	18,80	
Lisans altı	19	59,40	13	40,60	<0,001
Lisans ve üzeri	101	85,60	17	14,40	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	116	80,60	28	19,40	0,345*
Çalışmıyor	4	66,70	2	33,30	

-Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*Fisher'in kesin testi sonucu

Doğum şekli (p=1,000), doğum şekline karar veren kişi (p=0,220), doğum şekline karar verme nedeni (p=0,715) ve doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (p=1,000) ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gebelikte hiç kimseden destek görmeyen, planlayarak gebe kalmayan, gebelikte sağlık sorunu yaşayan ve gebelikte anneliğe hazır hissetmeyen kadınlarda PPD riski anlamlı olarak yüksektir (sırasıyla p=0,005, p=0,001, p=0,008 ve p=0,016) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Gebelik ve doğuma ilişkin özelliklere göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Planlı gebelik					
Evet	99	86,10	16	13,90	<0,001
Hayır	21	60,00	14	40,00	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama					
Evet	30	66,70	15	33,30	<0,008
Hayır	90	85,70	15	14,30	
Gebelikte destek olan kişiler					
Hiç kimse	2	28,60	5	71,40	<0,005*
Anne-baba	9	75,00	3	25,00	
Eş	43	78,20	12	21,80	
Çevredeki herkes	65	89,00	8	11,00	
Diğer	1	33,30	2	66,70	
Gebelikte anneliğe hazır hissetme					
Evet	97	84,30	18	15,70	<0,016
Hayır	23	65,70	12	34,30	
Doğum şekli					
Vajinal	28	80,00	7	20,00	1,000
Sezaryen	92	80,00	23	20,00	
Doğum şekline karar veren kişi					
Anne	24	92,30	2	7,70	0,220
Doktor	39	76,50	12	23,50	
Anne ve doktor	57	78,10	16	21,90	
Doğum şekline karar verme nedeni					
Tekrarlayan sezaryen	17	73,90	6	26,10	0,715
Faydalı olduğunu düşünme	41	82,00	9	18,00	
Vajinal doğuma uygun değil	62	80,50	15	19,50	
Doğum sırasında komplikasyon yaşama					
Evet	11	84,60	2	15,40	1,000*
Hayır	109	79,60	28	20,40	

-Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*Fisher'in kesin testi sonucu

Bebeğin doğum haftası ($p=0,786$), doğum kilosu ($p=0,737$) ve cinsiyeti ($p=0,325$) ile annenin PPD'ü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bebeğinde sağlık sorunları görülen ($p=0,004$), bebeği hastane ya da yoğun bakımda yatmış ($p=0,001$), bebeğinde yeni doğan sarılığı ($p=0,001$) oluşmuş ve bebeğini mama ile besleyen ($p=0,001$) annelerin PPD riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Bebeğe ilişkin özelliklere göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Bebeğin doğum haftası					
36 hafta ve öncesi	20	83,30	4	16,70	0,786*
37 hafta ve sonrası	100	79,40	26	20,60	
Bebeğin doğum kilosu					
2500 gr altı	12	85,70	2	14,30	0,737*
2500 gr ve üzeri	108	79,40	28	20,60	
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	68	82,90	14	17,10	0,325
Erkek	52	76,50	16	23,50	
Doğum sonrası bebeğin sağlık sorunu yaşama durumu					
Var	70	72,90	26	27,10	<0,004
Yok	50	92,60	4	7,40	
Bebeğin hastane ya da yoğun bakım yatışı					
Evet	13	52,00	12	48,00	<0,001
Hayır	107	85,60	18	14,40	
Bebeğin yeni doğan sarılığı geçirme durumu					
Evet	43	67,20	21	32,80	<0,001
Hayır	77	89,50	9	10,50	
Bebeğin aşırı kilo kaybı durumu					
Evet	8	80,00	2	20,00	1,000*
Hayır	112	80,00	28	20,00	
Bebeğin beslenme şekli					
Anne sütü	78	83,90	15	16,10	<0,001
Mama	0	0,00	9	100,00	
Anne sütü + mama	42	87,50	6	12,50	
Bebeğin emzirmeye başlandığınız süre					
İlk gün	87	80,60	21	19,40	0,918*
İlk hafta	22	81,50	5	18,50	
2. Hafta	6	75,00	2	25,00	
Hiç emzirmedim	5	71,40	2	28,60	

-Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*Fisher'in kesin testi sonucu

Doğum sonrası annenin evi paylaştığı kişiler ($p=0,857$) ve bebek bakımı için destek aldığı kişiler ($p=0,164$) PPD riskini anlamlı olarak etkilememektedir. PPD ile annelerin doğum sonrası yaşadıkları sağlık sorunları ($p=0,072$), ağrı ($p=0,513$), yorgunluk ($p=0,402$), uyku problemleri ($p=0,610$), kabızlık ($p=0,842$) ve meme problemleri ($p=0,327$) arasında ilişki saptanamamıştır. Kendini annelik açısından yeterli hissetmeyen ($p=0,006$) kadınların PPD riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Doğum sonrası dönemin özelliklere göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Doğum sonrası evi paylaşan kişiler					
Tek başına	2	100,00	0	0,00	0,857*
Eşi ve kendisi	63	79,70	16	20,30	
Aile büyükleriyle birlikte	54	79,40	14	20,60	
Diğer	1	100,00	0	0,00	
Doğum sonrası bebek bakımına yardımcı olan kişiler					
Hiç kimse	6	54,50	5	45,50	0,164*
Eş	46	82,10	10	17,90	
Aile büyükleri	60	81,10	14	18,90	
Eş ve aile büyükleri	8	88,90	1	11,10	
Annelik açısından yeterli hissetme					
Evet	84	86,60	13	13,40	<0,006
Hayır	36	67,90	17	32,10	
Doğum sonrası sağlık sorunu yaşama					
Var	107	78,10	30	21,90	0,072*
Yok	13	100,00	0	0,00	
Doğum sonrası ağrı					
Evet	60	77,90	17	22,10	0,513
Hayır	60	82,20	13	17,80	
Doğum sonrası yorgunluk					
Evet	87	78,40	24	21,60	0,402
Hayır	33	84,60	6	15,40	
Doğum sonrası uyku problemleri					
Evet	78	81,30	18	18,80	0,610
Hayır	42	77,80	12	22,20	
Doğum sonrası kabızlık					
Evet	26	81,30	6	18,80	0,842
Hayır	94	79,70	24	20,30	
Doğum sonrası meme problemleri					
Evet	64	83,10	13	16,90	0,327
Hayır	56	76,70	17	23,30	

-Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır.

*Fisher'in kesin testi sonucu

Tablo 4.13. Devam. Doğum sonrası dönemin özelliklere göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		P
	n (120)	%	n (30)	%	
Doğum sonrası ailesel sorun yaşama					
Var	60	70,60	25	29,40	<0,001
Yok	60	92,30	5	7,70	
Ekonomik sorunlar					
Evet	13	81,30	3	18,80	1,000*
Hayır	107	79,90	27	20,10	
Annenin işi ile ilgili sorunlar					
Evet	13	76,50	4	23,50	0,748*
Hayır	107	80,50	26	19,50	
Eşler arası sorun					
Evet	20	62,50	12	37,50	<0,005
Hayır	100	84,70	18	15,30	
Evdeki aile büyükleri ile sorun yaşama					
Evet	28	58,30	20	41,70	<0,001
Hayır	92	90,20	10	9,80	
Emzirme ağrısı varlığı					
Var	65	78,30	18	21,70	0,565
Yok	55	82,10	12	17,90	
Emzirme konusunda endişe duyma					
Evet	42	80,80	10	19,20	0,864
Hayır	78	79,60	20	20,40	
Bebegin uyku problemi					
Çok	11	61,10	7	38,90	<0,001*
Orta	21	61,80	13	38,20	
Hafif	32	84,20	6	15,80	
Hayır	55	93,20	4	6,80	
Bilmiyorum	1	100,00	0	0,00	
Çok-orta	32	61,50	20	38,50	<0,001
Hafif-hiç-bilmiyorum	88	89,80	10	10,20	
Doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuma durumu					
Evet	57	79,20	15	20,80	0,806
Hayır	63	80,80	15	19,20	

-Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır.

**Fisher'in kesin testi sonucu

Ekonomik sorunlar (p=1,000), annenin işi ile ilgili sorunlar (p=0,748), emzirme ağrısı varlığı (p=0,565), emzirme konusunda endişe (p=0,864) ve doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuma (p=0,806) ile PPD arasında ilişki bulunamamıştır. Doğum sonrası ailesel problemleri olan (p=0,001), eşiyile (p=0,005), evdeki aile büyükleriyle

sorun yaşıyan ($p=0,001$) ve çocuğunda orta derece uyku problemi ($p=0,001$) olduğunu düşünen annelerin PPD riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13. Devam).

Tablo 4.14. Doğum öncesi fiziksel aktivite geçmişlerine göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Doğum öncesi fiziksel aktivite yapma durumu					
Evet	90	81,10	21	18,90	0,577
Hayır	30	76,90	9	23,10	
Yüzme					
Evet	4	100,00	0	0,00	0,584*
Hayır	116	79,50	30	20,50	
Su içi egzersizler					
Evet	4	100,00	0	0,00	0,584*
Hayır	116	79,50	30	20,50	
Yürüyüş					
Evet	76	78,40	21	21,60	0,494
Hayır	44	83,00	9	17,00	
Aerobik dans					
Evet	0	0,00	0	0,00	-
Hayır	120	80,00	30	20,00	
Pilates					
Evet	21	77,80	6	22,20	0,750
Hayır	99	80,50	24	19,50	
Yoga					
Evet	17	94,40	1	5,60	0,125*
Hayır	103	78,00	29	22,00	
Bisiklete binme					
Evet	5	100,00	0	0,00	0,583*
Hayır	115	79,30	30	20,70	

-Katılımcılara birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır. **Fisher'in kesin testi sonucu

Annelerin doğum öncesi; fiziksel aktivite yapma durumları ($p=0,577$), yüzme ($p=0,584$), su içi egzersiz ($p=0,584$), yürüyüş ($p=0,494$), aerobik dans ($p= -$), pilates ($p=0,750$), yoga ($p=0,125$) ve bisiklet binme ($p=0,082$) ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.14.).

Doğum sonrası; yüzme ($p=1,000$), su içi egzersiz ($p= -$), yürüyüş ($p=0,153$), aerobik dans ($p=0,584$), yoga ($p=0,358$) ve bisiklet binme ($p=1,000$) ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doğum sonrası fiziksel aktivite de bulunmak

($p=0,022$) ve özellikle pilates yapmak ($p=0,008$) kadınların PPD riskini anlamlı olarak düşürmektedir (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Doğum sonrası fiziksel aktivite geçmişlerine göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		p
	n (120)	%	n (30)	%	
Doğum sonrası fiziksel aktivite yapma durumu					
Evet	60	88,20	8	11,80	<0,022
Hayır	60	73,20	22	26,80	
Yüzme					
Evet	6	85,70	1	14,30	1,000*
Hayır	114	79,70	29	20,30	
Su içi egzersizler					
Evet	0	0,00	0	0,00	-
Hayır	120	80,00	30	20,00	
Yürüyüş					
Evet	49	86,00	8	14,00	0,153
Hayır	71	76,30	22	23,70	
Aerobik dans					
Evet	4	100,00	0	0,00	0,584*
Hayır	116	79,50	30	20,50	
Pilates					
Evet	21	100,00	0	0,00	<0,008*
Hayır	99	76,70	30	23,20	
Yoga					
Evet	8	100,00	0	0,00	0,358*
Hayır	112	78,90	30	21,10	
Bisiklete binme					
Evet	1	100,00	0	0,00	1,000*
Hayır	119	79,90	30	20,10	

-Katılımcılara birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır. *Fisher'in kesin testi sonucu

Annelerin doğum öncesi; aldıkları psikiyatrik tanı ($p=0,627$), psikotik bozukluk ($p= -$), obsesif kompulsif bozukluk(okb) ($p=1,000$), intihar riski olan major depresyon bozukluğu ($p= -$), bipolar bozukluk ($p= -$), demans ($p=1,000$), kişilik bozukluğu ($p= -$), mental retardasyon ($p= -$), yaygın aksiyete bozukluğu ($p=0,361$), ve panik atak ($p=0,200$) ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doğum öncesi alınan tanılardan depresyon ($p=0,039$) ile kadınların PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öncesinde depresyon tanısı olan kadınların PPD riski yüksektir (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Katılımcıların psikiyatrik geçmişlerine göre postpartum depresyon riski.

Değişkenler	PPD riski yok		PPD riski var		P
	n (120)	%	n (30)	%	
Doğum öncesi koyulmuş psikiyatrik tanı					
Var	5	71,40	2	28,60	0,627*
Yok	115	80,40	28	19,60	
Psikotik Bozukluk					
Var	0	0,00	0	0,00	-
Yok	120	80,00	30	20,00	
Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)					
Var	3	100,00	0	0,00	1,000*
Yok	117	79,60	30	20,40	
İntihar Riski Olan Major Depresyon Bozukluğu					
Var	0	0,00	0	0,00	-
Yok	120	80,00	30	20,00	
Depresyon					
Var	0	0,00	2	100,00	<0,039*
Yok	120	81,10	28	18,90	
Bipolar Bozukluk					
Var	0	0,00	0	0,00	-
Yok	120	80,00	30	20,00	
Demans					
Var	1	100,00	0	0,00	1,000*
Yok	119	79,90	30	20,10	
Kişilik Bozukluğu					
Var	0	0,00	0	0,00	-
Yok	120	80,00	30	20,00	
Mental Retardasyon					
Var	0	0,00	0	0,00	-
Yok	120	80,00	30	20,00	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu					
Var	1	50,00	1	50,00	0,361*
Yok	119	80,40	29	19,60	
Panik Atak					
Var	0	0,00	1	100,00	0,200*
Yok	120	80,50	29	19,50	

-Katılımcılara birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Ki kare testi uygulanmıştır. Satır yüzdesi kullanılmıştır. *Fisher'in kesin testi sonucu

Annenin planlayarak gebe kalması PPD riski %70 oranında engellemektedir. Bebeğin doğum sonrası sağlık problemi yaşayarak hastane ya da yoğun bakımda yatması annenin PPD riskini 11,7 kat arttırırken yeni doğan sarılığı geçirmesi ise 4,3 kat arttırmaktadır. Annenin eşinin ya da kendinin aile büyükleriyle sorun yaşaması PPD riskini 5,6 kat arttırmaktadır. Çalışmamızda bebeğinde hiç uyku problemi olmadığını belirten annelerin PPD riskinin, bebeğinde uyku probleminin; hafif olduğunu belirtenlere göre 4,1 kat, orta olduğunu belirtenlere göre 6,6 kat, çok olduğunu belirtenlere göre ise 12,6 kat daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Katılımcıların postpartum depresyon riskine ilişkin faktörlerin çoklu lojistik regresyon analizi

Değişkenler	OR	Standart hata	%95 Güven aralığı		p değeri
			Alt sınır	Üst sınır	
Planlı gebelik(yok)	0,304	0,585	0,107	1,003	0,042
Bebeğin hastane ya da yoğun bakım yatışı(yok)	11,754	0,673	0,025	0,329	0,001
Yeni doğan sarılığı(yok)	4,326	0,555	0,082	0,691	0,008
Evdeki aile büyükleri ile sorun yaşama(yok)	5,604	0,567	0,061	0,540	0,002
Bebeğin uyku problemi(yok)					
Hafif	4,165	0,806	0,859	20,204	0,077
Orta	6,690	0,803	1,386	32,292	0,018
Çok	12,647	0,927	2,054	77,859	0,006

-Backward lojistik regresyon analizi yapılmış olup modele babanın eğitim durumu, planlı gebelik, gebelikte destek olan kişiler, bebeğin hastane ya da yoğun bakım yatışı, yeni doğan sarılığı, doğum sonrası annelik açısından yeterli hissetme, evdeki aile büyükleri ile sorun yaşama ve bebeğin uyku problemi olduğunu düşünme değişkenleri eklenmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda PPD sıklığı %20 olarak saptanmıştır. Buna göre 150 kadından 30'unda PPD görülmektedir. Literatür taranarak Dünya'da ve ülkemizde daha önce yapılmış benzer çalışmalara bakıldığında, bulduğumuz sonuçlar diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Shorey ve ark. 2018 yılında yaptıkları derleme sonucunda, daha önce depresyon öyküsü bulunmayan ve bebeklerini zamanında doğuran sağlıklı annelerde PPD'un yaygınlığını ve insidansını incelemek amacıyla 58 makaleyi dâhil ettiği çalışmada (N:37, 294 kadın), PPD insidansı %12 iken genel prevalans %17 olarak hesaplanmıştır. Orta Doğu'nun %26 ile en yüksek prevalansa ve Avrupa'nın ise %8 ile en düşük prevalansa sahip olduğu saptanmıştır (Shorey ve ark., 2018). Bu çalışmanın sonucunda değişik sonuçlar elde edilmesinin nedeni coğrafi bölgelerdeki kültürel farklılıklar ve taramaların zamanlaması olabilir (Shorey ve ark., 2018). Tebeka ve arkadaşlarının 2011 ile 2016 yılları arasında doğum yapan 3310 Kafkasyalı kadını postpartum bir yıla kadar takip ettikleri kohort çalışmasında; grubu tanımlamayı, erken ve geç başlangıçlı PPD prevalansını ve kümülatif insidansı tahmin etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmanın sonucunda postpartum ilk yılda PPD'un kümülatif insidansını %18,1 olarak saptamışlar ve çalışmamıza benzer sonuçlar edilmiştir (Tebeka ve ark., 2021). Upadhyay ve arkadaşlarının Hindistan'da yaşayan 20.043 kadını kapsayan 38 çalışmayı içeren derleme çalışmasında PPD prevalansı ortalaması %22, doğum sonrası 2 hafta içinde PPD bildiren 8 çalışma hariç tutulduğunda ise prevalans %19 olarak hesaplanarak yine bizim çalışmamıza oldukça yakın sonuçlara ulaşılmıştır (Upadhyay ve ark., 2017). Abulaiti ve arkadaşlarının 2018- 2021 yılları arasında Xinjiang (Sincan Uygur Özerk Bölgesi) ülkesinin başkenti olan Urumçi'deki üçüncü basamak bir hastaneye başvuran başvuran gebelerden doğum yapan 7.703 anneyi dahil ettikleri çalışmalarında; PPD

görülme sıklığı 2018'de %9,7, 2019'da %11,1, 2020'de %13,3 ve 2021'de %14,2 olarak bulunmuştur (Abulaiti ve ark., 2022). Bu çalışmada yıllar içinde PPD görülme sıklığının artmasının nedeni sezaryen doğum ve emzirmeyen kadınların yıllar içinde artış göstermesi olabilir (Abulaiti ve ark., 2022). Zeleke ve arkadaşlarının 2021 yılında Etiyopya'da yapmış oldukları 11 çalışma ve 7582 katılımcının dahil edildiği bir başka meta-analiz çalışmasında; PPD sıklığı %22,08 olarak hesaplanmış ve çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Zeleke ve ark., 2021).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında ise illerin sosyokültürel ve ekonomik farklılıkları, çalışmaya katılan anne sayısı ve çalışmaların zamanlaması literatürde farklılıklara yol açabilmektedir. Özdemir ve arkadaşları Konya ilinde 242 anne üzerinde yapmış oldukları çalışmada EDSDÖ kesme noktasını 13 ve üzeri kabul etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda PPD sıklığı %19,4 olarak bildirilmiş olup çalışmamıza çok yakın bir sonuç elde edilmiştir (Özdemir, 2007). Sezer'in 2021 yılında Sakarya ilinde aile hekimliği sistemine kayıtlı postpartum 2-6. haftalar arasındaki kadınlardan küme örnekleme yöntemiyle seçilen 282 kadın üzerinde yaptığı çalışmada EDSDÖ ölçeği kesme puanı 13 puan ve üzeri alındığında PPD sıklığı %13,8 bulunmuştur. Bu araştırmada PPD prevalans değerinin literatüre göre daha düşük bulunmasının nedeni araştırmanın doğum sonrası ilk 2-6. haftalar ile sınırlı olması, hastane kliniklerinde değil de ASM'lerde yapılmış olması ve EDSDÖ ölçeği kesme noktasının 13 puan ve üzeri alınmış olmasından kaynaklanmış olabilir (Sezer, 2021). Konoş, Edirne il merkezindeki ASM'lere başvuran 1-12 ay arasında bebeği olan 412 anne üzerinde doğum sonrası ilk yılda depresyon prevalansını, PPD'un risk faktörlerini ve gebe okulu ile PPD ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında EPDÖ kesme noktasını 13 ve üzeri olarak almıştır. Çalışmanın sonucunda PPD prevalansı %24,5'i bulunmuştur. PPD sıklığının bizim çalışmamıza göre yüksek bulunmasının nedeni doğum sonrası aralığın uzun tutulması olabilir (Konoş, 2020). Karaçam ve arkadaşlarının yaptığı 18,780 kadının yer aldığı meta analiz çalışmasında ise PPD sıklığı gelişmekte olan illerde %25, gelişmiş illerde %21,5, genel ortalama ise %24 olarak saptanmıştır (Karaçam ve ark., 2018). Yine Burdur ilinde PPD prevalansını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da sonuç %22,1 olarak bulunarak bizim çalışmamıza yakın bir sonuç elde edilmiştir (sütçü ve Çatak, 2017).

Çalışmaya katılan kadınların yaşları ile PPD gelişme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yıldırım ve arkadaşları da 2011 yılında yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak anne yaşının PPD riskini arttırmadığını saptamışlardır (Yıldırım ve ark., 2011). Durukan ve arkadaşları, Gümüş ve arkadaşları, Lin arkadaşları da yaptıkları çalışmalarda yaş ve PPD arasında anlamlı ilişki saptanmadığı bildirmişlerdir (Durukan ve ark., 2011; Gümüş ve ark., 2012; Lin ve ark., 2019). Yine Sakarya ilinde yapılan bir çalışmanın sonucunda da annenin yaşı ile PPD arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında 18 yaş altı annelerde PPD sıklığının arttığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Lau ve arkadaşlarının 2178 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmanın sonucunda, genç yaşta bebek sahibi olmanın PPD riskini arttırdığı belirtilmiştir (Lau ve Keung, 2007). Silverman ve arkadaşları ise yaptıkları çalışma sonucunda erken yaşta bebek sahibi olmanın PPD ile ilişkisi olduğunu ve bunun sebebinin annelerin hem kendi gelişimlerini tamamlamak hem de bebeğin bakım sorumluluğunu üstlenmekte zorlanmaları olduğunu belirtmişlerdir (Silverman ve ark., 2017). Bizim çalışmamızın bu çalışmalarla çelişmesinin sebebi çalışmamızda ergen annelerin bulunmaması olabilir, yaş ile PPD arasındaki ilişkiyi anlamak için ergen annelerinde dâhil edildiği daha ayrıntılı bir çalışma planlanabilir.

Katılımcıların çoğu evli olduğunu belirtirken, on kişi boşanmış olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız sonucunda annenin medeni hali ile PPD arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır. Konuş'un Edirne il merkezinde PPD sıklığı, risk faktörleri ve gebelik okulunun etkisini belirlemek için yaptığı çalışma sonucunda da bizim çalışmamızı destekler nitelikte medeni durum ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır (Konuş, 2020). Bu duruma çalışmamıza katılan boşanmış anne sayısının az olmasının sebep olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda annenin ve eşin eğitim düzeyinin düşük olmasının PPD gelişmesinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. 2015 yılında Norhayati ve ark. yaptıkları bir derleme sonucunda da annenin eğitim düzeyinin ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olmasının PPD gelişmesinde etkili olabileceği belirtilerek bizim çalışmamızı destekler nitelikte bir sonuca ulaşmışlardır (Norhayati ve ark., 2015). Üst ve arkadaşı çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan annelerin postpartum döneme daha hızlı uyum sağladıklarını, kendilerini ifade etmede daha başarılı olduklarını ve doğum sonrası stres etkenleri ile daha iyi a çıkabildiklerini

vurgulamıştır (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). 2020 yılında Konuş'un Edirne ilinde yapmış olduğu çalışmada da annelerin ve eşlerinin eğitim durumlarıyla PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Konuş, 2020). Eşin eğitim düzeyinin artması ile anneye vereceği desteğin arttırılabileceğini düşünmekteyiz. Ülkemizdeki kadın ve erkeklerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesiyle birlikte PPD riski düşürülebilir.

Çalışmamıza göre katılımcılardan çalışmayanlar, çalışanlara göre daha fazla PPD belirtisi göstermişlerdir. İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda da annenin çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu, çalışmayan annelerin potpartum depresyon riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Inandi ve ark., 2002). Ayvaz ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışma sonucunda PPD'ü olduğu belirlenen annelerin %29,9'nun çalışmadığı belirtmişlerdir (Ayvaz ve ark., 2006). Literatür tarandığında Türkiye'de yapılan toplum tabanlı kesitsel çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu bir şekilde çalışmayan kadınlarda PPD belirti sıklığının çalışan kadınlara göre anlamlı olarak fazla olduğu bildirilmiştir (Gümüş ve ark., 2012; Inandi ve ark., 2002).

Annenin algıladığı gelir durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatür tarandığında algılanan gelir durumuyla PPD arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Özcan ve arkadaşları düşük sosyo-ekonomik durumun potpartum depresyon riskini arttırdığını belirtmişlerdir (Özcan ve ark., 2017). Norhayati ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada da düşük hane halkı geliri ile PPD arasında ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Norhayati ve ark., 2015). Çalışmamızın literatür ile çatışmasının nedeninin çalışmamıza katılan kadınların algıladıkları gelir durumlarının neredeyse eşit dağılım göstermesi olduğunu düşünmekteyiz.

Gebelikle ilgili faktörler incelendiğinde regresyon analizinde anlamlı çıkmaya da ikili karşılaştırma sonucunda gebeliğinde sağlık sorunu yaşamayan, gebelikte çevresinden destek alan ve gebelikte anneliğe hazır hissettiğini söyleyen kadınların PPD riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır. İnandı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucunda gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan annelerde PPD 1,67 kat daha fazla görülmüştür (İnandı ve ark., 2002). Ekuklu ve Sünter'in yaptıkları çalışmada ise gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşamak ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Sünter ve ark., 2006; Ekuklu ve ark., 2002). Norhayati ve arkadaşları birçok çalışmayı inceledikleri

çalışmalarında da yeterli miktarda sosyal destek görmeyen ve aile içi ilişkilerinde sorunlar olan kadınların PPD'a yakalanma risklerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Norhayati ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan ve sosyal desteğin ayrıntılı olarak ölçek ile değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada da sosyal destek azlığının postpartum riskini arttırdığı belirlenmiştir (Yağmur ve Ulukoca, 2010). Efe ve arkadaşları 2009 yılında yaptıkları çalışmalarında kendini anneliğe hazır hissetmeyen kadınların hazır hissedenlere göre daha yüksek risk altında olduklarını saptamışlardır (Efe ve ark., 2009).

Çalışmamızda doğum şekli, doğum şekline karar veren kişi, doğum şekline karar verilme nedeni ve doğum sırasında komplikasyon yaşanma durumu ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında farklı görüşler bulunmaktadır. Lee ve ark. (2011) yapmış oldukları çalışma sonucunda sezaryen doğumun PPD ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Lee ve ark., 2011). Ancak Sun ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmaya göre sezaryen ve vajinal doğum arasında, PPD riski açısından herhangi bir fark bulunmamaktadır ancak acil sezaryen müdahalesi ile doğum yapan kadınların PPD riski biraz daha fazladır (Sun ve ark., 2021).

Çalışmamızda katılımcıların son gebeliklerinin planlı olması ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebeliklerinin istenmeyen ve plansız olduğunu belirten annelerde PPD sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Annenin planlayarak gebe kalmasının PPD riski %70 oranında engellediği saptanmıştır. Literatür tarandığında yapılan çalışmalarda bizim sonucumuzu destekler niteliktedir. Ekuklu ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada plansız gebe kalan annelerde PPD sıklığı %63,6 bulunurken, planlı olarak gebe kalan kadınlarda PPD sıklığı %32,8 olarak saptanmıştır. İstenmeyen ve plansız gebelikler PPD sıklığını neredeyse iki kat artırmaktadır (Ekuklu ve ark., 2004). Karahan ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda planlamadan gebe kalan kadınlarda planlayarak gebe kalan kadınlara göre PPD riskinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (KARAHAN ve ark., 2017). Mercier ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda plansız gebe kalan kadınların doğum sonrası 1 yıla kadar depresyon riskinin artabileceğini saptamışlardır (Mercier ve ark.,2013). Brezilya'da yapılan bir araştırmada ise plansız gebeliğin, PPD belirtileri taşıma ihtimalini yaklaşık 1,4 kat arttırdığı gösterilmiştir (Brito ve ark., 2015). De Castro ve arkadaşları 604 annenin katılımı ile yaptıkları çalışmada, gebeliğin planlı olması ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve planlamadan gebe kalan

kadınlarda PPD riskinin 2,4 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (De Castro ve ark., 2015). Plansız gebelik, annenin duygusal ve psikolojik açıdan yeni hayatına hazır olmadığını ve yeni ortaya çıkabilecek sorumluluklarla baş etmede zorlanabileceğini düşündürebilir. Bu durum annede stres yaratarak PPD'a eğilimi arttırabilir.

Bebeğe ilişkin özelliklere bakıldığında bebeğin doğum haftası, doğum kilosu ve cinsiyeti ile annenin PPD'u arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatür taraması yapıldığında Robertson ve ark. Batı'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile PPD arasında ilişki bulunmadığını Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda ise kız bebeği olan annelerde PPD riskinin daha fazla olduğunu ve anne-babanın bebeğin cinsiyetine vermiş oldukları olumsuz tepkilerin PPD açısından risk etmeni olabileceğini belirtmişlerdir (Robertson ve ark., 2004). Türkiye'deki bir çalışmada da yine çalışmamızı destekler şekilde bebeğin cinsiyetinden memnuniyet ile PPD arasında ilişki olmadığı saptanmamıştır (Ayvaz ve ark., 2006). Türkiye'de yapılmış benzer çalışmalarda da bebeğin doğum kilosu ve haftası ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Durukan ve ark., 2010).

Doğum sonrası bebeğinde sağlık sorunu olan kadınların PPD riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bebeğin doğum sonrası sağlık problemi yaşayarak hastane ya da yoğun bakımda yatması annenin PPD riskini 11,7 kat arttırırken yeni doğan sarılığı geçirmesi ise 4,3 kat arttırmaktadır. Literatürde tarandığında doğum sonrası dönemde bebeğinde sağlık sorunu olan kadınların PPD riski altında olduğunu gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır (Demir ve ark., 2016; El-Hachem ve ark., 2014; Esen Danaci ve ark., 2002; TÜRKÖĞLU ve ark., 2014; Aydın ve ark., 2005; Durukan ve ark., 2011). El-Hachem ve arkadaşlarının Lüblanlı kadınlardan oluşan bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda bebeği yenidoğan yoğun bakımında yatmış olan kadınların PPD düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (El-Hachem ve ark., 2014). Demir ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda bebeğin yenidoğan yoğun bakımda yatmış olmasının çalışmalarına göre PPD ile ilişkili en önemli faktör olduğunu ve PPD u yaklaşık 4,4 kat arttırdığını belirtmişlerdir (Demir ve ark., 2016). Türkoğlu ve ark. hasta bebeğe sahip olan 157 anne ve sağlıklı bebeğe sahip 135 anneden oluşan bir örneklem üzerinde PPD riskini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda PPD görülme riskinin hasta bebeğe sahip olan annelerde sağlıklı bebeğe sahip olan annelere göre daha yüksek olduğunu

bulmuşlardır (Türkoğlu ve ark., 2014). Gebelik döneminin bitişiyle birlikte ebeveynliğe geçiş, anneler için yeni bir süreçtir. Anneliğe geçiş ve kabullenme evresi başlı başına zor bir durum iken aileye yeni katılan bebeğin sağlık problemlerinin bulunması bu süreci daha da zorlaştırmaktadır. Bu durum annede suçluluk psikolojisinin gelişmesine, hastane masrafları kaynaklı ekonomik güçlüklerle, yakın arkadaşları ve çevresindeki insanlardan uzak kalarak yalnızlığa, dolayısıyla olumsuz duygu-durum değişikliklerinin gelişmesine neden olur. (Bulamacı ve Görak 2000).

Çalışmamızda ikili karşılaştırmalar sonucunda doğum sonrası bebeğini mama ile besleyen kadınlarda, anne sütü veya anne sütü ve mama ile besleyen kadınlara göre PPD riski istatistiksel olarak fazla bulunmuştur. Fakat annenin bebeğini emzirmeye başladığı süre, emzirme ağrısı varlığı ve emzirme konusunda endişeli olmak ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Başer'in 2018 yılında PPD ile emzirme arasındaki ilişkiyi değerlendirilmesi değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada da emzirme ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Başer, 2018). Yine Özkan ve ark. yaptıkları bir çalışmada da benzer sonuçlar elde ederek emzirme ile PPD arasında yüksek düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptamışlardır. (Özkan ve ark., 2019).

Çalışmamızda annenin doğum sonrası evi paylaştığı ve bebek bakımı için destek aldığı kişiler ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Erzurum ve Konya ilinde yapılmış olan toplum tabanlı çalışmalarda ve hastaneye başvuranlarda kişilerde yapılmış iki kesitsel çalışmada doğum sonrası evde yaşayan kişiler ile PPD belirtisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Aydın ve ark., 2005; Özdemir ve ark., 2008; Gülnar, 2010; Efe ve ark., 2009). Ege ve arkadaşları Türk annelerde yapmış oldukları araştırmalarında ve Nnadozie ve Nweke'nin Nijerya'lı annelerle yaptıkları araştırmalarında ise bebek bakımında az destek alan annelerin PPD risklerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (Ege ve ark., 2008; Nnadozie ve Nweke, 2017).

Kadınların doğum sonrası yaşadıkları sağlık sorunları; ağrı, yorgunluk, uyku problemleri, kabızlık ve meme problemleri ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür tarandığında farklı sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Kırkpınar ve arkadaşları 2010 yılında, Ocaktan 2006 yılında yaptıkları çalışmalarında doğumla ilgili sağlık sorunları ile PPD arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtmişlerdir (Kirpınar ve ark., 2010; Ocaktan, 2006). Çankaya ve arkadaşları ise 2017 yılında yaptıkları çalışmalarında doğum sonrası sağlık sorunu yaşamamanın PPD riskini arttırdığını saptamışlardır (Çankaya ve ark., 2017). Yaşanan sağlık sorunlarının yaratacağı stres annelerde depresif belirtiler için zemin oluşturabilir. Yapılan çalışmalarda sağlık sorunu olarak ele alınan kapsamın birbirinden farklı oluşu sonucun da farklı çıkmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda eşin veya kendinin ailesi ile sorun yaşamamanın kadınlarda PPD riskini anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur. Eşinin ya da kendinin aile büyükleriyle sorun yaşadığını belirten annelerin PPD riskini, sorun yaşamadığını belirten annelere göre 5,6 kat daha fazladır. Literatüre bakıldığında benzer çalışmalarda da kendi veya eşinin ailesi ile ilişkileri kötü olan kadınlarda PPD riskinin anlamlı olarak fazla bulunduğu görülmektedir (Arslantaş ve ark., 2009; Durukan ve ark., 2011). Arslantaş ve ark. (2009) tarafından Aydın ilinde yapılan çalışma sonucunda kadının eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olmasının PPD görülme durumunu etkilediğini tespit etmişlerdir. Özellikle annenin kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olmasının PPD'ü 4,650 kat arttırdığını saptamışlardır(Arslantaş ve ark., 2009). Benzer şekilde Durukan ve arkadaşları da 2 hafta ila 18 aylık bebeği olan anneler üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucunda eşinin ailesi ile sorun yaşayan kadınlarda PPD riskinin anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuşlardır (Durukan ve ark., 2011). Geçmiş yıllarda yapılan bir çalışmada sosyal destek azlığının ve aile içi ilişkilerin kötü olmasının orta düzeyde PPD risk etmeni olduğu belirtilmiştir(Stewart ve ark., 2003). Bir literatür taramasında ise yine benzer şekilde sosyal destek eksikliği ve aile içi ilişkilerde sorunların risk etmeni olduğu gösterilmiştir (Norhayati ve ark., 2015).

Çalışmamızın sonucunda doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuma durumu, ekonomik ve annenin işiyle ilgili sorunların olması ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızın sonucunda bebeğinde uyku problemi olduğunu belirten kadınların PPD riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda bebeğinde hiç uyku problemi olmadığını belirten annelerin PPD riskinin, bebeğinde uyku probleminin; hafif olduğunu belirtenlere göre 4,1 kat, orta olduğunu belirtenlere göre 6,6 kat, çok olduğunu belirtenlere göre ise 12,6 kat daha az olduğu saptanmıştır. Poçan ve arkadaşları tarafından doğum sonrası 4-6 hafta boyunca rutin doğum

sonrası takip için bir üniversite hastanesine başvuran toplam 187 kadında yapılan çalışma sonucunda annenin bebeğin uyku düzeninden memnun olmamasının PPD riskini anlamlı düzeyde arttırdığı bulunmuştur (Poçan ve ark., 2013). Goyal ve ark. nüfus çalışmalarında zayıf bebek uykusunun ve annenin gündüz yorgunluğunun potpartum depresyon açısından en güçlü risk faktörlerinden olduğunu belirtmişlerdir (Goyal ve ark., 2007). Avustralya'nın Melbourne kentinde 6 ila 12 aylık bebekleri olan 738 annenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada annelerin %46'sı bebeklerinde uyku sorunu olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda bebeklerinde uyku sorunu olduğunu bildiren annelerin PPD riski bizim çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur (Hiscock ve Wake, 2001). Bu duruma annenin yeterli miktarda ve kaliteli uyku alamamasıyla birlikte psikolojik ve fizyolojik açıdan yorgun düşmesinin sebebiyet verdiğini düşünmekteyiz. Bebeğin uyku düzensizliği; annenin de yeterli miktarda ve kaliteli uyku uyuyamamasına sebep olmaktadır.

İkili karşılaştırmalar ile kadınların fiziksel aktivite durumları ve PPD'un ilişkisine baktığımızda doğum öncesi fiziksel aktivite yapmak ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken doğum sonrası aktivite yapmak, özelliklede pilates ile ilgilenmenin PPD riskini azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Sezer'in (2021) araştırmasında da doğumdan sonra egzersiz yapan kadınlar, yapamayanlara göre daha az PPD belirtisi göstermektedir (Sezer, 2021). Benzer şekilde bir sistematik derlemede doğumdan sonra düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda PPD belirtisi taşıma riskinin azaldığı tespit edilmiştir (Kołomańska-Boguckan ve Mazur-Bialy, 2019). Bulguroğlu ve ark. (2023) yaptıkları 57 postpartum dönemdeki kadının katıldığı randomize kontrollü bir çalışmada 28 kadına 12 hafta fizyoterapist tarafından haftada iki gün, günde bir saat pilates egzersizleri verildi. 29 kişilik kontrol grubuna ise rahatlamayı ve nefes egzersizlerini içeren bir ev programı verildi. sonucunda postpartum dönemde uygulanan 12 haftalık pilates egzersizlerinin kadınların PPD düzeylerini iyileştirebildiği saptandı (Bulguroğlu ve ark., 2023).

Çalışmamızda ikili karşılaştırmalar sonucunda doğum öncesi alınan depresyon tanısı ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, ileri regresyon sonucundabu ilişki anlamlı bulunamamıştır. Bunun katılımcılardan sadece ikisinin geçmişinde depresyon tanısı almış olmasının sebep olduğunu düşünmekteyiz. Literatüre baktığımızda da bizim sonucumuzu destek nitelikte çalışmalar

bulunmaktadır. Ay ve arkadaşlarının 2010-2017 yıllarını kapsayan 39 makaleyi dahil ettiği, PPD ve etkileyen risk faktörlerini inceleme amacıyla yaptıkları çalışmalarının sonucunda PPD'ü etkileyen en önemli faktörün kadının kendinde/ailede depresyon geçmişinin olması olduğunu belirtmişlerdir (Ay ve ark., 2018). Gülnar ve arkadaşlarının çalışmasında da geçmişte depresyon tanısı almış kadınların PPD ihtimalinin 5,7 kat, geçmişteki doğumlarından sonra psikiyatrik hastalık geçiren annelerde ise PPD'un tekrarlanma olasılığının 7,5 kat arttığı saptanmıştır(Gülnar ve ark., 2010).

Çalışmamızda ulaşılması planlanan örneklemden daha fazlasına ulaşılarak 150 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda bazı sınırlılıklar mevcuttur. Kesitsel bir araştırma olması nedeniyle sadece belirlenen zaman dilimindeki postpartum 1-24 hafta arasındaki kadınların dâhil edilmiş olmasının sonuçları etkilemiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızın örneklemini, Denizli il merkezindeki kadınların oluşturması sonuçların tüm ülkeye genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca annelerin sorulara kendi açılarından cevap vermelerinin de cevaplarda yanlılığa sebep olmuş olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmamızdaki kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyinin Türk toplumundan daha yüksek olması, çalışma sonuçlarının toplumun genelini yansıtmasını engellemiş olabilir. Gelecek araştırmalarda bu duruma dikkat edilmelidir.

6. SONUÇ

PPD sıklığını ve etkileyen risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmamızın sonucunda;

- Denizli il merkezindeki kadınların PPD sıklığı %20 olarak saptanmıştır.
- Bebeğinde sağlık sorunu(sarıklık, bebeğin yoğunbakım yatışı) olduğunu belirten kadınlarda PPD riskinin daha fazla olduğu; bebeğin doğum sonrası sağlık problemi yaşayarak hastane ya da yoğun bakımda yatmasının annenin PPD riskini 11,7 kat arttırdığı, bebeğin yeni doğan sarılığı geçirmesinin ise annenin PPD riskini 4,3 kat arttırdığı belirlenmiştir. Bu dönemde eş ve aileye gerekli bilgiler verilerek anneye destek arttırılmalı, yaşanan sağlık sorunun anne ve bebek bağlanmasını etkilememesi için hekim ve hemşire desteği sağlanmalıdır.
- Planlayarak gebe kalmadığını belirten kadınların PPD riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Annenin planlayarak gebe kalması PPD riski %70 oranında azalttığı belirlenmiştir. Kadınlara üreme sağlığı ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirmeler yapılmalı ve planlamadan gebe kalan kadınlara eğitimler verilerek yeni yaşamına hazırlanmalıdır.
- Doğum sonrası dönemde ailedeki büyüklerle sorun yaşadığını belirten kadınlarda PPD riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Annenin eşinin ya da kendinin aile büyükleriyle sorun yaşamasının PPD riskini 5,6 kat arttırdığı belirlenmiştir. Gebelik döneminde aile büyükleriyle görüşülerek yaşanabilecekler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bebeğinde uyku sorunu olduğunu belirten kadınların PPD riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bebeğinde hiç uyku problemi olmadığını belirten annelerin PPD riskinin, bebeğinde uyku probleminin; hafif olduğunu belirtenlere göre 4,1 kat, orta olduğunu belirtenlere göre 6,6 kat, çok olduğunu belirtenlere göre ise 12,6 kat daha az olduğu saptanmıştır. Eş ve

aile büyüklerinin desteği ile annenin kendisine vakit ayırması ve dinlenmesi sağlanabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, gebelik takip ve izlemlerinde ilk başvuru yeri olduğundan bu merkezlerde çalışan aile hekimlerine ve ebelere çok iş düşmektedir. ASM'lere başvuran gebe ve postpartum dönemdeki kadınlar postpartum risk faktörleri açısından sorgulanmalıdır. Planlamadan gebe kalan annelerin kendilerini doğum sonrası döneme hazır hissetmeleri için doğum anında ve doğum sonrası dönemde yaşanabilecekler anlatılmalı; doğum, emzirme ve bebek bakımı ile ilgili eğitimler verilmelidir. Gebelik sürecinde doğum sonrası yaşanabilecek duygusal değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmak, annenin olası zorluklarla daha hazır bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olabilir. Bebeğinde uyku problemi olan annelerin bebekleri uyku açısından değerlendirilebilir. Bebeklere uyku eğitimi verilerek annenin fizyolojik ve duygusal yönden dinlenmesi sağlanabilir. Ayrıca, eş ve aile bebek bakımıyla ilgili sorumlulukları paylaşarak annenin kendine zaman ayırmasını ve dinlenmesini sağlayabilir. Aile büyükleriyle sorun yaşayan annelerin eş ve aile büyükleriyle görüşmeler düzenlenerek aile içinde güvenli destek ortamının oluşturulması sağlanabilir.

Gebelik sonrası rutin kontrolleri ihmal etmemek ve aile hekimi ile düzenli iletişim halinde olmak da annenin duygusal sağlığının izlenmesi için çok önemlidir. Merkezlere başvuran kadınların gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası duygudurum değişiklikleri yakından takip edilerek iyi analiz edilmeli ve risk faktörleri için gerekli önlemler alınmalıdır. Doğum sonrası dönemde annelere uygulanabilecek DDTÖ ile riskli kadınlar belirlenerek ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmelidir. Erken tanı ve tedavi sayesinde PPD'un anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirilebilir.

Araştırmamız farklı örneklemeler ve PPD üzerinde etkili olabilecek başka risk faktörleri ile yapılacak yeni araştırmalar ile birlikte literatüre daha fazla katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Abulaiti, A., Abudurexiti, M., Nuermaimaiti, A., & Kelimu, A. (2022). Analysis Of The Incidence And Influencing Factors Of Postpartum Depression And Anxiety: A Cross-Sectional Study In Xinjiang From 2018 To 2021. *Journal Of Affective Disorders*, 302, 15-24.
- Ahokas, A., Aito, M., & Turtiainen, S. (2000). Association Between Oestradiol And Puerperal Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 167-169.
- Akkaya C. Serotonin And Noradrenalin In The Etiology Of Depression. Yeni Symposium 2005;43(3):91-96.
- Aktaş, M. C., Şimşek, Ç., & Aktaş, S. (2017). Ppdun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. Jaren/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3(Supp: 1), 10-13.
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Mevlut, T. U. R. E., & Tuğlu, C. (2005). Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik Ve Güvenirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3).
- Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A. Ve Luo, J. (2021). Orta Doğu'da Doğum Sonrası Depresyonun Yaygınlığı Ve Risk Faktörleri: Sistematik Bir İnceleme Ve Meta-Analiz. *Bmc Hamilelik Ve Doğum*, 21, 1-12.)
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (Dsm-Iv), E. Köroğlu (Çev.Ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1995.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression And Anxiety During Pregnancy And Six Months Postpartum: A Follow-Up Study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944.
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence Of Postpartum Depression And Interventions Utilized For Its Management. *Annals Of General Psychiatry*, 17, 1-8.).
- Arslantaş, H., Ergin, F., & Balkaya, N. A. (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Risk Etmenleri.
- Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum Depression And The Factors Affecting It: 2000-2017 Study Results. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 9(3), 147-152.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity And Realibility Of Turkish Version Of Hospital Anxiety And Depression Scale. *Turkish Journal Of Psychiatry* 1997; 8:280-287
- Aydın 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 Sep 7;41(2):1–12.

- Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243-251.
- Barooj-Kiakalae, O., Hosseini, S. H., Mohammadpour-Tahmtan, R. A., Hosseini-Tabaghdehi, M., Jahanfar, S., Esmaeili-Douki, Z., & Shahhosseini, Z. (2022). Paternal Postpartum Depression's Relationship To Maternal Pre And Postpartum Depression, And Father-Mother Dyads Marital Satisfaction: A Structural Equation Model Analysis Of A Longitudinal Study. *Journal Of Affective Disorders*, 297, 375-380.
- Başer, D. A. (2018). Postpartum Depresyon İle Emzirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 276-285.
- Beck Ct (1999) Postpartum Depression: Stopping The Thief That Steals Motherhood. *Awhonn Lifelines*, 3: 41-4.
- Beck Ct, Gable Rk (2001) Further Validation Of The Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res*, 50: 155-64.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development And Psychometric Testing. *Nursing Research*, 49(5), 272-282.
- Beck, C. T., Reynolds, M. A., & Rutowski, P. (1992). Maternity Blues And Postpartum Depression. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 21(4), 287-293.
- Beydag K (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479 - 484.
- Bilgiç, D., Demirel, G., & Dağlar, G. (2021). Doğum Deneyiminin Erken Postpartum Dönem Depresyon Riski İle İlişkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 25-35.
- Biratu, A., & Haile, D. (2015). Prevalence Of Antenatal Depression And Associated Factors Among Pregnant Women İn Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Reproductive Health*, 12(1), 1-8.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine Factors İn The Etiology Of Postpartum Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246.
- Bobo, W. V., & Yawn, B. P. (2014, June). Concise Review For Physicians And Other Clinicians: Postpartum Depression. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 89, No. 6, Pp. 835-844). Elsevier.
- Bolak Boratav, H., Toker, Ö., & Küey, L. (2016). Postpartum Depression And Its Psychosocial Correlates: A Longitudinal Study Among A Group Of Women İn Turkey. *Women & Health*, 56(5), 502-521.
- Borja-Hart, N. L., & Marino, J. (2010). Role Of Omega-3 Fatty Acids For Prevention Or Treatment Of Perinatal Depression. *Pharmacotherapy: The Journal Of Human Pharmacology And Drug Therapy*, 30(2), 210-216.
- Brito, C. N. D. O., Alves, S. V., Ludermir, A. B., & Araújo, T. V. B. D. (2015). Postpartum Depression Among Women With Unintended Pregnancy. *Revista De Saude Publica*, 49, 33.
- Britton Hl, Gronwaldt V, Britton Jr Ve Ark. (2001) Maternal Postpartum Behaviours And Mother-Infant Relationship During The First Year Of Life. *J Pediatr*, 138: 905.
- Brown, J. S., Posner, S. F., & Stewart, A. L. (1999). Urge İncontinence: New Health-Related Quality Of Life Measures. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 47(8), 980-988.

- Brummelte, S., Chau, C. M., Cepeda, I. L., Degenhardt, A., Weinberg, J., Synnes, A. R., & Grunau, R. E. (2015). Cortisol Levels In Former Preterm Children At School Age Are Predicted By Neonatal Procedural Pain-Related Stress. *Psychoneuroendocrinology*, *51*, 151-163.
- Bulamacı Çg, Görak G. (2000) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Riskli Yenidoğanların Anne Ve Babalarındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Karşılaştırılması. X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, Antalya
- Bulguroğlu, H. İ., Bulguroğlu, M., & Gevrek, C. (2023). Pilates Egzersizlerinin Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Ve Uyku Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, *7*(1), 66-74.
- Burval, J., Kerns, R., & Reed, K. (2020). Treating Postpartum Depression With Brexanolone. *Nursing2022*, *50*(5), 48-53.
- Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'hara, M. W. (2013). Examination Of Premenstrual Symptoms As A Risk Factor For Depression In Postpartum Women. *Archives Of Women's Mental Health*, *16*, 219-225.
- Cantwell R, Cox JI (2003) Psychiatric Disorders In Pregnancy And Thepuerperium. *Curr Obstet Gynaecol*, *13*: 7-13. Cesarean Delivery. *Clinical And Experimental Obstetrics & Gynecology*, *37*(1), 53 55.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliyil, J., & Abraham, S. (2002). Post-Partum Depression In A Cohort Of Women From A Rural Area Of Tamil Nadu, India: Incidence And Risk Factors. *The British Journal Of Psychiatry*, *181*(6), 499-504.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection Of Postnatal Depression: Development Of The 10-İtem Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal Of Psychiatry*, *150*(6), 782-786.
- Çalık, K. Y., & Aktas, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Siklik, Risk Faktörleri Ve Tedavisi/Depression In Pregnancy: Prevalence, Risk Factors And Treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, *3*(1), 142.
- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Ruveyde, C. A. N., & Kodaz, N. D. (2017). Ppdun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *(4)*, 232-240.
- Çevik, A. (2020). Kadınların Gebelik Ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri İle Depresyon Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi]
- Çınar, N., Topal, S., Çaka, S. Y., & Altınkaynak, S. (2023). Annelerde Ppd, Sosyal Destek Ve Emzirme Öz Yeterliliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *32*(2), 113-122.
- Danacı Ae, Dinc G, Deveci A Ve Ark. (2000) Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı Ve Etkileyen Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *11*:204-211.
- De Castro, F., Place, J. M. S., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2015). Risk Profiles Associated With Postnatal Depressive Symptoms Among Women In A Public Sector Hospital In Mexico: The Role Of Sociodemographic And Psychosocial Factors. *Archives Of Women's Mental Health*, *18*, 463-471.
- Demir S, Şentürk Mb, Çakmak Y, Altay M. (2016). Postpartum Depression And Associated Factors In Patients Who Admitted To Our Clinic To Make Childbirth *Haseki Tıp Bülteni*; *54*:83–90.

- Demirkol, M. E., Kızıltoprak, A., & Şenbayram, Ş. (2018). Postpartum Psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 206-222.
- Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial And Psychological Interventions For Treating Postpartum Depression. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).
- Dilbaz N, Enez A, Kadın Ve Depresyon: Doğum Sonrası Görülen Duygudurum Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):32-40.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Ppd Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011(4), 385-393.
- Efe, Y. Ş., Taşkın, L., & Eroğlu, K. (2009). Türkiye’de Postnatal Depresyon Ve Etkileyen Faktörler. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 10, 14-20.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geckil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social Support And Symptoms Of Postpartum Depression Among New Mothers İn Eastern Turkey. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research*, 34(4), 585-593.
- Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E., & Hellhammer, D. H. (1990). Postpartum Blues: Salivary Cortisol And Psychological Factors. *Journal Of Psychosomatic Research*, 34(3), 319-325.
- Ekuklu, G., Tokuç, B., Eskiocak, M., Berberoğlu, U., & Saltık, A. (2002). Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Bazı Etmenler. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 834-9.
- El-Hachem, C., Rohayem, J., Bou Khalil, R., Richa, S., Kesrouani, A., Gemayel, R., ... & Attieh, E. (2014). Early İdentification Of Women At Risk Of Postpartum Depression Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale (Epds) İn A Sample Of Lebanese Women. *Bmc Psychiatry*, 14(1), 1-9.
- Engindeniz An, Küey L, Kültür S (1996) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, S:51-52.
- Epperson, N., Czarkowski, K. A., Ward-O’brien, D., Weiss, E., Gueorguieva, R., Jatlow, P., & Anderson, G. M. (2001). Maternal Sertraline Treatment And Serotonin Transport İn Breast-Feeding Mother-İnfant Pairs. *American Journal Of Psychiatry*, 158(10), 1631-1637.
- Erçel, Ö., & Süt, H. K. (2020). Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku Ve Yaşam Kalitesi. *Journal Of Turkish Sleep Medicine*, 7(1).
- Erdem, Ö. (2009). Doğum Sonrası Hüzün Ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Medical Journal*, 1(1), 32-37.
- Erdem, Ö., & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Ppd Görülme Sıklığı Ve Tarama Yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
- Erdem, Ö., & Çelepkolu, T. (2014). Ppdun Risk Faktörleri Ve Nedenleri. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8(3), 93-99.
- Erdoğan, A., & Hocoğlu, Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı Ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *The Medical Journal Of Mustafa Kemal University*, 11(39), 31-37.
- Esen Danaci, A., Dinç, G., Devenci, A., Seyfe Şen, F., & İçelli, İ. (2002). Postnatal Depression İn Turkey: Epidemiological And Cultural Aspects. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 37, 125-129.
- Evins, G. G., & Theofrastous, J. P. (1997). Postpartum Depression: A Review Of Postpartum Screening. *Primary Care Update For Ob/Gyns*, 4(6), 241-246.

- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic And Delivery Risk Factors For Developing Postpartum Depression In A Sample Of 3233 Mothers From The Czech Elspac Study. *Bmc Psychiatry*, *17*, 1-10.
- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A. S., & Leight, K. (2010). Treatment Of Postpartum Depression: Clinical, Psychological And Pharmacological Options. *International Journal Of Women's Health*, 1-14.
- Galletta, M. A. K., Oliveira, A. M. D. S. S., Albertini, J. G. L., Benute, G. G., Peres, S. V., De Lourdes Brizot, M., ... & Hc-Fmusp-Obstetric Covid19 Study Group. (2022). Postpartum Depressive Symptoms Of Brazilian Women During The Covid-19 Pandemic Measured By The Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal Of Affective Disorders*, *296*, 577-586.
- George, C., Lalitha, A. R., Antony, A., Kumar, A. V., & Jacob, K. (2016). Antenatal Depression In Coastal South India: Prevalence And Risk Factors In The Community. *International Journal Of Social Psychiatry*, *62*(2), 141-147.
- Gerekdoğlu, Ç., Poçan, A. G., & Başhan, Đ. (2007). Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, *17*, 126-133.
- Ghosh, A., & Goswami, S. (2011). Evaluation Of Post Partum Depression In A Tertiary Hospital. *The Journal Of Obstetrics And Gynecology Of India*, *61*, 528-530.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). Antenatal And Postpartum Depression: Prevalence And Associated Risk Factors Among Adolescents' In Kwazulu-Natal, South Africa. *Depression Research And Treatment*, 2020.
- Goyal, D., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2007). Patterns Of Sleep Disruption And Depressive Symptoms In New Mothers. *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, *21*(2), 123-129.
- Gressier, F., Rotenberg, S., Cazas, O., & Hardy, P. (2015). Postpartum Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review And Case Report. *General Hospital Psychiatry*, *37*(4), 310-314.
- Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., & Epperson, C. N. (2013). Management Of Postpartum Depression. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, *58*(6), 643-653.
- Gülner, D., Sunay, D., & Çaylan, A. (2010). Risk Factors Related With Postpartum Depression. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, *20*(3), 141-148.
- Gülseren, L. (1999). Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *9*(9).
- Gümüş, A. B., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., & Karsa, A. (2012, September). Ppd Yaygınlığı Ve İlişkili Değişkenler. In *Yeni Symposium* (Vol. 50, No. 3).
- Hahn-Holbrook, J., Saxbe, D., Bixby, C., Steele, C. Ve Glynn, L. (2019). "Kronik Beslenme" Olarak İnsan Sütü: Çocuk Sağlığı Ve Gelişimi İçin Çıkarımlar. *Pediatric Araştırma*, *85* (7), 936-942
- Hayes, M. J., Roberts, S., & Davare, A. (2000). Transactional Conflict Between Psychobiology And Culture In The Etiology Of Postpartum Depression. *Medical Hypotheses*, *54*(1), 7-17
- Hellgren, C., Åkerud, H., Skalkidou, A., Bäckström, T., & Sundström-Poromaa, I. (2014). Low Serum Allopregnanolone Is Associated With Symptoms Of Depression In Late Pregnancy. *Neuropsychobiology*, *69*(3), 147-153.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2001). Infant Sleep Problems And Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics*, *107*(6), 1317-1322.

- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6:118-126
- Horowitz, J. A., & Goodman, J. H. (2005). Identifying And Treating Postpartum Depression. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 264-273.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-Psychotic Mental Disorders In The Perinatal Period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788.
- Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., & Sahin, T. K. (2002). Risk Factors For Depression In Postnatal First Year, In Eastern Turkey. *International Journal Of Epidemiology*, 31(6), 1201-1207.
- İmancıoğlu, N. (2021). *Gebe Bilgilendirme Sınıfına Katılımın Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi: Vaka-Kontrol Çalışması* (Master's Thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, Somatic, And Demographic Risk Factors For Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.
- Jung, V., Short, R., Letourneau, N., & Andrews, D. (2007). Interventions With Depressed Mothers And Their Infants: Modifying Interactive Behaviours. *Journal Of Affective Disorders*, 98(3), 199-205.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). *Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.) (1995). *Comprehensive Textbook Of Psychiatry* (6th Ed.). Baltimore: Williams And Wilkins.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 113-121.
- Karaçam, Z., & Hatice, Ö. N. E. R. (2010). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe'de Kesme Noktalarının Hesaplanması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 61-71.
- Karaçam, Z., & Kıtış, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik Ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2).
- Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., & Karabulut, E. (2018). Status Of Postpartum Depression In Turkey: A Meta-Analysis. *Health Care For Women International*, 39(7), 821-841.
- Karahan, N., Gençalp, N. S., Bingöl, F., Aydın, R., & Benli, A. R. (2017). Ppdun Bebekle İlişkili Risk Faktörleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 204-213.
- Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. (2000). Postpartum Hüzün Ve Depresyonlar.
- Kerie, S., Menberu, M., & Niguse, W. (2018). Prevalence And Associated Factors Of Postpartum Depression In Southwest, Ethiopia, 2017: A Cross-Sectional Study. *Bmc Research Notes*, 11, 1-7.
- Kısa C. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. 3p Dergisi Aralık 2004; (Ek 4): 3-6
- Kirpinar, I., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2010). Prospective Study Of Postpartum Depression In Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic And Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety And Early Awareness. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(3-4), 422-431.

- Koletzko, B., Lien, E., Agostoni, C., Böhles, H., Campoy, C., Cetin, I., ... & Uauy, R. (2008). The Roles Of Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids In Pregnancy, Lactation And Infancy: Review Of Current Knowledge And Consensus Recommendations.
- Kołomańska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. I. (2019). Physical Activity And The Occurrence Of Postnatal Depression—A Systematic Review. *Medicina*, 55(9), 560.
- Kolukirik, Ü., Şimşek, H., & Ergör, A. (2019). Doğum Sonrası Dönemdeki Annelerde Depresif Belirtilerle İlişkili Etmenler: Toplum Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 1-8.
- Konuş, Y. (2020). Edirne İl Merkezinde Ppd Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Gebelik Okulunun Etkisi.
- Kurt A, Kısa C. Postpartum Hüzün. 3p Dergisi Aralık 2004 (Ek 4); 7-11.
- Kurt, N. , Battal, S. & Ünver Koca, H. (2023). Postpartum Dönemde Covid-19 Korkusunun Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Obsesif-Kompulsif Davranışlarına Ve Ppda Etkisi . Ebelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi , 6 (1) , 7-13.
- Landy, S., Montgomery, J., & Walsh, S. (1989). Postpartum Depression: A Clinical View. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(1), 1-29.
- Lau, Y., & Keung, D. W. F. (2007). Correlates Of Depressive Symptomatology During The Second Trimester Of Pregnancy Among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1802-1811.
- Lee, S. H., Liu, L. C., Kuo, P. C., & Lee, M. S. (2011). Postpartum Depression And Correlated Factors In Women Who Received In Vitro Fertilization Treatment. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 347-352.
- Lin, P. Y., Chiu, T. H., Ho, M., Chang, J. P. C., Chang, C. H. C., & Su, K. P. (2019). Major Depressive Episodes During Pregnancy And After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study In Taiwan. *Journal Of The Formosan Medical Association*, 118(11), 1551-1559.
- Manikkam, L., & Burns, J. K. (2012). Antenatal Depression And Its Risk Factors: An Urban Prevalence Study In Kwazulu-Natal. *South African Medical Journal*, 102(12), 940-944.
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression Symptom Prevalence And Demographic Risk Factors Among Us Women During The First 2 Years Postpartum. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(6), 542-549.
- Mcintosh Am, Holmes S, Gleeson S Ve Ark. (2001) Maternal Recallbias, Obstetric History And Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 181: 520-5.
- Meijer, J. L., Beijers, C., Van Pampus, M. G., Verbeek, T., Stolk, R. P., Milgrom, J., ... & Burger, H. (2014). Predictive Accuracy Of Edinburgh Postnatal Depression Scale Assessment During Pregnancy For The Risk Of Developing Postpartum Depressive Symptoms: A Prospective Cohort Study. *Bjog: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 121(13), 1604-1610.
- Mercier, R. J., Garrett, J., Thorp, J., & Siega-Riz, A. M. (2013). Pregnancy Intention And Postpartum Depression: Secondary Data Analysis From A Prospective Cohort. *Bjog: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 120(9), 1116-1122.

- Míguez, M. C., Pereira, B., Pinto, T. M., & Figueiredo, B. (2019). Continued Tobacco Consumption During Pregnancy And Women's Depression And Anxiety Symptoms. *International Journal Of Public Health*, 64, 1355-1365.
- Molmen Lichter, M., Peled, Y., Levy, S., Wiznitzer, A., Krissi, H., & Handelzalts, J. E. (2021). The Associations Between Insecure Attachment, Rooming-In, And Postpartum Depression: A 2 Months' Longitudinal Study. *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 74-86.
- Moraes, G. P. D. A., Lorenzo, L., Pontes, G. A. R., Montenegro, M. C., & Cantilino, A. (2017). Screening And Diagnosing Postpartum Depression: When And How?. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 39, 54-61.
- Moyo, G. P. K., & Djoda, N. (2020). Relationship Between The Baby Blues And Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women. *American Journal Of Psychiatry And Neuroscience*, 8(1), 26-29.
- Nnadozie, J. C., & Nweke, G. E. (2017). Self Esteem, Social Support And Postpartum Depression. *Journal Of International Social Research*, 10(51).
- Noble, R.E. (2005) Depression In Women. *Metabolism-Clinical And Experimental*, 54, 49-52.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude And Risk Factors For Postpartum Symptoms: A Literature Review. *Journal Of Affective Disorders*, 175, 34-52.
- Ocaktan, E. (2006). Antepartum And Postpartum Depression In A Primary Health Care Center Area Birsaglık Ocağı Bölgesinde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Depresyonun Değerlendirilmesi.
- O'hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal Mental Illness: Definition, Description And Aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
- Ozalp, E., Tanir, H. M., & Sener, T. (2021). Dinoprostone Vaginal İnsert Versus İntravenous Oxytocin To Reduce Postpartum Blood Loss Following Vaginal Or
- Öksüz, E. E. (2021). Postpartum Depression Among Women With Disabilities: A Multicultural Counseling Perspective. *Journal Of Multicultural Counseling And Development*, 49(1), 45-59.
- Öner N, Lecompte A. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1998;2-10.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Prevalence And Risk Factors In Turkey: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. (2008). Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski Ve Etkileyen Faktörler. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 7(5);
- Özdemir, S. (2007). Konya İlinde Ppd Sıklığı Ve İlişkili Sosyodemografik Etmenler.
- Özel, Ş., Karagözoğlu, N. Ü., Korkut, S. Öksuzoglu, A., & Engin-Ustun, Y. (2019). Kadın Sağlığı Hastanesinde Sigara Bırakma Poliklinik Hizmetleri Ve Gebelikte Sigara İçen Kadınların Gebelik Sonuçları. *Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 76(1), 67-74.
- Özkan, S. A., Bozkurt, A. M., Korkmaz, B., Yılmaz, G., & Küçükkelepce, D. Ş. (2019). Postpartum Birinci Ayda Depresyon Ve Emzirme Özyeterliliği Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 28-35.

- Öztürk, R., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2012). Ppdda Kültürel Faktörlerin Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 107-116.
- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum Care: An Approach To The Fourth Trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491.
- Pamuk, G., & Güçlü, Y. A. (2022). Prevalence And Accompanying Factors For Postpartum Depression Symptoms. *Family Practice And Palliative Care*, 7(1), 18-23.
- Parry Bl. Hı Kaplan, Bj Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins (1995). Postpatum Psychiatric Sendromes. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 6. Baskı, Cilt 1, 1059-1066.
- Poçan, A. G., Aki, Ö. E., Parlakgümüs, A. H., Gereklioglu, Ç., & Dolgun, A. B. (2013). The İncidence Of And Risk Factors For Postpartum Depression At An Urban Maternity Clinic İn Turkey. *The International Journal Of Psychiatry İn Medicine*, 46(2), 179-194
- Kolukırık Ü. (2016). Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler Ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme İle İlişkisi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, P. 5-20
- Radloff, L. S. (1977). The Ces-D Scale: A Self-Report Depression Scale For Research İn The General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401
- Righetti-Veltama, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum Depression And Mother-İnfant Relationship At 3 Months Old. *Journal Of Affective Disorders*, 70(3), 291-306.
- Righetti-Veltama, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk Factors And Predictive Signs Of Postpartum Depression. *Journal Of Affective Disorders*, 49(3), 167-180.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). Postpartum Period: Three Distinct But Continuous Phases. *Journal Of Prenatal Medicine*, 4(2), 22.
- Savaş, B. (2023). *Ppd Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki* (Master's Thesis).
- Schiller, C. E., Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2014). Allopregnanolone As A Mediator Of Affective Switching İn Reproductive Mood Disorders. *Psychopharmacology*, 231, 3557-3567.
- Sezer, M. N. (2021). Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler= Frequency Of Anxiety And Depression And Related Factors İn Postpartic Women İn Sakarya.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence And İncidence Of Postpartum Depression Among Healthy Mothers: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of Psychiatric Research*, 104, 235-248.
- Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I., ... & Pinheiro, R. (2012). Sociodemographic Risk Factors Of Perinatal Depression: A Cohort Study İn The Public Health Care System. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 34(2), 143-148.

- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., ... & Sandin, S. (2017). The Risk Factors For Postpartum Depression: A Population-Based Study. *Depression And Anxiety*, 34(2), 178-187.
- Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D. H., & Meinschmidt, G. (2011). Plasma Oxytocin Concentration During Pregnancy Is Associated With Development Of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893.
- Smith, E. K., Gopalan, P., Glance, J. B., & Azzam, P. N. (2016). Postpartum Depression Screening: A Review For Psychiatrists. *Harvard Review Of Psychiatry*, 24(3), 173-187.]
- Spelke, B., & Erika Werner, M. D. (2018). The Fourth Trimester Of Pregnancy: Committing To Maternal Health And Well-Being Postpartum. *Rhode Island Medical Journal*, 101(8), 30-33.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., & Natalicio, D. S. (1971). The State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana De Psicologia/Interamerican Journal Of Psychology*, 5(3 & 4).
- Stein, G. S. (1980). The Pattern Of Mental Change And Body Weight Change In The First
- Steiner, M. (1990). Postpartum Psychiatric Disorders. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 35(1), 89-95.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Postpartum Depression: Literature Review Of Risk Factors And Interventions. *Toronto: University Health Network Women's Health Program For Toronto Public Health*, 1-289.
- Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B., & Creed, F. (2014). A Cross-Sectional Study Of Antenatal Depression And Associated Factors In Malawi. *Archives Of Women's Mental Health*, 17, 145-154.
- Sun, L., Wang, S., & Li, X. Q. (2021). Association Between Mode Of Delivery And Postpartum Depression: A Systematic Review And Network Meta-Analysis. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 55(6), 588-601.
- Sünter, A. T., Güz, H., Canbaz, S., Dünder, C. (2006) Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı Ve Risk Faktörleri. Cilt: 3 Sayı: 1 Sayfa: 26-31
- Sütçü, S., & Çatak, B. (2017). Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Etki Eden Faktörler. *Kafkas Journal Of Medical Sciences*, 7(3), 220-224.
- Şahin, Ö., Koç, E. M., & Aksoy, H. (2021). 6 Hafta-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Sosyodemografik Risk Faktörleri. *İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 25(2), 123-131.
- Tebeka, S., Le Strat, Y., Higgons, A. D. P., Benachi, A., Dommergues, M., Kayem, G., ... & De Premorel, A. (2021). Prevalence And Incidence Of Postpartum Depression And Environmental Factors: The Igedepp Cohort. *Journal Of Psychiatric Research*, 138, 366-374.
- Tekin N. (1988) Epidemiological Study On Factors Affecting
- Türkeli, N. N. (2022). *Kadınlarda Doğum Memnuniyeti İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Türkoğlu, N., Baysal, H. Y., & Küçüköğlü, S. (2014). Sağlıklı Ve Hasta Bebeğe Sahip Annelerin Doğum Sonu Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8.
- Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, S. K., Sinha, B., ... & Kumar, A. (2017). Postpartum Depression In India: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Bulletin Of The World Health Organization*, 95(10), 706.
- Ward, H. B., Fromson, J. A., Cooper, J. J., De Oliveira, G., & Almeida, M. (2018). Recommendations For The Use Of Ect In Pregnancy: Literature Review And Proposed Clinical Protocol. *Archives Of Women's Mental Health*, 21, 715-722.
- Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Piontek, C. M., Sit, D. K., ... & Moses-Kolko, E. L. (2006). Postpartum Depression: A Randomized Trial Of Sertraline Versus Nortriptyline. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 353-360.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Postpartum Depression. *New England Journal Of Medicine*, 347(3), 194-199.
- Yağmur, Y., & Ulukoca, N. (2010). Social Support And Postpartum Depression In Low-Socioeconomic Level Postpartum Women In Eastern Turkey. *International Journal Of Public Health*, 55, 543-549.
- Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022). Annelik Hüznünden Ppd Ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-10.
- Yıldırım, G., Kısa C., Aydemir Ç. (2004). Ppd. 3p Dergisi Aralık ; (Ek 4): 12-20.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). Ppd İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.
- Yoshida, K., Yamashita, H., Ueda, M., & Tashiro, N. (2001). Postnatal Depression In Japanese Mothers And The Reconsideration Of 'Satogaeri Bunben'. *Pediatrics International*, 43(2), 189-193..
- Yüksekol, Ö. D., Arguvanlı, S. Ç., & Başer, M. (2014). Annelik Hüznü Ve Hemşirelik. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 56-61.
- Zehra, Ü. S. T., & Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 306-317.
- Zelege, T. A., Getinet, W., Tadesse Tessema, Z., & Gebeyehu, K. (2021). Prevalence And Associated Factors Of Post-Partum Depression In Ethiopia. A Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos One*, 16(2), E0247005.
- Zhao, Y., Kane, I., Mao, L., Shi, S., Wang, J., Lin, Q., & Luo, J. (2016). The Prevalence
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.).
- Zhao, Y., Kane, I., Mao, L., Shi, S., Wang, J., Lin, Q., & Luo, J. (2016). The Prevalence Of Antenatal Depression And Its Related Factors In Chinese Pregnant Women Who Present With Obstetrical Complications. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 30(3), 316-321.

EKLER



Ek-1. Sosyo-Demografik Veri Anket Formu

ANKET FORMU

ANKET NO :...

Bu anket formu, Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi için hazırlanmıştır. Anket, demografik bilgileriniz, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası durumunuz hakkında bilgi edinme amacı taşımaktadır. Sorulara vereceğiniz cevapların istatistiksel değerlendirilmesi yapılacağı için lütfen anket formuna adınızı, soyadınızı veya kimliğinizi belirten hiç bir şey yazmayınız
Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Fzt. Aysunde Aypar Çalık - Fizyoterapist
Prof.Dr. Ahmet ERGİN - Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Yaş:.....

2.Medeni Durumunuz:.....

3.Eğitim Durumunu

a)Okuryazar Değil

b)Okuryazar

c)İlkokul Mezunu

d)Ortaokul Mezunu

e)Lise Mezunu

f)Lisans Mezunu

g)Yüksek Lisans/Doktora

4.Algıladığınız Gelir Durumunuz :

a)Gelirim Giderimden Az

b) Gelirim Giderime Eşit

c)Gelirim Giderimden Fazla

5.Çalışma Durumunuz:

a)Çalışıyor

b)Çalışmıyor

6. Çalışıyor iseniz çalıştığınız iş nedir?:.....

7.Eşinizin eğitim durumu:

a)Okuryazar Değil

b)Okuryazar

c)İlkokul Mezunu

d)Ortaokul Mezunu

e)Lise Mezunu

f)Lisans Mezunu

g)Yüksek Lisans/Doktora

8.Eşinizin çalışma durumu:

a)Çalışıyor

b)Çalışmıyor

9.Eşiniz çalışıyor ise çalıştığı iş nedir?:

10.Kaç çocuğunuz vardır?:.....

11.Bebegin Doğum Tarihi (GÜN/AY/YIL):.....

12.Bebeginiz kaç aylık doğmuştur?:.....

13.Bebeginizin doğum ağırlığı (gr) :.....

14.Kaç defa gebe kaldınız ?:.....

15.Bebeginizin cinsiyeti nedir?:

16.Gebeliğiniz planlı mıydı ? :

a)Evet

b)Hayır

17.Gebelikte sağlık sorunu yaşadınız mı?

a)Evet

b)Hayır

Evet ise Nedir?....

18.Gebelikte size destek olan kişiler kimlerdir?

a)Hiç Kimse

b)Eşim

c)Anne-Baba

d)Çevremdeki Herkes

e)Diğer :

19.Gebelikte anneliğe hazır hissediyor muydunuz?

a)Evet

b)Hayır

20.Doğum şekliniz nedir?:

a) Vajinal

b)Sezaryen

21.Doğum şeklinize karar veren kişi kimdir

a)Cevapsız

b)Kendisi

c)Doktor

d)Kendisi+Doktor

22.Doğum şekline karar verme nedeni nedir?

a)Tekrarlayan Sezaryen

b)Faydalı Olduğunu Düşünme

c)Vajinal Doğuma Uygun Olmaması

d)Diğer :

23.Doğum sırasında komplikasyon yaşandı mı?

a) Evet

b)Hayır

24.Doğum sonrasında evi paylaştığınız kişiler kimlerdir?

- a) Tek başına
b)Eşi Ve Kendisi
c)Aile Büyükleriyle Birlikte
Diğer :

25.Doğum sonrası bebek bakımına yardımcı olan kişiler kimlerdir?:

- a)Hiç kimse
b)Eş
c)Aile Büyükleri
Diğer :

26.Doğum sonrasında kendinizi annelik açısından yeterli hissediyor musunuz?:

- a) Evet
b)Hayır

27.Doğum sonu yaşadığınız sağlık sorunları: (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Yok
b)Ağrı
c)Yorgunluk
d)Uyku Problemleri
e)Kabızlık
f)Meme Problemleri
g)Diğer :

28.Doğum sonrası bebeğin yaşadığı sağlık sorunları (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Bebegin hastane ya da yoğun bakım yatışı
b) Yeni doğan Sarılığı
c)Aşırı Kilo Kaybı
d) Diğer

29.Doğum sonu yaşanan ailesel sorunlar (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Yok
b)Ekonomik Sorunlar
c) Annenin İşi İle İlgili Sorunlar
d)Eşler Arası Sorun
e)Evdeki Aile Büyükleri İle Sorun Yaşama
f)Diğer:

30.Bebeginizi beslenme şekliniz:

- a)Anne Sütü
b)Mama
c)Anne Sütü + Mam

31.Bebeginizi emzirmeye başladığınız süre?

- a) İlk gün
b)İlk hafta
c)2. hafta

32.Emzirme ağrınız var mı?

- a)Var
b)Yok

33.Emzirme konusunda endişeli misiniz?

- a) Evet
b)Hayır

34.Çocuğunuzda uyku problemi olduğunu düşünüyor musunuz?

- a)Hayır
b)Hafif
c)Orta
d)Çok
e)Bilmiyorum

35.Doğum sonrası kitap/gazete/dergi okuyor musunuz?

- a) Evet b)Hayır

36.Doğum öncesi fiziksel aktivite yaptınız mı?

- a) Evet b)Hayır

37.Doğum öncesi fiziksel aktivitede bulunmuş iseniz çeşidi nedir?(Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Yüzme b)Yürüyüş c)Pilates
d)Yoga e)Bisiklete Binme f)Su İçi Egzersizler
g)Aerobik Dans h)Diğer:.....

38.Doğum sonrası fiziksel aktivite yaptınız mı?

- a) Evet b)Hayır

39.Doğum sonrası fiziksel aktivitede bulunmuş iseniz çeşidi nedir? ?(Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Yüzme b)Yürüyüş c)Pilates
d)Yoga e)Bisiklete Binme f)Su İçi Egzersizler
g)Aerobik Dans h)Diğer:.....

40.Doğum öncesi tanısı koyulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı? ?(Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- a)Yok b)İntihar Riski Olan Major Depresyon Bozukluğu
c)Psikotik Bozukluk d)Bipolar Bozukluk
e)Kişilik Bozukluğu f)Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)
g)Demans h)Mental Retardasyon
ı)Diğer:.....

Ek – 2. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DOĞUM SONRASI DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ

Ölçeği doldururken her madde için, son iki haftadan beri yaşadığınız duyguları en iyi tanımlayan durumu 1’den (kesinlikle katılmıyorum) 5’e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirin ve belirlediğiniz cevabı X işareti koyarak cevaplandırınız. Örnek: (X)

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
DUYGUSAL DEĞİŞKENLİK/BENLİK KAYBI					
1-Kendimi ağır bir yükün altında ezilmiş gibi hissediyorum					
2-Duygularımın alt üst olduğunu hissediyorum					
3-Bir işe yoğunlaşmakta zorlanıyorum					
4-Çok fazla huzursuzum					
5-Öfkeden patlamaya hazır olduğumu hissediyorum					
6-Kendi kendime yabancılaştığımı hissediyorum					
7-Kendimi tamamıyla yalnız hissediyorum					
8-Asla tekrar mutlu olamayacağımdan korkuyorum					
9-Herhangi bir şeye yoğunlaşamıyorum					
10-Asla tekrar eskisi gibi normal olamayacağımdan korkuyorum					
11-Artık kendi kendimi tanıyamıyorum					
KENDİNE ZARAR VERMEYİ DÜŞÜNME					
12-Kendime zarar vermek istiyorum					
13-Sadece bu dünyadan ayrılmak istiyorum					
14-Çıldırıldığımı hissediyorum					
15-Ölümün bu yaşanan kabustan kurtulmanın tek yolu olduğunu düşünüyorum					
16-Aklımı kaybediyormuşum gibi hissediyorum					
17-Ölmenin daha iyi olacağını düşünmeye başladım					
18-Bebeğime karşı düşündüklerimi ve hissettiklerimi saklamak zorundaymışım gibi hissediyorum					
19-Normal olmadığımı hissediyorum					
20-Bebeğimin bensiz daha iyi olacağını hissediyorum					

	Tamamen Katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
21-Bebeğime gerektiği kadar çok sevgi gösteremediğim için, suçluluk duyuyorum					
22-Kendimi gerçekmiş gibi hissedemiyorum					
UYUMA BOZUKLUĞU					
23-Geceleyin uykuya dalmak için uzun süre dönüp duruyorum					
24-Gece yarısı kendiliğinden uyanıyorum ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum					
25-Yerimden sıçradığımı hissediyorum					
26-Bebeğim uyurken bile uyumakta zorlanıyorum					
SUÇLULUK					
27-Birçok annenin benden daha iyi olduğunu hissediyorum					
28-Bir anne olarak kendimi yetersiz hissediyorum					
29- İstedğim gibi bir anne olmadığımı hissediyorum					
YEME BOZUKLUĞU					
30-İştahımı kaybettim					
31-Yemem gerektiğini biliyorum, fakat yiyemiyorum					
32-Hiç sebep yokken çok fazla ağlıyorum					
ANKSİYETE					
33-Sürekli yürümek ya da hareket etmek zorundaymışım gibi hissediyorum					
34-Bebeğim ile ilgili en küçük şeyde bile aşırı derecede endişeleniyorum					
35-Basit bir kararı vermede bile zorlanıyorum					

Ek-3. Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.01.2022-E.158750



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-158750
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Prof. Dr. Ahmet ERGİN

İlgi : 05 /01/2022 tarihli dilekçeniz. *10.150.1.94*
2526
20.01.2022.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Denizli İl Merkezindeki Kadınlarda Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışmanız 11.01.2022 tarih ve toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇID OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir 1
Başkan

Ek-4. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

