



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNDE DOĞUM YAPAN KADINLARDA DOĞUM
SONRASI DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN
EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ
KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. GAYE KAHVECİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DİYARBAKIR-2019



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNDE DOĞUM YAPAN KADINLARDA DOĞUM
SONRASI DEPRESYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN
EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ
KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. GAYE KAHVECİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi HAMZA ASLANHAN**

DİYARBAKIR-2019

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince bilgi, tecrübe ve yardımlarını bir gün olsun esirgemeyen, her zaman sabır ve hoşgörü ile yaklaşan Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Gamze ERTEN BUCAKTEPE ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ, Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU ve Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE'ye saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Aldığım rotasyonlar süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma; sevgi ve saygı çerçevesinde çalıştığım bölüm personelleri ve hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim. Aile Hekimliğindeki asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterime, klinik ve poliklinikte beraber çalıştığım hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında benden desteklerini esirgemeyen, emeklerini asla ödeyemeceğim başta anne ve babam olmak üzere tüm aileme, iyi ve kötü günümde hep yanımda olan sevgili eşime ve varlığı ile hayatıma anlam ve neşe katan oğlum Batu'ya sonsuz teşekkürler.

Bu çalışmanın, daha mutlu anneler ve bebekler oluşturmasında katkı göstermesi dileğiyle...

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin sosyodemografik veri formuna göre tanımlayıcı özellikleri.

Tablo 4.2: Sosyodemografik veri formuna göre kişilerin obstetrik öyküleri.

Tablo 4.3: Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik veri formuna göre tıbbi öyküleri

Tablo 4.4: Sosyodemografik veri formuna göre kadınların bebekleri, evlilikleri ve bakım durumu ile ilgili özellikleri

Tablo 4.5: Çalışmamıza katılan kadınların EPDÖ'ye göre depresyon puan durumları.

Tablo 4.6: Gebeliğin planlı olması ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.7: Gebelik öncesi depresyon ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.8: Gebelik sırasında depresyon ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.9: Doğum şekli ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.10: Bebeğin cinsiyet tercihi ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.11: Emzirme ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.12: Bebeğe yeterli bakım verme ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.13: Eşler arasındaki iletişim ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.14: Gebelik süresince eş ve aileden yeterli ilgi görme ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.15: Kişilerin ekonomik durumları ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.16: Doğum şekli kararı ile DSD arasındaki ilişki.

Tablo 4.17: Bebeğin sağlık durumu ile DSD arasındaki ilişki.

ÖZET

Amaç: Doğum sonrası depresyon (DSD) diğer adıyla postpartum depresyon doğumdan sonra başlayan psikotik belirtileri olmayan majör depresif ataktır. Bu çalışma, Diyarbakır il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon prevalansını ve ilişkili risk faktörlerini, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanarak değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil E.A.H. kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine, doğum sonrası başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Çalışma verileri, 2018 yılı, nisan-haziran aylarında kadınlara 44 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve 10 sorudan oluşan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) hekim tarafından uygulanarak toplanmıştır. Araştırmamıza kriterlere uyan toplam 311 kadın dahil edilmiştir.

Bulgular: DSD prevalansı %15,1 olarak saptanmıştır. Gebeliği planlı olanlarda DSD riski, planlı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,010$). Gebelik öncesi depresyon yaşayanlarda DSD riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$). NVD yapanlarda DSD riski %10,9 iken, sezaryen ile doğum yapanlarda bu oran %20,4 idi ($p=0,025$). Kız cinsiyet isteyen grupta DSD riski, erkek isteyen gruba göre daha düşük saptanmıştır ($p=0,029$). Emziren kadınlarda DSD riski daha düşük bulundu ($p=0,001$). Ekonomik durumu orta-iyi olanlarda DSD riski ekonomik durumu kötü olanlara göre daha fazla saptandı ($p=0,008$). DSD taraması pozitif olan grupta düşük ortalaması $0,64\pm 0,91$ iken, DSD taraması negatif olan grupta $0,27\pm 0,68$ idi ($p<0,001$). Doğum öncesi depresyon yaşayanlarda DSD riski %37 olarak saptandı ($p<0,001$). Yenidoğan bebeğinde sağlık sorunu olan annelerde DSD riski, bebeğinde sağlık sorunu bulunmayan annelerdeki DSD riskinden daha fazla görüldü ($p<0,001$).

Sonuç: DSD başta anne ve çocuk olmak üzere tüm aileyi etkileyebilen bir sağlık sorunu olup, sağlık sistemi üzerinde de önemli bir yük teşkil etmektedir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmeliyiz. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanmasının depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını önleyebileceği görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Postpartum depresyon, prevalans, risk faktörleri, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.



ABSTRACT

Objective: Postpartum depression (PPD) is a major depressive episode that begins after delivery with no psychotic symptoms. This study was conducted with the aim of evaluating the prevalence of postpartum depression and related risk factors in women who gave birth in Diyarbakır city center by using the Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Materials and Methods: The population of this descriptive and cross-sectional study consisted of women who were admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology of the Health Sciences University Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital after delivery. The study data were collected in 2018 by applying the sociodemographic data form which consisted of 44 questions and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) consisting of 10 questions, by the physicians, in between April-June. 311 women who met the research criteria were included in the study.

Results: The prevalence of PPD was 15.1%. The risk of PPD was found to be lower in women with planned pregnancy compared to those without planning ($p=0,010$). The risk of PPD was found to be higher in women with depression before pregnancy ($p=0,001$). While the risk of PPD was 10,9% in women with NVB, this rate was 20.4% in cesarean section ($p=0,025$). The risk of PPD was found to be lower in the female group compared to the male group ($p=0,029$). The risk of PPD was lower in lactating women ($p=0,001$). The risk of PPD was found to be higher in women with moderate to good economic status than those with poor economic status ($p=0,008$). The mean abortion was $0,64\pm 0,91$ in the DSD screening positive group and $0,27\pm 0,68$ in the DSD negative screening group ($p < 0,001$). The risk of DSD was 37% in patients with prenatal depression ($p < 0,001$). The risk of DSD was higher in the mothers with health problems in the newborn baby than in the mothers without health problems in the newborn ($p < 0,001$).

Conclusion: PPD is a health problem that can affect the whole family, especially mother and child, and is a significant burden on the health system. For this reason, we should closely monitor the mood changes of the expectant mother and/or mother and evaluate in terms of risk factors. We have the opinion that early diagnosis of the

symptoms and initiation of timely treatment may prevent the development or becoming severe of depression.

Keywords: Postpartum depression, prevalence, risk factors, Edinburgh Postpartum Depression Scale.



İÇİNDEKİLER	SAYFA
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	II
TABLO LİSTESİ.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	IX
KISALTMALAR.....	XI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Depresyon.....	2
2.1.1 Tanım ve önemi.....	2
2.1.2. Depresyonun tarihçesi.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Depresyonda risk etkenleri.....	6
a. Yaş.....	7
b. Cinsiyet.....	7
c. Genetik etkenler.....	7
d. Medeni durum.....	7
e. Sosyoekonomik düzey	7
f. Artmış yaşam stresi.....	8
g. Puerperal etkenler.....	8
h. Diğer etkenler.....	8
2.1.5. Depresyonda klinik belirtiler.....	8
2.1.6. Depresyonun DSM-V' e göre tanı kriterleri.....	10

2.1.7. Depresyon ölçme ve değerlendirme testleri.....	11
2.1.8. Depresyon tedavisi	11
2.2. Doğum Sonrası Dönemde Duygudurum Bozuklukları.....	12
2.2.1. Annelik hüznü (Postpartum blues).....	13
2.2.2. Doğum sonrası depresyon.....	14
2.2.2.1. Tanım ve önemi.....	14
2.2.2.2. Epidemiyolojisi.....	16
2.2.2.3. Risk faktörleri.....	16
2.2.2.4. Tarama yöntemleri.....	19
2.2.2.5. Koruyucu müdahaleler.....	20
2.2.2.5.1. Biyolojik müdahaleler.....	21
2.2.2.5.2. Psikolojik müdahaleler.....	21
2.2.2.5.3. Psikososyal müdahaleler.....	22
2.2.2.5.4. Sosyal destek	23
2.2.3. Postpartum psikoz.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.....	26
4. BULGULAR	27
4.1 Doğum sonrası depresyon ile risk faktörlerinin kıyaslanması.....	33
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKÇA	51
8. EKLER.....	66

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

Ark : Arkadaşları

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DALYs: Disease adjusted life years

DYAS: The Dyadic Adjustment Scale (Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği)

DSD: Doğum sonrası depresyon

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

DSÖ: Dünya sağlık örgütü

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale

EKT: Elektrokonzülzif tedavi

FDA: Food and drug administration

ICD-10: International classification of diseases

KDT: Kognitif davranışçı terapi

KİPT: Kişilerarası psikoterapi

MDB: Majör depresif bozukluk

mhGAP: Mental Health Gap Action Programme

NICE: The National Institute for Health and Clinical Excellence

NVD: Normal vajinal doğum

RDC: Research Diagnostic Criteria

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışmalar

ROSE: The Reach Out, Stay Strong, Essentials for new mothers

SNRI: Serotonin nöradrenalin geri alım inhibitörleri

SPSS: Statistical package for social sciences

SSRI: Sелеktif serotonin geri alım inhibitörü

STAI: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri)

TCA: Trisiklik Antideprasan

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VSD: Ventriküler septal defekt

YLD: Years life diseable

1.GİRİŞ

Gebelik kadın hayatının doğal döngüsünün bir parçası olmakla birlikte başta fiziksel ve psikososyal olmak üzere birçok alanda yaşanan değişimler nedeniyle kaygı ve stres düzeylerinde artışa neden olabilmektedir. Geçmişte gebelik ve doğum olaylarının psikiyatrik hastalıklardan koruduğuna inanılırken günümüzde bunun doğru olmadığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Çünkü gebelik mutluluk ve doyum kaynağı olabildiği gibi stres ve endişe kaynağı da olabilmektedir (1). Bu stres ve endişe nedeniyle doğum sonrası dönemde her yedi kadından biri duygudurum bozukluklarından etkilenmektedir (2). Doğum sonrası dönemde duygudurum bozuklukları genel olarak üç başlık altında incelenir. Bunlar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon (DSD) ve doğum sonrası psikozdur (3). Yıllar süren araştırmalar bir kadının doğum sonrası dönemde psikiyatrik bozukluk riskini arttıran bazı faktörler belirlemiştir. Bu faktörler kendisi veya ailesinde psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü, duygudurum bozukluğu geçirme öyküsü, artmış yaşam stresi ve hamilelik, doğum, emzirme ve yenidoğan sağlığı ile ilgili komplikasyonlar olarak sıralanabilir. Çalışmalar göstermiştir ki DSD'nin ortaya çıkmasında kilit faktör psikolojik strestir. DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)'e göre doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan ve en az iki hafta süren, majör depresif semptomları olan bir dönemi temsil eder. Doğum sonu depresyonun öne çıkan belirtisi disforik ruh hali olabilir fakat öfke veya suçluluk duygusu, bebeğe karşı ilgisizlik, daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk alamama, iştah ve uyku düzenindeki değişiklikler diğer başlıca belirtilerdir. Bu semptomlar kadının sadece günlük öz bakım rutinini etkilemez, aynı zamanda anne bebek ilişkisini ve eşler arasındaki ilişkiyi de negatif yönde etkiler (2).

Kanıtlar depresyonlu annelerin eşlerinin de depresyona girme açısından risk altında olduklarını göstermiştir. Yapılan çalışmalarda depresif annelerin bebeklerinde hem bilişsel hem de sosyal becerilerde gecikme yaşama olasılığının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, ek olarak DSD sağlık sistemine daha fazla yük oluşmasına, iş verimliliğinin azalmasına ve ilerleyen zamanda kronik depresyon açısından yüksek risk oluşmasına neden olur. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (ACOG) her kadının standartlaştırılmış, onaylanmış bir yöntem kullanarak DSD açısından perinatal dönemde en az bir kez taranmasını önerir (2).

Evrensel bir tarama, semptomların erken tanınmasını ve zamanında müdahale yapılmasını sağlayarak DSD'nin olumsuz sonuçlarını azaltır (2).

DSD' de semptomlar en fazla 4-6. haftalarda ortaya çıkar fakat bazen semptomlar aylarca hatta yıllarca subklinik kalarak tanı konulamayabilir. DSD'nin oluşumunda çok sayıda faktör yer alması nedeniyle DSD'yi önlemede kesin bir yöntem yoktur. Fakat yine de depresif semptomların taranarak erken tanınması, müdahalelerin erken yapılması anne ve bebek sağlığı açısından kötü sonuçları sınırlandırması mümkündür (2).

Bu çalışmamız doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığını ve ilişkili risk faktörlerinin neler olduğunu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanarak değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Tanım ve Önemi

Depresyon yoğun kederli ruh hâli ile karakterize, mental ve motor fonksiyonlarda yavaşlama, kendini değersiz görme, özgüven eksikliği, geçmişe dair pişmanlık, geleceğe dair karamsarlık duygularının ön plânda olduğu psikiyatrik bir bozukluktur (4). Bu ruh hâli kişinin yaşam sevincini yok etmekte, kişi iştah, uyku ve cinsel fonksiyonlarla ilgili bozukluklar yaşamaktadır. Aynı zamanda şiddetli depresyon olgularında kişinin intihar (suisid) düşüncesi ve buna bağlı olarak intihar girişimi olabilmektedir (5). Her insan zaman zaman çökkün bir ruh hâli yaşayabilmektedir fakat kişi depresyonda diyebilmek için bu ruh hâlinin kişinin günlük sorumluluklarını yerine getirmesine engel olması, devamlı ve yineleyici karakterde olması gerekir (6).

Depresyon tanımlama ve sınıflandırmasında en çok kullanılan sistemler ICD-10 (İnternational Classification of Disease, 10th edition) ve DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders'tir. ICD, Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) kullandığı bütün hastalıkların ve sağlık problemlerinin epidemiyolojisi, yönetimi ve klinik çalışmaları için kullandığı bir tanı kaynağıdır. Duygudurum bozuklukları ICD-10'da 'zihinsel ve davranışsal bozukların' içinde yer almıştır. Depresyon 'depresif atak' ve 'tekrarlayan depresif' bozukluk olarak tanımlanıp duygudurum bozukluklarının içinde yer almıştır. DSM-V ise depresyonu yalnızca 'zihinsel bozuklar' sınıflandırmasına dahil etmiştir (7). Depresif atakta düşük mod, ilgi-istek kaybı, artmış hassasiyet gibi bulgular gözlenir. Bulguların şiddetine göre depresif atak hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılır. Hafif depresif atak geçiren bireylerin günlük yaşantısı çok fazla etkilenmez ancak iş ve sosyal hayatında bazı sorunlar görülebilir. Ağır depresif atakta olan bireyin ise iş ve sosyal hayatı etkilendiği gibi günlük rutinlerini de yerine getirmekte zorlanabilir (6). Depresyonun önlenmesi için risk faktörlerinin net bir şekilde ortaya konulması gerekir. Depresyon birincil duygulanım bozukluğu şeklinde görülebileceği gibi, çok fazla psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir (8). Depresyon, birbiri ile ilişkili fizyolojik, biyolojik ve sosyal faktörler sonucu ortaya çıkar. Bu psikiyatrik bozukluğun olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan insanlarda meydana gelme

olasılığı daha yüksektir. Daha çok fonksiyon bozukluğuna, artmış yaşam stresine neden olmakta, etkilenen kişinin hayatı daha da kötüleşmekte ve kısır bir döngü meydana getirip depresyon daha da ağırlaşmaktadır (9). Depresyon genelde bir kişi, nesne veya sağlığın kaybedilmesi gibi olumsuz bir olay sonucunda ortaya çıkabileceği gibi herhangi bir neden olmadan da ortaya çıkabilir (4). Genel olarak depresyon için diğer risk etmenleri; gebelik, doğum, ailede depresyon öyküsü, ekonomik kaygılar, kronik hastalıklar, artmış yaşam stresi, menapoz, alkol ve madde bağımlılığı, aile içi şiddet, çocuklarda cinsel istismar olarak sayılabilir (10).

Depresyon atağı sırasında üzüntü, çevreye karşı ilgi kaybı-duyarsızlık, hassasiyet, uykusuzluk, mental-motor fonksiyonlarda yavaşlamanın yanı sıra iştah değişikliğine bağlı olarak kilo kaybı veya artışı da görülebilir. Bazı bireylerde bu semptomlara ek olarak psikotik semptomlar da eşlik edebilir. Bir kere depresif atak geçiren kişilerin %80' i yaşamlarının geri kalan bölümünde en az bir kez daha atak geçirmektedir. Hastaların %10-15' inde ise manik atak meydana gelmekte ve hasta artık 'bipolar bozukluk' tanısı almaktadır (6, 10)

Depresyon genel olarak orta yaş hastalığı olarak bilinir ve erken yetişkinlik döneminde başlar. Kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü saptanmıştır (11). Araştırmalar günümüzde depresyonun tüm dünyada ortalama 350 milyon kişiyi etkilediğini göstermektedir. Bu rakam 2015 yılında 315 milyon kişi iken, 2005-2015 yılları arasında 266 milyon kişidir (12, 13). Çeşitli ülkelerin yer aldığı toplam 17 ülkede yapılan "dünya ruh sağlığı araştırmasında" her 20 kişiden birinin depresyon atağı geçirdiği belirlenmiştir (12). Depresyonun tüm dünyada insidansı %6.6 hayat boyu yaygınlık oranı %16.2'dir (14). Tüm dünyada yapılan çeşitli çalışmalarda depresyonun hayat boyu ortaya çıkma ihtimalinin kadınlarda %20-26, erkeklerde %8-12 oranında olduğu saptanmıştır. Çalışmalar gösteriyor ki kadınlarda depresyonun ortaya çıkma olasılığı erkeklerden ortalama iki kat fazladır. Fakat günümüzde bu fark giderek azalmaktadır. Bu durum ise kadınların sosyal ve çalışma hayatına daha fazla katılması, sosyoekonomik konumlarının değişmesiyle açıklanmaktadır. Depresyon kadınlarda 35-45 yaş civarı, erkeklerde ise 55 yaş ve sonrası en sık görüldüğü dönemdir. Ancak depresyonun genç yaşlarda da giderek yaygınlaştığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (15). Depresyon oranları ülkelere göre de farklılık göstermektedir. DSÖ verilerine göre Avrupa ülkelerinde depresyon

oranı %12 iken Güney-Doğu Asya ülkelerinde yaklaşık %27 oranı ile en yüksek seviyededir (13). DALYs, doğuştan beklenen yaşam süresine göre ömür boyu sağlıklı yaşayacağını projekte ederek “süre ve kalite bakımından ne kadar kayıp” olduğunu ölçen ve sağlık müdahalelerinin de maliyetlerine göre yaşam yılı katkılarını gösteren bir sistemdir. Duygudurum bozuklukları içerisinde yer alan majör depresif bozukluk tüm dünyada 54.2 milyon insanı (%2), Avrupa’da ise 7.7 milyon insanı (%2.6) etkileyerek DALYs (disease adjusted life years) nedeni olmaktadır. Bu durum ile Avrupa ülkelerinde daha yüksek düzeyde majör depresif bozukluk nedeni hastalık yükü olduğu görülmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada 18 yaş ve üzeri kişilerde son bir senede geçirilen majör depresif atak oranı %6,7 olarak saptanmıştır (16). Majör depresif bozukluk 2000 yılında 34.2 milyon kişide YLD (Years life diseable) nedeni iken, tüm dünyada YLD nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almaktaydı. 2015 yılında ise 44.2 milyon kişide YLD nedeni olurken, YLD nedenleri sıralamasında ilk sırada yer almaktadır (13).

Hayatı boyunca bir kez majör depresif bozukluk geçiren bireyin tekrar depresyon geçirme ihtimali %50-60, iki kez majör depresif bozukluk geçiren bireyin depresyonunun tekrarlama ihtimali %70-80, üç kez geçirmiş bireyin depresyonunun tekrarlama ihtimali %90’ lara çıkmaktadır (14). Birey ne kadar ileri yaşlarda depresyon geçirirse tekrarlama ihtimali o kadar fazladır (15).

Depresyonun etkili tedavi yöntemleri olmasına rağmen, bu psikiyatrik bozukluğa yakalanan kişilerin %50’den daha azı tedavi olabilme şansını yakalamaktadır. Bazı bölgelerde bu oran %10’un bile altındadır. Etkili tedaviye ulaşmada bazı sorunlar vardır. Bunlar; yanlış değerlendirmeler, araştırma eksikliği, akıl hastalıklarına ilişkin toplumsal damgalanmalar, nitelikli sağlık hizmet sunucusu azlığıdır. Depresyon, DSÖ’nün yaptığı mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) tarafından öncelikli sağlık durumu kabul edilmiştir (9). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve psikiyatri servislerinde psikiyatrik hastalıkların tedavisine ulaşımı kolaylaştıracak birçok yöntem uygulanmaktadır. NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) tarafından kabul gören ‘basamaklı bakım modeli (stepped care model)’ bunlardan bir tanesidir. Bu yöntem hastalar, bakımverenler ve doktorlar için en etkin müdahaleye ulaşma ve etkin müdahaleyi uygulama konusunda çerçeve çizmektedir. Bu müdahale programı psikiyatrik hastalığın şiddetine ve seyrine göre

değişmekte olup öz-yardım, psikoeğitim, ilaç tedavisi, değişik yoğunlukta psikolojik müdahaleler, elektrokonvulsif tedaviyi kapsamaktadır (10).

Tedavi edilmemiş depresyon ortalama olarak 6-24 ay sürmekte, depresyon geçiren bireylerin yaklaşık olarak %66'sında semptomlar giderek azalmakta mental-motor fonksiyonlar depresyon öncesi normal düzeyine dönmektedir. Tedavi almamış hastaların yalnız %5-10'unda depresyon 24 aydan uzun sürmektedir (14).

2.1.2. Depresyonun tarihçesi

Depresyon tarihte ilk kez Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat "kara safra" anlamına gelen melankoli kavramıyla, karaciğer ve safra kanallarındaki disfonksiyondan kaynaklı, istek-ilgi kaybı, uykusuzluk, durgunluk, endişe ve intihar düşüncelerinin olduğu bir hastalık olarak tanımlamıştır (17).

Duygudurum bozukluklarının detaylı bir biçimde tanımlanması ve sınıflara ayrılması önce Kahlbaum, daha sonra ise Kraepelin tarafından yapılmıştır. Kahlbaum "siklotimi", "distimi" kavramlarını betimlemiş olup bu kavramların kapsamına giren duygudurum bozukluklarını sınıflamıştır. Psikiyatrik hastalıkları nedenlerine göre sınıflandırma ilk kez Kraepelin tarafından yapılmış olup bu yöntem daha sonra duygudurum bozukluklarının sınıflandırılmasında da etkili olmuştur. Yine 1968'de yayınlanan DSM-II'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Kraepelin'in psikiyatrik hastalıkları nedenlerine göre sınıflaması etkili olmuştur. Ancak 1980'de yayınlanan DSM-III ve 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R'de bu sınıflandırma terk edilmiştir. Sadece sebepleri ile depresyonun tam olarak değerlendirilemeyeceği düşünülüp, depresyon bir durum olarak tanımlanmıştır (18). 1994 yılında DSM-IV yayınlanmış ve 2013 Mayıs'da Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM'nin son versiyonu olan DSM-V kullanılmaya başlanmıştır (17).

2.1.3. Epidemiyoloji

Tüm dünyada olduğu gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde de majör depresif bozukluğun yaygınlığı yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir. ABD'de majör depresif bozukluk prevalansı %7'dir (19). Ülkemizde bu alanda yapılmış olan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Bu araştırmaların elde ettiği verilere göre; Türkiye'deki

linik düzeyde depresyon prevalansı %10, depresyonun somatik belirtileri ortalama %20, suçluluk duyguları benzeri belirtiler ise yaklaşık %10 nokta prevalansına sahiptir. Çeşitli araştırmalarda kronik bedensel hastalığa ikincil depresyon nokta prevalansı %4-8.8 dolaylarındadır (20).

2.1.4. Depresyonda risk etkenleri

a. Yaş

Depresyon için ortalama başlangıç yaşı 40'dır. Hastaların büyük bir çoğunluğu 20-50 yaş aralığındadır. Yapılan çalışmalarda çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun daha az görüldüğü saptanmıştır. Ancak son yıllarda değişen sosyokültürel yapı nedeniyle yaşlılarda depresyon oranının arttığı gözlenmiştir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşlarında, erkeklerde ise 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (21).

b. Cinsiyet

Birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi majör depresif bozuklukta kadınlarda erkeklere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır. Cinsiyetler arasında fark olduğu gibi yaş grupları arasında da farklılık mevcuttur. Genç-orta yaş grubu depresyon açısından daha risklidir. Bu farklılığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalarda endokrin sistemin neden olabileceği üzerinde durulmuştur. Ancak kadınlarda premenstrüel ve postpartum dönemde depresyon riskinde artış olup menopoza döneminde herhangi bir risk artışı yoktur. Sosyokültürel yapı da bu farklılığın nedeni olabilir. Ekonomik olarak gelişmiş bölgelerde kadın annelik, iş kadını, ev hanımı, eş gibi birçok rolü bir arada üstlenmektedir. Ayrıca kadınlar profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden isteklidirler, bu da kadın erkek arasındaki depresyon yaygınlığının farkını kısmi olarak açıklamaktadır (22). Ev kadınları ile çalışan evli kadınlar kıyaslandığında, ev kadınlarında daha fazla depresif belirtilerin olduğu gözlenmiştir (23).

c. Genetik etkenler

Depresyon ile genetik etkenler cinsiyetler arası farklılık göstermemektedir. Ailede özellikle birinci dereceden akrabada depresyon öyküsü olması kişinin depresyon riskini 2-3 kat arttırmaktadır. İkiz kardeşlerden biri depresyon geçirmiş ise diğerinin de geçirme riski tek yumurta ikizlerinde %50, çift yumurta ikizlerinde %10-25

oranında artmıştır. Ailede depresyon öyküsü olması özellikle TCA (Trisiklik Antideprasan) ve EKT (Elektro Konvülfif Tedavi)'ye yanıt oranını arttırmaktadır (24,25).

d. Medeni durum

Yapılan araştırmalarda depresyonun evlenmemiş, ayrılmış ya da eşini kaybetmiş bireylerde, evli bireylere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (26).

e. Sosyoekonomik düzey

Sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında net bir bağlantı bulunamamıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olup çalışmak zorunda olan kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hemcinslerine göre depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (21). Şehirde yaşayanlarla kırsal kesimde yaşayanlar arasındaki depresyon oranı da ülkelere göre değişmektedir. Almanya'da yapılan çalışmada şehirde yaşayanlarda daha fazla depresyon görölürken, ABD ve Avustralya'da fark saptanmamıştır (27). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da net bir sonuç elde edilememiştir. Antalya'da yapılan çalışmada yüksek gelir elde eden kişilerde depresyon oranı düşük bulunurken, Eskişehir'de tam tersi durum saptanmıştır (28,29).

f. Artmış yaşam stresi

Artmış yaşam stresi, maddi ve manevi kayıplar, eş ölümü ve 11 yaşından önce anne-baba kaybı, sağlıkla ilgili problemler, çocuklarda cinsel istismara uğrama, ekonomik krizler gibi nedenler artmış yaşam stresine ve buna bağlı olarak depresif semptomlara neden olabilir (22).

g. Puerperal etkenler

Doğum sonrası dönemde kadınlarda depresyon oranının arttığı yapılan çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. Özellikle Batı ülkelerinde doğum sonrası depresyon çok araştırılmıştır. Doğum sonrası depresyon oranının yüksek bulunması (%10-20) çeşitli faktörlere bağlanmıştır. Bu faktörler hormonal değişimler, ebeveyn rolüne alışma süreci, psikolojik ve toplumsal stresörlerdeki artış olarak sıralanabilir (30).

h. Diğer etkenler

Annelerin aşırı duygu dışı vurumu “expressed emotion”, çocuklarda depresyon riskini 3 kat arttırmaktadır. Göçmenlerde, sığınmacılarda, ailenin ilk çocuğunda ve evsizlerde depresyon riski 3 kat fazladır. Çekirdek aile ile geniş ailelerin depresyon kıyaslamasında ise net bir sonuç bulunamamıştır (31).

2.1.5. Depresyonda klinik belirtiler

Duygudurum bozuklukları içinde en sık görüleni majör depresif bozukluktur. MDB tek bir nöbet şeklinde görülebileceği gibi tekrarlayan, yineleyici nöbetler hâlinde de görülebilir. Çoğu kişide MDB tek bir nöbetten sonra tekrarlamaz fakat her üç kişiden birinde yinelemeler yaşam boyu sürer ve atak olmadığı dönemlerde de kalıntı semptomlar görülür (32). Depresyonda olan kişi çöküntü içindedir, anksiyöz ve üzüntülü ruh hâli mevcuttur, kognitif fonksiyonlar gerilemiş, benlik saygısı azalmıştır. Ayrıca bu semptomlara varsanı, sanrı, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar da eşlik edebilir. Vejetatif alanda enerji azlığı, sürekli yorgun olma hâli mevcuttur. Depresyon ayrıca kadınlarda menstruel düzensizlik yapabilmektedir. Kişi kendisini toplumdan izole etme isteğindedir, sosyal izolasyon sık görülür. Ayrıca intihar (suisid) düşünceleri ve buna bağlı olarak girişimleri görülebilir (33).

Depresyonda görülen bu semptomları günlük yaşamdaki üzücü olaylar veya bir kayıp nedeni ile oluşan keder ve yas durumu ile karıştırmamak gerekir. Yas yaşayan kişiler de çökkün bir ruh hâline sahiptir. Ancak bu kişiler eğlenceli bir durum ya da mutlu bir haber karşısında geçici de olsa mutlu olabilirler ve şartlara uygun tepki verirler. Ancak depresyondaki kişide durum böyle değildir, kişi sürekli olarak çökkün bir ruh hâlidir. Ayrıca yas yaşayan kişi ile depresyondaki kişi arasında bir diğer ayrım işlevselliktir. Yas yaşayan kişide işlevsellik belirgin bir şekilde etkilenmemiştir. Ancak depresyondaki kişide işlevsellik kaybı belirgindir (34). Depresyonda olan kişilerin %66'sında intihar (suisid) düşüncesi bulunur. İntihar teşebbüsü sonrası ölüm oranı ise yaklaşık %10-15 arasındadır. İntihar girişimlerinin başarısız olması durumunda %25'inin tekrarladığı ve bunların da %30'unun öldüğü saptanmıştır. Bu nedenle her intihar vakasının, ölüm gerçekleşmediğinde, tekrarlayabileceği unutulmamalıdır (33,35). Depresyon hastalarının ağlama kapasitesi azalmış, üzüntü ve acı karşısında hassasiyetleri artmıştır. Depresyondaki

kişilerde psikomotor retardasyon çok sık görülen bulgulardan biridir. Başta yürüme ve konuşma olmak üzere tüm hareketler yavaşlamıştır, konuşma baskılıdır. Kişiler bu durumu “çöküş” olarak nitelendirir ve morbid depresyonda, hafiften ağıra doğru psikomotor retardasyon görülür. Hasta sürekli uyuşuk bir durumdadır, fiziksel ve zihinsel anlamda yetersizlik yaşar. Depresyonun diğer semptomlarından biri de vejetatif dengesizliktir. Depresyonda hafif uyku evreleri artıp, derin uyku evreleri azalma eğilimindedir (36). Günlük yaşamda stres ya da kötü bir olayla karşılaşma sonucunda hafif depresyon gelişebilir. Stres faktörü ortadan kalktığında depresyon geriler fakat düşük bir ihtimalle bu durum uzun süre devam edebilir. Bu durum distimik bozukluktur. Distimik bozukluğu olan kişide ağır depresyon da gelişebilir. Bu tabloya “çifte depresyon (double depression)” denir (37,38).

Depresyonun yaşlı bireylerde görülme oranı topluma oranla daha yüksektir. Çeşitli çalışmalarda 65 yaş ve üstü bireylerde depresyon yaygınlığının %25-50 arasında olduğu gösterilmiştir. Bu yaş grubunda görülen depresyonların en dikkat çekici özelliği somatik yakınmaların fazlalığıdır. Bu nedenle yaşlı bireylerde depresyon gözden kaçabilmektedir. Bu durumun önüne geçmek için Aile hekimliği disiplini olarak yaşlı bireylerin toplumdaki izole olmasını engellemek, üretime katkı sunmalarını sağlamak, etkinlikler düzenlemek, genç yaştan itibaren yaşlılığa hazırlanmaları için eğitimler yapmak etkili olmaktadır (39).

Geçmiş yıllara kıyasla çocuklarda ve gençlerde depresyon yaygınlığı da son yıllarda artmıştır. Çocuk ve ergenlerde depresyon belirtileri farklılık gösterebilmektedir. Çocuklarda daha çok anne-babaya aşırı bağılılık görülürken ergenlerde okul başarısının düşmesi ön plândadır. Ayrıca gençlerde madde kullanımı, güvensiz cinsel birliktelik, ev veya okuldan kaçma gibi davranışlar olabilir (40).

Depresyonun diğer psikiyatrik hastalıklar, fiziksel-somatik hastalıklar ve ilaç kullanımı ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (41).

2.1.6. Depresyonun DSM-V'e göre tanı kriterleri

DSM-V TR'ye göre Majör depresif bozukluk tanı kriterleri

- A. Ardışık iki hafta boyunca, neredeyse her gün ve/veya günün büyük bölümünde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden beşinin veya daha fazlasının

bulunması ve daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması. Ayrıca bu belirtilerden en az biri mutlaka depresif ruh hâli veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.

1. Depresif ruh hâli, bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülü, umutsuz, kendini boşlukta hissetmek) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünüm).
2. Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide azalma, zevk alamama (anhedoni),
3. İştah durumunda değişiklik ve buna bağlı olarak kilo alma ya da kilo verme,
4. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,
5. Ajitasyon ya da psikomotor yavaşlama (diğer kişilerce de gözlenen düzeyde),
6. Bitkinlik, enerji düşüklüğü,
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları,
8. Düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme, kararsızlık yaşama,
9. Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülür.

- B. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu semptomlar herhangi bir madde kullanımına veya tıbbi durumun etkilerine bağlanamaz.
- D. Başka psikiyatrik hastalıkla açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik bir nöbet yoktur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin güncel sınıflaması olan DSM-V'de, DSM-IV'deki E seçeneğinde Tanı Ölçütündeki "yastan sonra 2 ay" şartı kaldırılmıştır. DSM-4-TR'de "Majör Depresif Atakın" E tanı ölçütü şöyledir: "Bu semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz, sevilen birinin ölümünden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da semptomlar, belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşır

durma, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyon, intihar düşünceleri, belirlidir.” DSM-V’te bu şart tamamıyla çıkarılmıştır (19).

2.1.7. Depresyon ölçme ve değerlendirme testleri

- Beck depresyon ölçeği: Depresif semptomları sorgulayan 21 sorudan oluşur. Depresyonun şiddeti hakkında bilgi verir. Epidemiyolojik çalışmalarda ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi amacıyla kullanılır (42,43).

- Hamilton depresyon derecelendirme testi: Bu ölçek görüşme ile gerçekleştirilen ve bulguların sistematik olarak kayıt altına alındığı bir değerlendirme aracıdır. Pişmanlık, suçluluk, intihar düşünceleri ve kaygı durumu gibi semptomlar sorgulanır. Toplam 17 maddeden oluşur ve her madde en az sıfır en fazla dört olacak şekilde puanlandırılır (44).

- Montgomery- Asberg depresyon değerlendirme ölçeği: Bu ölçekte toplam 10 madde bulunur ve tümü depresyonun çekirdek bulgularıdır. Maddeler sıfır ile 6 puan arasında puanlandırılır. Ancak bazı çekirdek bulguları bu ölçekte yer almamaktadır. Örneğin motor retardasyon ölçekte yer almaz (45).

- Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği: Birinci basamak sağlık hizmetine veya hastaneye başvuran hastalar kendileri doldurur. Hastalarda özellikle iç sıkıntısı ve çökkünlük semptomlarının varlığını, şiddetini belirlemek amacıyla kullanılır (46).

2.1.8. Depresyon tedavisi

Depresyonun farmakoterapisinde kullanılan başlıca ilaçlar selektif seratonin geri alım inhibitörleri, seratonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri, triazolopridinler-seratonin reseptör antagonistleri ve agonistleri, aminoketonlar-noepinefrin-dopamin geri alım inhibitörleri, noradrenalin geri alım inhibitörleri, alfa-2 reseptör antagonistleri, trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlardır.

SSRI’ların diğer antidepresanlara üstünlüğü yan etkilerinin az olması ve güvenli doz aralığının geniş olmasıdır. Günlük alınması gereken dozun 10 katı alınsa bile hasta hayatta kalabilmektedir. Tüm SSRI’lar eşit biçimde etki etmektedir. Bu grubun başlıca üyeleri; fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetin, sitalopram, essitalopramdır (47).

Serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörlerinin avantajı ise depresyonun başlangıç tedavisinde daha hızlı bir antidepresan etki yarattığı yönündedir (47).

Trisiklik antidepresanlar ise histaminerjik reseptörler üzerine yaptıkları etki nedeniyle sedatif etki yaratırlar. Depresyon tedavisinin ilk haftalarında bu özelliği olumlu bulunsa da sonrasında günlük yaşamı etkilemesi nedeniyle kişinin işlevselliği bozulabilmektedir (47).

Farmakolojik tedavinin yetersiz kaldığı ya da dirençli vakalarda bilişsel davranışçı tedavi yöntemi de kullanılmaktadır. Bu yöntem tek başına ya da farmakolojik tedavi ile birlikte kullanılabilir. Bilişsel davranışçı tedavi ile farmakolojik tedavinin etkinlik düzeyi hemen hemen aynıdır (48,49).

Diğer tedavi yöntemi ise elektrokonvulzif tedavi (EKT)'dir. EKT'de beyine elektrik akımı verilerek nöronal düzeyde konvülsiyon oluşumu sağlanır. Farmakoterapiye dirençli vakalarda, ilaç kullanımının kısıtlandığı gebelik gibi durumlarda kullanılır. Etki süresinin kısa olması dezavantajlarından (50).

Diğer tedavi yöntemleri ise son yıllarda kullanılmaya başlayan derin beyin uyarımı, tekrarlayan transmanyetik uyarım gibi tedavilerdir (51).

2.2. Doğum Sonrası Dönemde Duygudurum Bozuklukları

Doğum sonrası dönem ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Ancak gebelikte ve doğum sonrası süreçte psikiyatrik bozuklukların geliştiği Victor Luis Marce tarafından ilk kez 1858 yılında dile getirilmiştir (52). Buna ek olarak günümüzdeki çalışmalar birçok değişikliğin yaşandığı doğum sonrası dönemde psikiyatrik hastalıkların görülme oranının arttığını ve depresyonun 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğünü göstermiştir. Bu yaş aralığı doğum, gebelik, lohusalık gibi dönemleri de içine almaktadır (53).

Doğum sonrası dönem, kadın hayatında başta fiziksel, duygusal ve sosyal olmak üzere pek çok değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir. Doğum ile başlayan bu süreç ortalama 6-8 hafta sürerek değişimlerin tamamlanmasıyla son bulur (54).

Bu dönem duygudurum bozuklarının görülme sıklığını arttıran birçok etken barındırmaktadır. Bu etkenler; zor doğum eylemi, artmış yaşam stresi, hormonal değişimler, depresyon öyküsü bulunma, eşler arasındaki çatışmalar, sosyal destek azlığı, maddi sıkıntılar, istenmeyen gebelik, yetersiz sağlık bakımı alma olarak sayılabilir (55).

Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları genel olarak 3 başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar postpartum blues (annelik hüznü), postpartum psikoz ve postpartum depresyondur (3). Bunlardan en hafifi annelik hüznü olup doğum sonrası dönemde yaklaşık olarak %50-80 kadında görülmektedir (56). Doğum sonrası depresyon ise kadınların %10-14'ünde görülmektedir. En şiddetlisi ise postpartum psikoz olup yaklaşık %0.1-0.2 kadında görülür (3,54).

2.2.1. Annelik hüznü (Postpartum Blues)

Annelik hüznü ya da diğer adıyla postpartum blues doğum sonrası en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Ortak bir tanımlamasının olmaması nedeniyle sıklığı değişkenlik göstermektedir. Ortalama olarak doğum sonrası dönemdeki kadınların %50-%80'ini etkilediği bilinmektedir. Sıklığı çok yaygın olmasına rağmen genel bir kabul görmüş tanı kriterleri yoktur. Ayrıca DSM-5 ve ICD-10'da yer almamaktadır (57).

Annelik hüznü genel olarak disforik duygulanım, iştah bozuklukları, anksiyete, irritabilite, ağlama, uyku bozuklukları, stabil olmayan duygulanım gibi semptomların görüldüğü bir süreçtir. Anne bu 7 semptomun en az 4'ünü (6 en ağır şiddetli 0 en hafif şiddetli olarak sıralarsak) en az 3 şiddetinde yaşıyor ise annelik hüznü var demektir (58). Annelik hüznünde semptomlar doğumdan sonra ilk günlerden itibaren başlayıp 3-5 gün içinde tepe noktasına ulaşır ve genellikle iki hafta içinde kendiliğinden geriler (59).

Annelik hüznünün etyolojisinde çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Sosyodemografik ve hormonal etkenlerin neden olabileceği vurgulanmıştır. Doğum sonrası dönemde östrojen ve progesteronun birdenbire düşüşü ile ilişki olabileceği savunulmuştur. Ayrıca kişni kendisinde ya da yakınlarında depresyon ve premenstruel sendrom öyküsünün olması annelik hüznü görülme sıklığını arttırmaktadır (60). Ancak

annelik hüznünün çevresel stres faktörleri, doğum, emzirme ve kültürel durumla ilişkili olmadığı görülmüştür. Fakat bu faktörler annelik hüznünün doğum sonu depresyona dönüşmesinde etkili olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda annelik hüznünün doğum sonrası depresyon geçirme riskini arttırdığını saptamıştır. Annelik hüznü yaşayan kadınların ortalama olarak %20'sinde doğum sonrası depresyon gelişme riski vardır (61).

Annelik hüznünde ilaç tedavisinin yeri yoktur. Belirtiler genelde 2-3 hafta içinde azalarak kaybolur. Tedavi yöntemi anneyi rahatlatmak ve anne olunca duygudurum bozukluğunun oluşmasını önlemek için 15-49 yaş arası tüm kadınları eğitmektir. Eğitimle kadınlar anneliğe hazırlanır, doğum ile birlikte kendilerini neyin beklediğini bilir, bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olur ve böylelikle ruhsal yönden daha rahat bir doğum sonrası dönem geçirir (62).

2.2.2. Doğum sonrası depresyon

2.2.2.1. Tanım ve önemi

Doğum sonrası depresyon diğer adıyla postpartum depresyon doğumdan sonra başlayan psikotik belirtileri olmayan majör depresif ataktır (63). Doğum sonrası depresyon için birçok tanımlama vardır. Günümüzde tüm dünyada kullanılan ve tanı kriterlerinden oluşan ICD-10, DSM-V ve RDC (Research Diagnostic Criteria) gibi rehberler postpartum depresyon tanısı için kullanılmaktadır (7,10,64). DSM-V ve ICD-10'da doğum sonrası depresyon duygudurum bozuklukları içinde yer almıştır. DSM-IV tanı kriterleri içinde doğum sonrası depresyon için “doğumu takip eden ilk 4 hafta” içinde ortaya çıkan “postpartum başlangıçlı” vurgusu yapılmaktaydı (65). Ancak DSM-V tanı kriterleri içinde bu vurgu yapılmamıştır. Fakat DSM-V'te doğumla ilişkili depresyon vakalarının tümünün doğumdan sonra başlamadığı yaklaşık yarısının gebelikte ortaya çıktığı saptanmış ve “postpartum başlangıçlı” yerine “peripartum başlangıçlı” vurgusu yapılmıştır. Buna göre doğumdan sonra ilk 4 haftada meydana gelen majör depresyon atakları “peripartum başlangıçlı majör depresyon” tanısı almaktadır (7). DSD' nin ICD-10'da tanı kriterleri içinde “doğumu takip eden 6 hafta içinde başlayan depresyon atağı” şeklinde vurgu bulunmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda postpartum periyod denilen süreç doğumdan sonraki ortalama 1 yılı tanımlamak için kullanılır (66). Doğumdan sonra en yaygın görülen

psikiyatrik bozuklardan biri de postpartum depresyondur. Tedavi edilmediği takdirde DSD' nin anne ve bebek sağlığı üzerine pek çok olumsuz etkileri vardır. Bu olumsuz etkiler hem kısa hem de uzun dönemde ortaya çıkmaktadır. Doğum sonrası depresyonun kısa dönemde negatif etkileri, annenin emzirme isteğinin olmaması, anne bebek bağlanmasının gerçekleşmemesi, bebeğin rutin sağlık kontrollerinin aksaması, annenin güvenlik önlemlerini almakta isteksiz ve tedbirsiz olması gibi olumsuzluklar sayılabilir (67). Doğumdan sonra depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde gıda intoleransı, beslenme bozuklukları, büyüme-gelişme geriliği, mide-bağırsak sorunları ve solunum disfonksiyonu daha fazla görülmektedir (68).

Doğum sonrası depresyonun uzun dönemdeki olumsuzlukları ise anne için devamlı ve yineleyici bir depresyonun başlangıcı olabilir, böylelikle annede oluşan bu olumsuz ruh hâli bebeğe de yansır. İlerleyen dönemde çocukta emosyonel, davranışsal ve bilişsel sorunlar ortaya çıkabilir. Bu problemlerin daha çok doğumdan sonraki ilk 6 ay annedeki depresif semptomların varlığı ve şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (69). Annede doğumdan sonra oluşan depresyonun süresi ve şiddetine göre çocukta öğrenme fonksiyonlarında, dil ve zeka gelişiminde yaşlılarından geride kaldığına dair kanıtlar mevcuttur (70).

2.2.2.2. Epidemiyolojisi

Doğumdan sonra ilk iki yıl içinde kadınlarda psikiyatrik hastalıkların görülme oranı daha fazladır. Doğum sonrası en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri doğum sonrası depresyondur. Doğum sonrası depresyonun sıklığının belirlenmesi amacıyla çok fazla çalışma yapılmıştır. Ancak bu çalışma sonuçlarını etkileyen pek çok epidemiyolojik faktör bulunur. Bu faktörler, araştırmanın yapıldığı toplumun kültürel özellikleri, araştırma yapılan kişi sayısı, araştırmanın yöntemi, depresyonu değerlendirme yöntemleri olarak sıralanabilir (56).

Depresyon değerlendirmede kişinin kendini değerlendirmesi ya da bir uzman tarafından değerlendirilmesi de farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum sonrası depresyon öz-değerlendirme testleri kullanılarak yapıldığında, gelişmiş ülkelerde en az Almanya'da (%1,9) en fazla Amerika Birleşik Devletleri'nde (%82,1) saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise en az Pakistan (%5,2), en fazla ise Türkiye'de (%74) görüldüğü bildirilmiştir. Fakat ICD-10

kriterleri baz alınarak yapılandırılmış klinik görüşmelerde DSD yaygınlığının %0,1- %26,3 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda DSD sıklığının %5-%61,8 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde şehirlerarası gelişmişlik düzeyine göre de DSD sıklığı değişmektedir. Gelişmiş şehirlerde DSD sıklığı %21,2 iken, görece olarak daha az gelişmiş şehirlerde %25 olarak bulunmuştur. DSD sıklığı taranma dönemine göre de değişir. Doğumdan sonra ilk 28 gün içinde tarandığında DSD sıklığı %5,5 ile %50,7 arasında bulunurken, doğum sonrası ilk 1 yıl içinde tarandığında %6 ile %33,2 arasında bulunmuştur (71,72).

2.2.2.3. Risk faktörleri

DSD'yi etkileyen sosyodemografik risk faktörlerine baktığımızda annenin yaşı, doğum sayısı, evlilik süresi gibi etkenlerin DSD görülme sıklığını etkilemediği görülmüştür (62). Erken yaşta evlenme, eğitim seviyesinin düşük olması, sosyoekonomik olarak kısıtlı imkanlara sahip olma, işsizlik, doğum yaşının küçük olması DSD sıklığını arttıran başlıca sosyodemografik faktörlerdir. Ülkemizde yapılan bir meta-analiz araştırmasında DSD sıklığını en fazla etkileyen faktörlerin düşük sosyoekonomik düzey ve işsizlik olduğu belirtilmiştir (71).

DSD oluşumunda bazı biyolojik risk faktörleri de bulunmaktadır. Biyolojik teorilerden bir tanesi doğum sonrası hormon düzeylerinin ani değişimine bağlı DSD'nin ortaya çıkabileceği yönündedir. Bu teoriye göre doğum sonrası özellikle östrojen ve progesteron düzeyleri ani bir şekilde düşer. Bu hormonlar serotonin, dopamin gibi birçok nörotransmitterler ile ilişkilidir. Böylece serotonin ve dopamin yollarında balans bozulur. Bu da depresyona yatkın kadınlarda semptomların ortaya çıkmasına neden olur (73). Oksitosin düzeyinin düşük olması da DSD için risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca doğum öncesi artan kortizol düzeyi doğumdan sonraki ilk 4 saatte ani bir düşüş göstermektedir. Tüm bu değişimlerin DSD sıklığını etkilediği düşünülmektedir. Doğumdan sonra ilk 1 yıl içinde kadınların yaklaşık %5-7'sinde tiroid disfonksiyonu görülebilmektedir ki bu durumda DSD sıklığını arttırmaktadır (74,75).

DSD oluşumunda rol oynayan klinik risk faktörleri ise kişinin özgeçmişinde veya soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, gebelikte ortaya çıkan

duygudurum bozukluğu olarak sıralanabilir. Ayrıca gebelik dönemindeki yüksek anksiyete düzeyi de DSD görölme sıklığını artırmaktadır (76,77).

Bazı obstetrik risk faktörleri de DSD sıklığını etkileyebilmektedir. Örneğin istenmeyen veya planlı olmayan gebeliklerin DSD sıklığını arttırdığına dair çalışmalar mevcuttur (78). Emzirme ile DSD arasındaki ilişki net olarak belirlenememiştir (79). Ayrıca gebelikle ilişkili hiperemezis gravidarum, preeklamsi-eklamsi, yalancı kontraksiyonlar ve doğumla ilişkili olan elektif olmayan acil sezaryen, erken doğum, doğum sonrası aşırı kanama gibi komplikasyonlar DSD sıklığını arttırmaktadır (80). Annenin bebek bakımı ile ilişkili kaygılar yaşaması (özellikle ilk çocukta), bebekte sağlık problemi olması, düşük doğum ağırlıklı bebek olması ve zor karaktere sahip bebek olması da DSD sıklığını arttıran obstetrik risk faktörlerindedir (78,81).

DSD gelişiminde psikososyal risk faktörleri de rol oynamaktadır. Yapılan meta-analiz çalışmalarında annenin kaygılı, endişeli bir mizacı ile DSD gelişimi arasında zayıf-orta düzeyde ilişki bulunmuştur (81). Ayrıca annenin sinirli, içine kapanık, gergin kişilik özelliklerine sahip olması durumunda da DSD gelişim riskinin arttığına dair çalışmalar mevcuttur (76). Bilişsel özellikler ile DSD arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan meta-analiz çalışmalarında, bilişsel anlamda görece olarak geri olmakla DSD arasında anlamlı zayıf ilişki bulunmuştur (80). İş kaybı, aileden birinin ölümü gibi sebepler zaten tek başına depresyon ve artmış yaşam stresine neden olabilmektedir. Gebelik ve lohusalık döneminde kadınların artan hassasiyetleri göz önüne alındığında, artmış yaşam stresi ile DSD arasındaki ilişki araştırılmıştır. Toplamda 15 çalışmanın verileri kullanılarak yapılan meta-analiz çalışmasının sonucuna göre DSD ile artmış yaşam stresi arasında orta-güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır (80).

Kişinin yakın çevresinden sosyal desteğinin olmaması da DSD için bir risk faktörüdür. Sosyal destek bilgi desteği, uygulamada destek ya da duygusal destek şeklinde olabilir. Son zamanlarda 'algılanan destek' ile 'alınan destek' kavramları vurgulanmaktadır. Buna göre 'alınan destek' sorgulanabilen bir kavram iken 'algılanan destek' ihtiyaç hâlinde devreye girebilecek, kişinin sosyal çevresini oluşturan bireylerle ilgili algısıdır. Algılanan destek ile DSD arasında daha güçlü bir

ilişki bulunmaktadır. DSD yaşayan annelerde, yaşamayan annelere göre daha az algılanan sosyal destek olduğu görülmüştür (82). Sosyal desteğin bir parçası olan eş desteği de DSD oluşumunda anlamlı rol oynamaktadır. DSD semptomlarının şiddeti ile eş desteği arasında kuvvetli bir ters orantı mevcuttur. Evlilik ilişkisi de DSD oluşumunu ve sıklığını etkilemektedir. Evlilik ilişkisini değerlendirmek için birçok ölçek kullanılmaktadır. Bunlar öz-bildirimli ya da görüşme yöntemi ile yapılan ölçeklerdir. DYAS (The Dyadic Adjustment Scale- Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği) öz-bildirimli psikometrik bir ölçek olup evlilik ilişkisinin DSD üzerine etkisini ortaya koymakta kullanılır (80).

Kültürel faktörler de DSD oluşumunu ve sıklığını etkilemektedir. Doğum sonrası bazı toplumlarda uygulanan geleneksel yöntemler anneye sosyal destek sağlayarak DSD' ye karşı koruyucu olabilmektedir. Ancak ülkemizdeki geleneksel yöntemler yeni doğum yapan annenin kişisel ve özel hayatına müdahale noktasına gelebilmekte ve tam tersi bir etki oluşturmaktadır. Bu nedenle özellikle kırsalda yaşayan toplumlarda DSD sıklığı daha fazladır. Ülkemiz ile yakın geleneksel özelliklere sahip İran, Hindistan gibi ülkelerde de DSD görülme sıklığı fazladır. Avustralya'da göçmenler arasında yapılan bir araştırmada DSD sıklığının en fazla Türk göçmenlerde olduğu ve bunun da en önemli etyolojik faktörünün aile yapısı olduğu saptanmıştır (83). Ayrıca geleneklerine bağlı toplumlarda özellikle erkek cinsiyet isteği anne adayında stres kaynağı oluşturabilmekte ve bu da DSD sıklığını artırabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda çocuğun cinsiyetinin DSD ile ilişkisi bulunamamıştır. Ancak Çin ve Hindistan gibi ülkelerde yapılan araştırmalarda çocuğun cinsiyeti ile (özellikle kız bebek) DSD ilişkili bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kız bebek dünyaya getiren annelerin DSD sıklığında artış bulunmuştur (84-87). Toplamların kültürel özellikleri sadece DSD sıklığını etkilemez, aynı zamanda DSD yaşayan annelerde DSD'nin çıkış şeklini de belirler. Buna göre DSD'li beyaz kadınlar sağlık kuruluşuna depresyon şikayetleri ile başvururken, DSD'li asyalı kadınlar sağlık kuruluşuna fiziksel yakınmalar ile başvurmaktadır (88).

2.2.2.4. Tarama yöntemleri

DSD sıklığını belirlemek amacıyla çeşitli tarama testleri mevcuttur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan DSD tarama testleri Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) kullanılabilmektedir (89). Tarama testlerinin tanı koydurucu özelliği yoktur. Pozitif sonuç her zaman hastalık varlığını göstermemektedir. Validite bir tarama testinin klinikte uygulanabilir olması demektir. Sensitivite hasta bireylerin belirlenme oranı, spesifite sağlam bireylerin belirlenme oranını gösterir. Teste göre pozitif olan kişinin gerçekte hasta olma oranı ise pozitif prediktif değer olarak tanımlanmaktadır. Bir testin pozitif prediktif değeri ne kadar yüksek ise validitesi de yüksek kabul edilir (90). Tarama testlerinin yanlış çıkmasında birçok faktör yer alır. Toplumda annelik ve doğum olayları sürekli olarak mutlulukla eşleştirildiği için, yeni anne sağlık çalışanları ile irtibat kursa bile depresif semptomlarını paylaşmamayı tercih eder. Bazı kadınlar ise yaşadıkları depresif ruh hâlini anneliğin doğal seyrinde olduğunu düşünür. Ayrıca toplumda damgalanma korkusu da yine kadınların depresif semptomlarını paylaşmasını engeller. Sağlık çalışanının yetersizliği de depresif semptomların gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Bazı kaynaklar DSD'nin antenatal dönemde de taranması gerektiğini savunmuştur. Ancak yapılan geniş ölçekli araştırmalar DSD'nin antenatal dönemde tarandığında pozitif prediktif değerinin oldukça düşük olduğunu göstermiştir. Bunun aksine erken postpartum dönemde annede duygulanım bozukları ile DSD arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca annelik hüznü de DSD için risk faktörü niteliğindedir (91-93).

DSD taramasının çeşitli yarar ve zararları vardır. Başlıca yararları anne bebek ölüm oranlarını azaltması, hayat kalitesinin yükseltilmesi, sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltması, çocuk sağlığının iyileştirilmesi olarak sayılabilir. Zararlarını sıralayacak olursak yanlış pozitif sonuçların çıkması ve bu kişilere verilen tedavinin yan etkileri, mali yükü ayrıca toplumsal stigmatizasyon denilebilir (90, 94, 95).

-Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ): Öz-bildirim ölçeğidir. Toplamda 35 madde, 7 boyut ve her boyutta beş madde içeren beşli Likert

şeklindedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 35-175'dir. DDTÖ'nün kesme noktası minör veya majör depresyon için 60'dır.

-Beck Depresyon Ölçeği: Bu ölçek depresyon tanısı koymaktan ziyade depresif semptomların derecesini objektif olarak belirlemek için kullanılır. Öz-bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşur, her madde 0 ile 3 arasında puanlandırılır. 17 ve üzeri puan alanların tedavi gerektirecek depresyonu olduğunu %90 doğrulukla belirlemektedir.

-Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği: Toplam 10 maddeden oluşan, 4'lü Likert biçiminde bir öz-bildirim ölçeğidir. Her madde 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Ölçek değerlendirilirken 1,2 ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde diğer maddeler 3,2,1,0 şeklinde puanlandırılır. Bu ölçeğe göre 13 puan ve üzeri alan kadınlar risk grubunda sayılmıştır.

-STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri: Sürekli ve durumlu olan iki alt ölçeğin her birinde 20 soru bulunmaktadır. 14 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanabilmektedir. Durumluluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir zaman diliminde ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiği, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin zaman ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemeye çalışır (90).

2.2.2.5. Koruyucu müdahaleler

Koruyucu müdahaleler birincil, sekonder ve üçüncül koruma şeklinde olabilir. Birincil korumada amaç bireyde hastalığın ortaya çıkma olasılığını azaltmaktır. İkincil koruma ise erken tanı koymak ve hastalığın ilerlemesinin önüne geçmeyi kapsar. Üçüncül koruma ise hastalığın ortaya çıkardığı ya da çıkarabileceği komplikasyonları önleme ve progresyonu yavaşlatma şeklindedir.

Koruyucu müdahaleler hedef kitleye göre de sınıflandırılabilir. Buna göre genel önlemler tüm topluma uygulanırken, seçici stratejiler toplumdaki yüksek riskli alt popülasyona, belirtilmiş yaklaşımlar ise yüksek risk taşıyan ve asemptomatik özellik gösteren alt gruplara uygulanır (96).

DSD için başlıca 3 koruyucu müdahale yöntemi vardır. Bunlar biyolojik, psikolojik ve psikosoyal yöntemlerdir.

2.2.2.5.1. Biyolojik müdahaleler

Biyolojik müdahaleler antidepresan tedavisi, omega-3 yağ asitleri, kalsiyum, selenyum ve tiroksini içermektedir. Biyolojik müdahalelerin etkinliğini araştırmak için Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ) yapılmıştır. Fakat bu RKÇ'ler çok sınırlı sayıdadır. Antidepresanlarla ilgili tek RKÇ vardır. Buna göre SSRI'lardan sertralinin DSD rekürrensini önlemede ve rekürrens aralığını uzatmada plaseboya göre daha başarılı olduğu bulunmuştur (97).

Ayrıca DSD'nin risk faktörlerinden biri de doğumdan önce normalin 10 katına çıkan östrojen ve progesteronun doğum sonrası ani düşüşü olabileceği görüşüdür. Yüksek doz östrojenin DSD hızını düşürdüğu saptanmıştır (98). Gebelik ve postpartum dönemde kalsiyum ve selenyum desteğinin DSD sıklığını azalttığı gösterilmiştir (99, 100). Son yıllarda bir diğer tartışılan konu ise gebelikte omega-3 takviyesinin DSD üzerine etkisi olup olmadığıdır. Yapılan çalışmalar omega-3 takviyesinin DSD oluşumunu önlemede ve sıklığını azaltmada herhangi bir etkisinin bulunmadığı yönündedir (101,102). Ayrıca tiroid hormonlarının da DSD üzerine etkisi araştırılmıştır. Tiroid antikoru pozitif olan kadınlara tiroksin takviyesi verilmiştir. Tiroksin desteğinin DSD üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (103).

2.2.2.5.2. Psikolojik müdahaleler

Psikolojik müdahalelerin DSD üzerine olumlu etkisi çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. KİPT (kişilerarası psikoterapi) daha çok toplumdaki yetişkin bireylerde meydana gelen majör depresif bozukluk tedavisi için kullanılmakta iken daha sonra perinatal dönemdeki kadınların DSD semptomlarını ve oluşumunu önlemek için kullanılmıştır. KİPT içinde bulunulan zamana odaklanan, depresif belirtilerin bulunduğu bireyler arası durumu belirten kısa zaman dilimi ile sınırlı psikoterapidir. Yapılan araştırmalarda yalnız farmakoterapi alan bireylerle, KİPT ve farmakoterapi alan bireyler karşılaştırıldığında, ikinci grupta depresyon ve sosyal problem çözme becerisinde ilk gruba göre anlamlı istatistiksel iyileşme görülmüştür (104,105). ROSE (The Reach Out, Stay Strong, Essentials for new mothers) ise KİPT temeline dayanan bir psikolojik müdahale programıdır. Gebelikte 1 saatlik seanslar şeklinde düzenlenir. Bu program çeşitli başlıklardan oluşur. Programın amacı anne adaylarını ebeveynlik rolüne hazırlamak, sosyal anlamda yakın ilişkiler

kurulmasını sağlamak, bireyler arasındaki sorunları belirleme ve çözmeye yönelik başlıkları bulunur. Yapılan bir çalışmada kontrol ve müdahale grubu karşılaştırılmış ve 3 aylık seanslar sonunda, müdahale grubunda anlamlı derecede DSD hızında ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) skorlarında düşüş saptanmıştır (106,107). Diğer psikolojik müdahale yöntemleri kognitif davranışçı terapi (KDT) ve Postnatal Psikolojik Bilgilenme yöntemleridir (108,109).

2.2.2.5.3. Psikososyal müdahaleler

DSD sıklığını azaltmak amacıyla çeşitli psikososyolojik müdahaleler de bulunmaktadır. Bunlar sağlık çalışanlarının düzenli periyodlarla ev ziyareti, postpartum destek grupları oluşturularak sosyal destek sağlama ayrıca bilgilendirici öz-yardım kılavuzları dağıtma gibi yöntemler sayılabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası oluşturulan sınıf programlarının DSD üzerine etkinliği incelenmiştir. Bu eğitimler grup hâlinde verilebileceği gibi bireysel olarak da verilebilir. Psikoeğitim müdahalesi şeklinde olup içerdiği konular başlıca DSD semptomları ve tedavisi, gebelikte emosyonel ve sosyal zorluklar, öz-bakım, sorunları çözme becerisi gibi başlıklardır. Bu grup eğitimlerinin etkinliğini değerlendiren 6 RKÇ bulunmaktadır, 3'ünde anlamlı bir fark bulunurken, diğer 3 grupta müdahale ve kontrol grubunda DSD açısından önemli bir fark görülmemiştir (110).

Son zamanlarda bir diğer tartışılan kavram doula (doğum koçluğu)'dır. Doula 1980 yıllarında normal vajinal yolla doğumun azalması neticesinde ortaya çıkan bir kavramdır. Artan sezaryen oranlarını önlemek amacıyla doğum esnasında kadınlara destek verir. Günümüzde görev içeriği daha kapsamlıdır. Yapılan çalışmalarda doula desteği ile doğum yapan kadınlarının EPDS skorlarında anlamlı bir düşüş izlenmemiştir (111,112).

2.2.2.5.4. Sosyal destek

Kadın hayatında doğumla birlikte birçok değişiklik olmaktadır. Bazı kadınların doğumdan sonra annelik rolüne uyum sağlamaları zaman almaktadır. Ayrıca doğum ile birlikte kadına yüklenen sorumluluk da artmaktadır. Tüm bunlar anne için stres kaynağı olmaktadır. Bu dönemde annenin problemlere çözüm bulmaya çalışırken

aldığı sosyal destek annenin ruh sağlığını etkilemektedir. Sosyal destek, kişinin sosyal çevresini oluşturan ve ihtiyaç hâlinde ulaşabileceğini düşündüğü sosyal kaynaklar olarak tanımlanır. Sosyal destek duygusal ve enstrümental destek olarak ikiye ayrılır (113,114). Enstrümental sosyal destek daha çok yeni anneye sorumlulukları konusunda yardımcı olmak şeklindedir. Duygusal sosyal destek ise anneye kişiler arası ilişkilerinde ve annenin sevgi, empati, saygı konusunda kendini kıymetli hissetmesini sağlamayı amaçlar. Sosyal desteğin ayrıca alınan ve algılanan sosyal destek şeklinde de sınıflandırılabilceğini ve algılanan desteğin DSD üzerine daha güçlü etkisi olduğuna değinilmişti. Sosyal desteğin yararları pozitif düşünme gücü, duygusal istikrar ve fiziksel iyilik hâli sağlamasıdır (113).

Sosyal desteğin en önemli bileşeni de eş desteğidir. Günümüz aile yapısında doğum sonrası anneye yardımcı olabilecek en önemli ve ulaşılabilir sosyal destek eş desteğidir. Gebelik döneminde ve doğum sonrasında eş desteği alan kadınlarda daha az DSD görüldüğü saptanmıştır (115).

2.2.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz (PP) doğum sonrası dönemde görülen duygudurum bozukluklarından biridir. Klinik seyri postpartum depresyon ve annelik hüznüne göre daha ağırdır. Sıklığı her 1000 doğumda 1 olarak hesaplanmıştır. Özellikle obstetrik komplikasyonları olan primiparlarda daha siktir. Postpartum psikoz nedeni genellikle bipolar bozukluk olmakla birlikte majör depresyon kaynaklı da olabilmektedir. En önemli risk faktörü bipolar bozukluk öyküsünün olmasıdır. Bu kadınlarda semptomlar daha erken (doğum sonrası 1-2 günde) ortaya çıkmaktadır. Heyecanlı, coşkun, uyku ihtiyacı hissetmeyen ya da uyuyamayan, enerji artışı, konuşkanlık gibi manik semptomlar sık görülür. Etkilenen kişilerde konfüzyon ya da oryantasyon bozukluğu da olabilir. Altta yatan hastalığı olan kadınlarda, postpartum psikozun tekrarlama sıklığı 10-15 kat daha fazladır, bu nedenle sıkı izlem gerekir. Ayrıca postpartum psikozun diğer gebeliklerde tekrarlama riski %50'dir. Bu nedenle postpartum psikozu öyküsü olan kadınlarda, doğum sonrası acil lityum tedavisi başlanmasını öneren çalışmalar mevcuttur. Postpartum psikoz tanısı olan kadınlarda kendine veya bebeğine zarar verme düşüncesine yol açan delüzyonlar olabilir. Non psikotik depresyon yaşayan kadınların aksine, bu durumdaki kadınlar sık olmasa da

bebeklerini öldürmeye kalkışabilir. Birçok vakada görülmüştür ki postpartum psikozu olan kadınlarda tekrarlayan kronik psikotik manik-depresyon görülebilir (116).

Postpartum psikozun en önemli risk faktörü olan bipolar bozukluk, DSD tanısı almış ve tedaviye dirençli kişilerin %50'sinde atlanmaktadır. Bu vakalarda tek başına depresyon ilaçlarını kullanmak bipolar döngülerini hızlandırmakta, maniye tetiklemekte, tedavi başarılığını artırarak kısır döngü oluşturmaktadır (117).

DSM-V'te kullanılan kavramlardan biri de karma depresyondur. Karma depresyon postpartum dönemde en az 3 eş zamanlı manik semptomları olan majör depresyon atağıdır. Karma depresyon, bipolar I ve bipolar II bozukluklarında görülen majör depresif atak için de kullanılmaktadır. Karma depresyon DSD'ye göre klinik seyri daha ağırdır. Ayrıca DSD' nin aksine tedavide atipik antipsikotiklere yanıt verir. DSD'ye kıyasla intihar ve komorbidite prevalansı, ailede bipolarite öyküsü daha fazladır. Ayrıca bipolar I veya II' nin eşlik ettiği karma depresyon, DSD'ye göre daha erken bulgu vererek ortaya çıkar (118).

PP ile obsesif kompulsif bozukluk da klinik olarak ayrımını yapmak oldukça güçtür. Obsesif düşünceler ile halüsinasyonlar birbirine karışabilmektedir. Fakat uygun tedavinin düzenlenmesi açısından bu ayrımı yapmak gerekir (119).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil E.A.H. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine doğum sonrası başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada rutin kontrol amaçlı polikliniğe başvuran 18-45 yaş arası doğum yapmış kişilere sosyodemografik veri formu ile birlikte EPDÖ (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği) uygulayarak doğum sonrası depresyon oranını ve ilişkili olduğu risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri; kadın doğum polikliniğine doğum sonrası kontrol amaçlı başvurmak, 18-45 yaş aralığında olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek, canlı doğum yapmış olmak, çocuğun 2 hafta-1 yaş aralığında olması olarak sayıldı. İletişimi engelleyecek kadar mental bozukluğu ya da dil bozukluğu olması, 18 yaşından küçük ve 45 yaşından büyük olması, ölü bebek doğurma, çalışmaya katılmayı kabul etmeme ise araştırmaya alınmama kriterleri olarak kabul edildi.

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 15.02.2018 tarih ve 87 sayı ile onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Diyarbakır Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden 23.03.2018 tarih ve 445 sayılı yazı ile onay alınmıştır (Ek-2).

Çalışma verileri, 2018 yılı, Nisan-Haziran aylarında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH'ye başvuran 18-45 yaş arasında olan, doğum yapmış kadınlara anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmaya katılım kriterlerine uyan 311 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Kadınlara hekim tarafından sosyodemografik veri formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) uygulandı. Çalışmamızda EPDÖ toplam Cronbach's Alfa Katsayısı 0,830 oldukça iyi bulunmuştur.

3.1. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EPDÖ Cox ve arkadaşları (120) tarafından 1987 yılında İngiltere'de uygulanmıştır. Doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığını belirlemek için uygulanmaktadır. Öz-bildirim ölçeği olup, DSD tanısından ziyade taramasında

kullanılır (120). EPDÖ toplam 10 maddeden oluşur, dörtlü Likert biçiminde ölçektir. Bu dört madde 0-3 arası puanlandırılır. 1,2 ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde diğer maddele 3,2,1,0 şeklinde puanlandırılır. EPDÖ’nde alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30’dur. EDPÖ, Engindeniz (89) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Engindeniz’in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasında, EDPÖ’nün iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84 özgüllüğü 0,88 pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak saptanmıştır. EPDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r=0,7$ ($p<0.001$) bulunmuş ve geçerlilik kabul edilmiştir. Çalışmamızda EPDÖ kesme noktası 13 puan ve üzeri alınmıştır. Ölçekten 13 puan ve üzeri alan kadınların DSD açısından risk altında olduklarını söyleyen çalışmalar ağırlıktadır (89).

Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacmi “The Survey System” tarafından hazırlanmış olan “This Sample Size Calculator Software” (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandı. İstatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 25.0 programı ile yapıldı. Veriler, ortalama±standart değer (ort±SD (min-max)) olarak gösterildi. Gruplar arası değerlendirmede, kategorik veriler için ki-kare analizi ve Fisher’s exact testi kullanıldı. Non parametrik verilerin korelasyon analizi için Mann Whitney U kullanıldı. Anlamli çıkan sonuçların hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Post Hoc testi kullanılmıştır. Değerlendirmede $p<0,05$ ise gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilirken $p<0,001$ ise yüksek anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza toplam 311 kadın katılmıştır. Kadınların ortalama yaşı $27,5\pm 5,9$ (min:18-maks:43)'dir. Ortalama eş yaşı $30\pm 6,2$ (min:19-maks:50)'dir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1:Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri.

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	111	35,7
	İlkokul	92	29,6
	Ortaokul	52	16,7
	Lise	45	14,5
	Üniversite	11	3,5
Eş öğrenim durumu	Okur-yazar değil	43	13,8
	İlkokul	95	30,5
	Ortaokul	86	27,7
	Lise	67	21,5
	Üniveriste	20	6,4
Meslek	Ev hanımı	301	96,8
	Ev dışında çalışan	3	1,0
	Diğer	7	2,3
Eş meslek	Memur	25	8,0
	İşçi	191	61,4
	Çalışmıyor	65	20,9
	Diğer	30	9,6
Sosyal güvence	Var	274	88,1
	Yok	37	11,9
Ailenin ekonomik durumu*	Çok kötü	12	3,9
	Kötü	71	22,8
	Orta	200	64,3
	İyi	28	9,0
Yaşadığı yer	İl merkezi	114	36,7
	İlçe merkezi	105	33,8
	Köy-kasaba	92	29,6
Aile tip	Çekirdek aile	191	61,4
	Geniş aile	120	38,6

*Kişilerin beyanlarına dayanmakta olup sayısal veri yoktur.

Kadınların öğrenim durumlarına bakıldığında çoğunluğun (%35,7) okur-yazar olmayan grup olduğu görülmektedir. Yine eş öğrenim durumuna bakıldığında en

fazla oran ilkokul mezunlarının olduğu gruptur. Kadınların mesleklerine baktığımızda ev hanımı olanların çoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Eş mesleğinin ise en fazla %61,4 ile işçi olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi bulunmaktadır. Ailenin ekonomik durumu kişilerin kendi beyanlarına dayanmakta olup, orta gelirli grup çoğunlukta. Araştırmaya katılanların aile yapısına baktığımızda çekirdek aile tipinin geniş aileden fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılan kadınların ilk evlenme yaşı ortalama $21,01 \pm 4,14$ 'dür (15-40). İlk gebe kalma yaşı ortalama $22,06 \pm 4,3$ 'dür (15-41). Toplam gebelik sayısı ortalama $3,14 \pm 2,05$ 'tir (1-12). Canlı doğum sayısı ortalama $2,64 \pm 1,63$ 'dir (1-12). Düşük sayısı ortalaması $0,33 \pm 0,73$ 'tür (0-5). Yaşayan çocuk sayısının ortalaması $2,64 \pm 1,62$ 'dir (1-12).

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik öyküleri Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Araştırmaya katılan kadınların obstetrik öyküleri

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Küretaj yaptırınız mı	Evet	49	15,75
	Hayır	262	84,25
Küretaj nedeni	İstenmeyen gebelik	6	15,4
	Anne ile ilgili	30	57,7
	Bebek ile ilgili	13	26,9
Gebelik planlı mı?	Evet	213	68,5
	Hayır	98	31,5
Gebeliği istiyor muydunuz?	Evet	251	80,7
	Hayır	60	19,3
Gebelikten önce depresyon yaşadınız mı?*	Evet	35	11,3
	Hayır	276	88,7
Gebelikte depresyon yaşadınız mı?*	Evet	54	17,4
	Hayır	257	82,6

*Kişilerin kendi beyanlarına dayanmaktadır

Kadınların %15,75'i küretaj olmuştur ve bunların yarısından fazlası annenin sağlık sorunundan kaynaklanmaktadır. Araştırmamıza katılan kadınların %68,5'i gebeliklerini planlamışlardır. Ayrıca %80,7'si gebeliği istiyor musunuz sorusuna evet cevabını vermişlerdir. Gebelik öncesi depresyon yaşayanların oranı %11,3 iken gebelikte bu oran %17,4'e çıkmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların tıbbi öyküleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Araştırmaya katılan kadınların tıbbi öyküleri

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Önemli bir hastalığınız var mı?	Evet	22	7,1
	Hayır	289	92,9
Devamlı kullandığınız ilaç var mı?	Evet	12	3,9
	Hayır	299	96,1
Doğum şekliniz	NVY	174	55,1
	C/S	137	44,9
C/S nedeni nedir?	Bebek ile ilgili	48	31,2
	Anne ile ilgili	15	10,9
	Önceki C/S	62	47,8
	Bilmiyorum	16	10,1
Doğum şekli kararını kimler yardımıyla aldınız?	Sağlık personeli	198	63,6
	Eşim	95	30,6
	Akraba, komşu	13	4,2
	Diğer	5	1,6

Kadınların büyük bir kısmının önemli bir hastalığı ve devamlı kullandığı bir ilacı bulunmamaktadır. Normal vajinal yolla doğum sezaryenden daha fazla olup, sezaryenin en fazla nedeni ise önceki doğumun sezaryen olmasıdır. Doğum şekli kararının büyük bir kısmı sağlık personeli yardımı ile alınmıştır.

Çalışmaya katılan 311 kadına bebeklerinin kaç haftalık olduğu sorulmuştur. Ortalama $3,05 \pm 1,12$ 'tir (min 2hf - max 8hf).

Araştırmaya katılan kadınların bebekleri, evlilikleri ve bakım durumu ile ilgili özellikleri Tablo 4.4’de gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Araştırmaya katılan kadınların bebekleri, evlilikleri ve bakım durumu ile ilgili özellikleri

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebğinizde sağlık sorunu var mı?	Evet	33	10,6
	Hayır	278	89,4
Bebğinizin cinsiyetinin ne olmasını isterdiniz?	Kız	96	30,9
	Erkek	78	25,1
	Tercihim yok	137	44
Eşiniz bebeğin cinsiyetinin ne olmasını istiyordu?	Kız	68	21,9
	Erkek	84	27
	Tercihi yoktu	159	51,1
Bebğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?	Evet	303	97,4
	Hayır	8	2,6
Bebğinize yeterli bakım verebiliyor musunuz?	Evet	295	94,9
	Hayır	16	5,1
Bebğinizi emziriyor musunuz?	Evet	286	92
	Hayır	25	8
Evliliğinizde sorun var mı?	Evet	16	5,1
	Hayır	295	94,9
Eşinizle iletişiminiz iyi mi?	Evet	287	92,3
	Hayır	24	7,7
Eşiniz gebelik sürecinde yeterli ilgi gösterdi mi?	Evet	286	92,0
	Hayır	25	8,0
Eşiniz herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirdi mi?	Evet	13	4,2
	Hayır	298	95,8
Aileniz ile ilişkileriniz nasıl?	İyi	282	90,7
	Kötü	29	9,3
Eşinizin ailesi ile ilişkileriniz nasıl?	İyi	287	92,3
	Kötü	24	7,7
Doğum öncesi sağlık kuruluşundan bakım aldınız mı?	Evet	83	26,7
	Hayır	228	73,3
Doğum öncesi aldığınız bakım yeterli miydi?	Evet	78	25,1
	Hayır	233	74,9

Araştırmamıza katılan kadınların %10,6’sının bebeğinde sağlık sorunu bulunmakta idi. En sık görülen sağlık sorunları bilirubin yüksekliği (sarılık), VSD, yenidoğan

geçici takipnesiydi. Bebeğin cinsiyeti konusunda hem annelerin hem de eşlerin çoğunluğunun tercihi yoktu. Araştırmamıza katılan 311 kadından sadece 8'i bebeğin cinsiyetinden memnun değildi. 16 anne bebeğine yeterli bakım veremediğini belirtti. Bunlardan 11'i bebeği herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile yenidoğan yoğun bakımda takip edilen kadınlardı. Çalışmamızda emziren anneler çoğunlukta idi. Doğum öncesi herhangi bir sağlık kuruluşundan bakım alan kadınların oranı ise %26,7' idi.

Tablo 4.5: Çalışmamıza katılan kadınların EPDÖ kesme noktasına göre depresyon puan durumları.

EPDÖ' ye göre depresyon puanları	Sayı (n):311	Yüzde (%)
13 puan ve üzeri alanlar	47	15,1
13 puan altı alanlar	264	84,9
Toplam	311	100

Araştırmamıza katılan kadınlardan toplam 47'si (%15,1) EPDÖ'den 13 ve üzeri puan, 264'ü (%84,9) 13 puan altında almıştır. 311 kadının ortalama puanı $5\pm 5,68$ olarak bulunmuştur. EPDÖ'den minimum 0, maksimum 21 puan alınmıştır.

4.1 Doğum sonrası depresif belirti sıklığı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

Araştırmamıza katılan kadınların yaşları ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. EPDÖ ile taranan ve DSD tarama sonucu pozitif saptanan grupta yaş ortalaması $29\pm 6,35$ iken, negatif olan grupta yaş ortalaması $27\pm 5,82$ 'dir ($p=0,005$).

Eş yaşı ile DSD sıklığı arasında ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre DSD taramasında pozitif olan grupta eş yaşı ortalaması $32\pm 6,76$ iken, taramanın negatif olduğu grupta eş yaşı ortalaması $29\pm 6,04$ 'dür ($p=0,009$).

Araştırmamıza katılan kadınlar toplam gebelik sayısına göre değerlendirildiğinde, gruplar arasında DSD riski açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$). DSD taraması pozitif olan grupta toplam gebelik ortalaması $4\pm 2,3$ iken, negatif olan grupta bu değer $3\pm 1,9$ 'dur.

Kadınların canlı doğum sayısı ile DSD riski arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak ($p=0,055$) sınırdan anlamsız olarak bulunmuştur. DSD taraması pozitif olan grupta canlı doğum ortalaması 3 ± 2 iken, negatif olan grupta canlı doğum ortalaması $2\pm 1,5$ 'dir.

Kadınların düşük sayısı ile DSD riski arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak yüksek anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). DSD taraması pozitif olan grupta düşük ortalaması $0,64\pm 0,91$ iken, negatif olan grupta ortalaması $0,27\pm 0,68$ 'dir.

Çalışmamıza katılan kadınlar yaşayan çocuk sayısına göre gruplandırıldığında, gruplar arasında DSD açısından istatistiksel olarak anlamlı risk artışı bulunmuştur ($p=0,036$). DSD taraması pozitif olan grupta yaşayan çocuk sayısı ortalaması $3\pm 1,96$ iken, negatif olan grupta yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2\pm 1,5$ 'dir.

Kişiler yaşadıkları yere göre il merkezi, ilçe merkezi, köy-kasabada yaşayanlar olarak gruplara ayrılmıştır. Gruplar arasında DSD riski bakımından istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir ($p=0,269$) ($\chi^2=1,241$).

Gebeliğin planlı olması ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6: Gebeliğin planlı olması ile DSD riski arasındaki ilişki

Gebeliğin plan durumu	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Planlı gebelikler	189	88,7	24	11,3	213	100
Plansız gebelikler	75	76,5	23	23,5	98	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
p değeri	p=0,010 $\chi^2=7,790$					

Gebeliği planlı olanlarda DSD oranı %11,3 iken, gebeliği planlı olmayanlarda bu oran %23,5 dir ($p=0,010$).

“Gebeliği istiyor musunuz” sorusuna kadınların %80,7’si evet, %19,3’ü hayır yanıtını vermiştir. Gebeliğin istem durumuna göre oluşan gruplar arasındaki ilişki ele

alındığında, aralarında DSD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,069$) ($\chi^2=3,916$).

Gebelik öncesi depresyon ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Gebelik öncesi depresyon ile DSD riski arasındaki ilişki

Gebelik öncesi depresyon	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	22	62,9	13	37,1	35	100
Hayır	242	87,7	34	12,3	276	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,001 $\chi^2 =14,920$					

Gebelik öncesi depresyon yaşayanlarda DSD riski %37,1 bulunurken, gebelik öncesi depresyon yaşamayanlarda bu değer %12,3’dür. Gebelik öncesi depresyon ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$).

Gebelik sırasında depresyon ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.8’ de verilmiştir.

Tablo 4.8: Gebelik sırasında depresyon ile DSD riski arasındaki ilişki

Gebelik sırasında depresyon	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	34	63	20	37	54	100
Hayır	230	89,5	27	10,5	257	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p<0,001 $\chi^2=24,485$					

Tablo 4.8’da kadınların gebelik sırasındaki depresyon yaşamaları ile DSD riski arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan yüksek

anlamli bulunmuştur. Gebelikte depresyon yaşıyanlarda DSD sıklığı %37 iken, gebelikte depresyon yaşamayanlarda bu oran %10,5'tir ($p<0,001$).

Çalışmamıza katılan kişiler önemli bir hastalık ve devamlı kullanılan ilaç varlığına göre gruplara ayrıldığında, gruplar arasında DSD riski açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (Sırasıyla $p=0,756$, $p=0,072$).

Doğum şekli ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Doğum şekli ile DSD riski arasındaki ilişki

Doğum şekli	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
NVY	155	89,1	19	10,9	174	100
C/S	109	79,6	28	20,4	137	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	$p=0,025$ $\chi^2=5,413$					

Doğum şekli ile DSD arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$). Normal vajinal yolla doğum yapanlarda DSD sıklığı %10,9 iken, sezaryen ile doğum yapanlarda bu oran %20,4 olarak bulunmuştur.

Bebeğin cinsiyet tercihi ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10: Bebeğin cinsiyet tercihi ile DSD riski arasındaki ilişki

Bebeğin cinsiyet tercihi	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	90	93,7	6	6,3	96	100
Erkek	61	78,2	17	21,8	78	100
Tercih yok	113	82,5	24	17,5	137	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,029 $\chi^2=9,211$					

Araştırmamıza katılan kadınlara bebeklerinin cinsiyetinin ne olmasını istedikleri soruldu. Oluşan gruplar arasında EPDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (**p=0,029**). Kız isteyen grupta DSD risk oranı %6,3 iken erkek isteyen grupta DSD risk oranı %21,8’dir. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc testi yapıldı. Buna göre farkın kız isteyen gruptan kaynaklandığı ve bu grupta EPDÖ puanlarının en düşük olduğu saptandı (p=0,003).

Emzirme ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11: Emzirme ile DSD riski arasındaki ilişki

Bebeğin emzirilmesi durumu	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	249	87,1	37	12,9	286	100
Hayır	15	60	10	40	25	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,001 $\chi^2=13,125$					

Kadınların emzirme durumu ile DSD riski arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Emziren kadınlarda DSD riski %12,9 iken bu oran emzirmeyen kadınlarda %40 olarak bulunmuştur.

Bebeğe yeterli bakım verme ile DSD riski arasındaki ilişki 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12: Bebeğe yeterli bakım verme ile DSD riski arasındaki ilişki

Bebeğe yeterli bakım verme	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	257	87,1	38	12,9	295	100
Hayır	7	43,7	9	56,3	16	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	$p<0,001$ $\chi^2=22,251$					

Çalışmamıza katılan 311 anneden 16’sı bebeğine yeterli bakım veremediğini ifade etmiştir. Bu annelerden 15’inin bebeği herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle yenidoğan yoğun bakımda takip edilmekteydi. Bebeğine yeterli bakım verdiğini beyan eden annelerde DSD riski %12,9 iken, yeterli bakım veremediğini belirten annelerde DSD riski %56,3 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak yüksek anlamlıdır ($p<0,001$).

Eşler arasındaki iletişim düzeyi ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Eşler arasındaki iletişim düzeyi ile DSD riski arasındaki ilişki

Eşler arasında iletişim	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	249	86,8	38	13,2	287	100
Hayır	15	62,5	9	37,5	24	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,004 $\chi^2=10,161$					

Eşler arasındaki iletişim ile DSD varlığı ve EPDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004). Eşi ile iletişimi iyi olanlarda DSD riski %13,2 iken, iletişimi iyi olmayanlarda DSD riski %37,5 olarak bulunmuştur.

Gebelik süresince eş ve aileden yeterli ilgi görme ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.14'te gösterilmektedir.

Tablo 4.14: Gebelik süresince eş ve aileden yeterli ilgi görme ile DSD riski arasındaki ilişki.

Gebelik süresince eş ve aileden yeterli ilgi gördünüz mü?	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	249	86,8	38	13,2	287	100
Hayır	15	62,5	9	37,5	24	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,001 $\chi^2=13,125$					

Araştırmamıza katılan kişilere gebelik süresince eş ve aileden yeterli ilgi görüp görmediği soruldu. Verilen cevaplara göre oluşan gruplarda DSD riski ve EPDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ($p=0,001$). Buna göre eşi ve ailesi tarafından yeterli ilgi gördüğünü düşünen kadınlarda DSD sıklığı %12,9 olarak bulunurken, yeterli ilgi gördüğünü düşünmeyenlerde bu oran %40 olarak bulunmuştur (Tablo 4.14).

Çalışmamıza katılan kadınlara eşlerinin herhangi bir psikiyatrik hastalığının olup olmadığı soruldu. %4,2'si evet yanıtını, %95,8'i hayır yanıtını verdi. Oluşan gruplar arasında DSD sıklığı ve skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,116$)($\chi^2=2,592$).

Araştırmamıza katılan kadınların öğrenim durumu “ortaokul ve altı” “lise ve üstü” öğrenim görenler şeklinde gruplandırılmıştır. İlk grupta DSD riski %14 bulunurken ikinci grupta DSD sıklığı %15,29 bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1,000$) ($\chi^2=0,036$).

Kişilerin meslekleri çalışma durumu şeklinde ele alınmıştır. Buna göre “çalışan grup” ile “çalışmayan grup” arasında EPDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,651$) ($\chi^2=0,192$). Çalışmayan grupta DSD riski %14,9 iken, çalışan grupta bu oran %20'dir. Aynı şekilde eş mesleği de çalışan ve çalışmayan grup olarak ele alınmış olup DSD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,697$) ($\chi^2=0,210$).

Kişilerin sosyal güvencelerinin olup olmaması ile DSD sıklığı araştırılmıştır. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,746$) ($\chi^2=0,209$). Sosyal güvencesi olmayan ya da yeşil kartlı olan grupta DSD riski %14,3 bulunmuşken, sosyal güvencesi olan grupta bu oran %16,2 olarak bulunmuştur.

Kişilerin ekonomik durumları ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15: Kişilerin ekonomik durumları ile DSD riski arasındaki ilişki

Ekonomik durum	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kötü	63	75,9	20	24,1	83	100
Orta-iyi	201	88,1	27	11,9	228	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,008 $\chi^2=7,123$					

Kişilerin kendi beyanları ile ekonomik durumu kötü olanlar ile orta iyi olanlar DSD açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,008). Ekonomik durumu orta-iyi olanlarda DSD riski %11,9 iken, kötü olanlarda bu oran %24,1 olarak bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan kadınların aile tiplerini çekirdek aile ve geniş aile olarak gruplara ayırdık. Gruplar arasında DSD varlığı ve EPDÖ skorları açısından istatistiksel olarak bir risk artışı saptanmadı (p=0,334) ($\chi^2=1,040$).

Kişilerin aile ilişkileri ile DSD sıklığı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,412) ($\chi^2=0,775$). Aile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade eden kişilerde DSD sıklığı %14,5 bulunurken, aile ilişkilerini orta-kötü olarak ifade edenlerde DSD sıklığı %20,6 olarak bulunmuştur.

Doğum şekli kararı ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16: Doğum şekli kararı ile DSD riski arasındaki ilişki

Doğum şekli kararı	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıkçı	162	81,8	36	18,2	198	100
Diğer	102	90,3	11	9,7	113	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	p=0,045 $\chi^2=4,002$					

Çalışmamıza katılan kadınları doğum şekline kimin karar verdiğine göre gruplara ayırdık. Oluşan gruplar arasında DSD riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,045). Doğum şekline sağlıkçıların karar verdiği grupta DSD sıklığı %18,2 iken, diğer grupta %9,7 olarak bulunmuştur.

Bebeğin sağlık durumu ile DSD riski arasındaki ilişki Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17: Bebeğin sağlık durumu ile DSD riski arasındaki ilişki

Bebeğin sağlık durumu	EPDÖ puanı					
	13 puanın altı		13 puanın üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık sorunu var	21	63,6	12	36,4	33	100
Sağlık sorunu yok	243	87,4	35	12,6	278	100
Toplam	264	84,9	47	15,1	311	100
P değeri	P<0,001 $\chi^2=12,996$					

Çalışmamıza katılan kadınların bebeklerinin sağlık durumu ile DSD oranı karşılaştırıldığında; sağlık sorunu olanlarda DSD riski %36,4 iken, sağlık sorunu olmayanlarda bu oran %12,6’dır. Aradaki fark istatistiksel açıdan yüksek anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

5. TARTIŞMA

DSD anne ve çocuk sağlığı üzerinde etkileri dikkate alındığında önemsenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Anne ve çocukta oluşturduğu sağlık sorunlarından dolayı toplumlarda prevalans ve nedene yönelik çalışmalar hastalığın önlenmesinde yapılacak en önemli adımlardır. Kadınların bu dönemde duygusal açıdan daha hassas olmalarının yanı sıra yaşam şeklinde ciddi değişmeler, sorumlulukların artması ve çevresinden yeterince destek alamaması doğurganlık döneminde yaşanan sıkıntıları daha da artırmaktadır. Bu çalışmada depresyon açısından riskli kabul edilen doğum sonrası dönemde hem depresif belirtilerin yaygınlığını saptamayı hem de ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Türkiye de yapılan çalışmalara bakıldığında depresif belirti oranları %13-%40 arasında değişmektedir. Ekuklu ve ark. (86) Edirne il merkezinde 2004 yılında %40,4, Arslantaş ve ark. (121) Aydın'da 2009 yılında %12,5, Keskin (122) İstanbul'da 2018 yılında %9,9, Erken (123) Kayseri'de 2016 yılında %18, Sütü (124) Burdur'da 2016 yılında %22,1, Sayın (125) Konya'da 2016 yılında %6,8, Danacı ve ark. (126) Manisa'da %14, Kara (127) Denizli Pamukkale ilçesinde DSD semptom sıklığını %14,3 oranında bulmuştur. Erzurum'da EPDÖ'nün Türkçe formunun doğrulanması amacıyla yürütölen bir çalışmada DSD risk oranı %14,4 olarak bulunmuştur (128). O'hara ve ark. (80) 59 çalışmayı dahil ettikleri kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında (n=12810) DSD sıklığını %13 olarak bulmuşlardır. Halbreich ve Karkun (129) 40 ölkede yapılmış 143 çalışmanın sonuçlarını derledikleri review çalışmasında DSD belirti prevalansının %0 ila %60 arasında değişiklik gösterdiği, bu oranların farklılığında kültürel faktörlerin ve örnekleme uygunluğunun da oldukça etkili olduğu eklenmiştir. Bu çalışmada ölkelerin DSD ortalamaları ise Hong Kong'da %16,1, İngiltere'de %12,8, Fransa'da %8,5, İtalya'da %38,1, Tayvan'da %34,5, Hindistan'da %32,4, İspanya'da %17,4, Almanya'da %17,1, İsveç'te %12,4 olarak belirtilmiş, aynı çalışmada Türkiye'deki sıklık %29,8 olarak bildirilmiştir. Zhang ve Chen'nin (130) Çin'de yaptığı bir çalışmada da kadınların %15'inde DSD olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalarda oranlardaki farklılığın nedenleri şu şekilde açıklanabilir; 1-DSD prevalansını tespit etmek için kullanılan tanı araçlarında ve araştırma metotlarındaki farklılıklar dikkat çekicidir. 2-

Katılımcıların doğum sonrası dönemdeki farklı zaman dilimlerinde araştırmalara dahil edilmesi farklılıklardan biridir. 3-Farklı merkezler, farklı kültürler ve farklı risk gruplarını içeren heterojen grupların bulunması da farklılıklar oluşturmaktadır. Ancak araştırmacılar, bazı kültürlerde DSD sıklığını düşük olmasının nedenini, kültürel destek faktörlerine bağlamaktadır (131). Çalışmamızın ana bulgusu olarak, doğum sonrası dönemde 311 katılımcı arasında EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri alındığında depresif semptom prevalansını %15,1 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucu literatür ile uyumludur.

Türkiye’de ve dünyadaki kadınlarda DSD görülme sıklığı çalışmada kullanılan depresyon ölçeğine ve uygulandığı gruba göre farklılıklar göstermektedir. Postpartum örneklerde EPDÖ’nün duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 olarak saptanmıştır. Antenatal ve postpartum periyotta EPDÖ’nün depresif semptomları doğru olarak ölçtüğü bildirilmiştir. EPDÖ tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ve tanı ölçekleri ile doğrulanması gerekmektedir. Ancak EPDÖ’nin depresyon semptomlarını saptama açısından özgüllüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir (132).

DSD ile yaş arasındaki ilişki ele alındığında literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Örneğin genç anne yaşının DSD riskini artırdığı (133), azalttığı (134) veya ilişkisiz olduğunu (135) belirten çalışmalar vardır. Adölesan annelerde DSD riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (136). Çalışmamıza katılan kadınlar adölesan olmayıp yaş ortalaması $27,55 \pm 5,98$ ’dir. Yaş dağılımları 18-43 aralığındadır. EPDÖ ile taranan ve DSD tarama sonucu pozitif olan grupta yaş ortalaması $29 \pm 6,4$ iken, negatif olan grupta yaş ortalaması $27 \pm 5,82$ ’dir. Kadınların yaşı ile EPDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eş yaşı ile DSD riski arasında ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre DSD taramasında pozitif olan grupta eş yaşı ortalaması $32 \pm 6,76$ iken, taramanın negatif olduğu grupta eş yaşı ortalaması $29 \pm 6,04$ ’dür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 (TNSA) verilerine göre kadınlarda ‘lise ve üzerinde’ eğitim durumu %20,5 iken, erkeklerde %29,1’dir. Bu oran 15-49 yaş grubundaki kadınlarda %31,1’dir. Bizim çalışmamıza katılan kadınların öğrenim durumlarına bakıldığında çoğunluğun (%35,7) okur-yazar olmayan grup olup lise ve üzeri eğitim durumu %18 iken, eşlerinde %27,9 olduğu görülmektedir. Bölge olarak

öğrenim durumu literatürden düşüktür ve bunun sebebi sosyoekonomik düzeyi görece düşük bir bölgede çalışmamızı yapmış olmamız olabilir. Araştırmamıza katılan kadınların öğrenim durumu “ortaokul ve altı” “lise ve üstü” öğrenim görenler şeklinde ayrılıp, ilk grupta DSD riski %14 bulunurken ikinci grupta DSD riski %15,29 bulunmuştur ve bu istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Erken’in (123) yaptığı çalışmada EPDÖ puanları ile kadınların eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ekuklu ve ark. (86) ve Vural ile Akkuzu’nun (55) yaptıkları çalışmalarında da eğitim durumu ile depresyon puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmalar düşük gelir, mali gerginlik, annenin meslek sahibi olmaması ve düşük sosyal statü ile DSD arasında küçük ama önemli ve belirleyici bir ilişki olduğunu göstermektedir. O’hara ve ark. (80)’in metaanaliz çalışmasında gelir ve çalışma durumu DSD oluşumunu etkileyen sosyodemografik özellikler olarak bulunmuştur. Özcan ve ark. (137)’in 2017 yılında 52 çalışmayı dahil ettiği bir metaanaliz çalışmasında DSD riski ile karşılaştırıldığında, 34 çalışmanın 29’unda yaş ile anlamlı ilişki görülmezken, eğitim durumu ile 39 çalışmanın 12’sinde negatif ilişki, ekonomik seviye ile 26 çalışmanın 15’inde negatif ilişki, çalışma durumu ile 32 çalışmanın 12’inde pozitif ilişki ve eş çalışma durumu ile 15 çalışmanın 7’sinde negatif ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada ekonomik seviye ve eş çalışma durumu DSD gelişimi ile ilişkili faktörler arasında öne çıkmıştır. Sütü (124) çalışmasında geliri olan anneleri referans aldığında, geliri olmayan annelerde DSD’nun 1,8 kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Orhon ve ark. (138) annelerin işsiz olması ile DSD arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Hindistan’da 2002 yılında Patel ve ark. (85) tarafından yapılan çalışmada ekonomik yoksulluk DSD için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, düşük gelir düzeyi doğum sonrası depresyon için sosyoekonomik risk faktörü olarak tespit edilmiştir (86,126,139,140). Çalışmamızda ekonomik durumu orta-iyi olanlarda DSD sıklığı %11,9 iken, kötü olanlarda bu oran %24,1 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuçlara baktığımızda düşük gelir düzeyinin bir risk faktörü olduğunu düşünmekteyiz.

Keskin (122) özel sağlık sigortası bulunan ve bulunmayan grupta DSD belirti sıklığını sırasıyla %4,4 ve %11,5 olarak bulup aradaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olmadigini saptamisttir. Yine ayni calismada es egitim durumu ve es calisma durumu ile DSD belirti sikligi arasinda anlamlı bir iliski bulunamamistir. Sinter ve ark. (141) calismalarinda sosyal guvenceye sahip olmamayi dogum sonrası depresyon için risk faktörü olarak saptamislardir. Bizim calismamizda çiftlerin calisma durumu ve sosyal guvence durumları açısından DSD oranları karšılařtırıldıđında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Yaşayan çocuk sayısı ve paritenin DSD üzerine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Palumbo ve ark. (139)'nın 2017 yılında yaptıkları calismada paritenin DSD ile ilişkili olmadığı gösterilmiş, Asya kültüründen gelen topluluklarda yapılan calismaların değerlendirildiği bir derlemede ekonomik sıkıntının baş gösterdiği ülkelerde çok çocuk sahibi olmanın ekonomik ve psikolojik bir zorluk oluşturacağı için DSD oranını artırdığı bildirilmiştir. Keskin (122) calismasında 3 veya daha fazla çocuk sahibi olmanın 2 çocuk sahibi olmaya göre DSD riskini 4,4 kat artırdığını saptamıştır. Sütlü (124) calismasında 2 ve altı çocuklu anneler referans alındığında, 3 ve daha fazla çocuğu olan annelerde DSD 1,9 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Danacı ve ark. (126)'nın calismasında yaşayan çocuk sayısının fazla olması DSD ortaya çıkışıyla ilişkili etmen olarak saptanmıştır. Öte yandan Josefsson ve ark. (77) tarafından 2002 yılında İsveç'de yapılan vaka-kontrol tipi calismada DSD üzerine doğum sayısının etkili olmadığı bildirilmiştir. Calismamızda toplam gebelik sayısına göre, DSD taraması pozitif olan grupta ortalama değer $4\pm 2,3$ iken, negatif olan grupta bu değer $3\pm 1,9$ olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca yaşayan çocuk sayısına göre DSD taraması pozitif olan grupta ortalama değer $3\pm 1,96$ iken, negatif olan grupta ortalama değer $2\pm 1,5$ olup fark istatistiksel anlamlıdır. Calışmalardan elde ettiğimiz sonuçlara göre, ekonomik sıkıntının olduğu toplumlarda çocuk sayısının artması DSD oranının artmasına neden olmaktadır.

Ülkemizde 2017' de yapılmış bir derlemede 15 calışmanın 6'sında düşük-ölü doğum öyküsünün olmasının DSD oranını artırdığı bulunmuştur (137). Keskin (122) calismasında hayatı boyunca en az bir defa gebelik kaybı (kürtaj, düşük, ölü doğum) yaşayan kadınlarda yaşamayanlara oranla DSD oranını fazla bulmuş fakat farkın istatistiksel anlamlı olmadığını belirtmiştir. Çin'de 2000 yılında Lee ve ark. (84) tarafından yapılan calismada DSD'yi arttıran etmenler arasında 2 veya daha fazla düşük yapmış olmak sayılmıştır. Calismamızda kadınların düşük sayısı ile DSD

arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel olarak yüksek anlamlılık bulunmuştur. DSD taraması pozitif olan grupta düşük ortalaması $0,64\pm 0,91$ iken, negatif olan grupta ortalaması $0,27\pm 0,68$ dir. Böylece herhangi bir sebepten düşük yapmanın anneler üzerinde stres oluşturduğu sonucuna varmaktayız.

İstenmeyen veya planmayan gebelik de DSD gelişimi için risk faktörüdür (139). Arslantaş ve ark. (121) yaptığı çalışmada gebeliğin istenen bir gebelik olmasının DSD oranını anlamlı oranda azalttığını belirtmiştir. Erken (123) çalışmasında gebeliği isteyen kadınlarda depresyon belirtisi görülme oranının %16,9, istemeyen kadınlarda ise %24,4 bulunmuştur. İnandı ve ark. (140)'nın çalışmasında planlanmamış gebelik ve gebelik sırasında medikal takip yokluğu ile DSD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Brito ve ark. (142) tarafından 1121 gebe ile yapılan bir çalışmada planlanmayan gebeliklerde DSD oranı %25,9 bulunmuştur. Çalışmamızda gebeliği planlı olanlarda DSD semptom oranı %11,3 iken, gebeliği planlı olmayanlarda bu oran %23,5'dir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda kadınların %19,3'ü gebeliğini istemediğini belirtmiştir.

Gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu geçirmek de DSD riskini artırmaktadır. İnandı ve ark. (140)'nın çalışmasında gebelikte sağlık sorunu yaşamak 1,6 kat daha fazla DSD oluşmasına sebep olmaktadır. Aksini söyleyen çalışmalar da mevcuttur. Sünter ve ark. (141) yaptıkları çalışmada gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde DSD olma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Biz çalışmamızda sağlık sorunu olarak gebeliğinde depresyon bulguları olmasını ele aldık. Gebelikte depresyon yaşayanlarda DSD sıklığı %37 iken, gebelikte depresyon yaşamayanlarda bu oran %10,5'tir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan yüksek anlamlı bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların %17,4'ü gebeliğinde depresyon geçirdiğini ifade etmiştir. Böylece antenatal anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlığı olanların DSD için riskli gruba dahil olduğu sonucuna varabiliriz.

Doğum şekli açısından değerlendirildiğinde bazı kohort çalışmaları DSD'nin doğum yöntemi ile değil doğumda ve sonrasında yaşanan ağrının şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir (143). Patel ve ark. (144) 10.934 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, doğum şeklinin DSD üzerine bir etkisi olmadığını göstermişlerdir. Keskin (122) çalışmasında depresyon sıklığını normal doğumda %6,6, sezaryen doğumda

%11,3 bulmuştur. Literatürde bu konuda çelişkili sonuçlar olsa da çalışmamızda normal vajinal yolla doğum yapanlarda DSD sıklığı %10,9 iken, sezaryen ile doğum yapanlarda bu oran %20,4 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sezaryen doğumun bir operasyon olması, preoperatif ve postoperatif dönemde yaşanan komplikasyonlar sebebi ile hastalarda bir stres sebebi olduğunu düşünmekteyiz.

Emzirmenin, bebek ve anne sağlığı açısından sayısız yararları vardır. Bu nedenle DSÖ ilk 6 ay sadece anne sütü önermektedir. Emzirme ile DSD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla birlikte (143,145,146), ilişkili bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (139). Erken (123) çalışmasında bebeğini emzirdiğini söyleyen kadınlarda depresyon belirtileri görülme oranının %17,2, emzirmeyenlerde bu oran %23,9 bulmuştur. DSD olan hastalarda emzirmede güçlükler, emzirmeye karşı ilgisiz tutumlar ve emzirmeyi erken kesmenin daha fazla olduğu bulunmuştur (147, 148). Çalışmamızda emziren kadınlarda DSD sıklığı %12,9 iken, bu oran emzirmeyen kadınlarda %40 olup istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Bu sebeple emzirme hem anne hem de bebek sağlığı için çok önemlidir.

Bebeğin düşük doğum ağırlıklı olmasının veya yenidoğan komplikasyonlarının olmasının da annede DSD gelişimini tetiklediği gösterilmiştir (81). Danacı ve ark. (126) ile İnandı ve ark. (140)'nın çalışmalarında bebekte sağlık sorununun depresyon riskini arttırdığı göstermiştir. Literatürde, bebekte sağlık sorunu olması ve huzursuz bebeğin DSD için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Araştırmamıza katılan kadınların %10,6'sının bebeğinde sağlık sorunu bulunmaktaydı. En sık görülen sağlık sorunları bilirubin yüksekliği (sarılık), VSD, yenidoğan geçici takipnesiydi. Çalışmamıza katılan kadınların bebeklerinin sağlık durumu ile DSD oranı karşılaştırıldığında; sağlık sorunu olanlarda DSD oranı %36,4 iken, sağlık sorunu olmayanlarda bu oran %12,6'dır. Aradaki fark istatistiksel açıdan yüksek anlamlı bulunmuştur. Bebeklerin sağlık sorunu yaşaması anneler üzerindeki stresi arttırmakta ve bu da depresyon riskini artırabilmektedir.

Bebeğin cinsiyetinin DSD üzerine etkisi toplumlar arasında farklılık göstermektedir. İsveç'te Sylven ve ark. (149)'ın yapmış oldukları çalışmada bebek cinsiyeti DSD için ilişkili bulunmazken, Çin'de Deng ve ark. (150)'nın çalışmasında

kız bebeğe sahip olmanın DSD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özdemir ve ark. (151)'nin Konya'da yaptığı çalışmada bebeğin cinsiyetinin bilinmesi sonucu eş ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olan anneler ile DSD tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Araştırmamıza katılan kadınlara bebeklerinin cinsiyetinin ne olmasını istedikleri sorulmuş, kız isteyende DSD oranı %6,3, erkek isteyende %21,8, tercihi olmayanda %17,5 bulunmuş. Oluşan gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamız erkek isteyip kız çocuğa sahip olanlarda DSD açısından risk yarattığını tespit etmiştir. Bunu ülkemizin bazı bölgelerinde erkek çocuğa verilen değerin daha fazla olduğu ata-erkil toplum yapısına bağlamaktayız.

Psikiyatrik hastalık öyküsü birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede DSD gelişimi için risk faktörüdür (72). O'hara ve Swain'in 1996'da 59 çalışmayı baz alarak yaptığı bir meta-analizde, geçmiş psikiyatrik ya da psikolojik problemler, doğumdan sonraki birkaç ay içinde görülen depresyonun belirgin habercisi olarak kabul edilmişlerdir (80). Bununla ilgili olarak DSM-5, doğum sonrasında olan depresyon dönemlerinin %50'sinin gerçekte doğum öncesi başladığını belirterek, bu dönemleri topluca 'peripartum dönem' olarak nitelendirmektedir (65). Sayın (125) çalışmasında DSD grubunun %35,7'sinde gebelik dışı dönemde depresyon öyküsü olduğunu bulmuştur. İnandı ve ark. (140)'nin çalışmasında da özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü DSD için risk faktörü olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gebelik öncesi depresyon yaşayanlarda DSD sıklığı %37,1 bulunurken, depresyon yaşamayanlarda bu değer %12,3' olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu veriler, DSM-5'te belirtilen peripartum depresyon oranlarını desteklemektedir (17).

Kadının bebeğine ve yeni yaşam koşullarına uyum sağlamaya çalıştığı bu dönemde yaşanan ailesel sıkıntılar doğum sonu döneme adaptasyonu zorlaştırmaktadır. Gümüş ve ark. (152) eş ile ilişkisi olumsuz olanların ve aile desteği almayanların EPDÖ puanlarını anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulmuşlardır. Aydın ve ark. (146)'ın çalışmasında eş desteğinin olmamasının DSD riskini 1,9 kat artırdığı belirtilmiştir. DSD açısından risk faktörü olarak; evlilik sorunları, zayıf evlilik desteği/bağı olması, eş desteğinin olmaması, evlilikte mutsuzluk, eşyle ve eşin ailesi ile iletişimin kötü olması gibi sorunlar birçok çalışmada belirtilmiştir (153,154,155). Troutman ve Cutrona'ya (156) göre sosyal destek öncelikle kadının annelik rolüne ilişkin

yeterlilik duygusunu artırarak depresyonu önlemektedir. Kara (127) çalışmasında EPDÖ puanı yüksek olanlarda eş ile iletişiminin kötü olmasını anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Çalışmamızda eş ile iletişimi iyi olanlarda DSD sıklığı %13,2 iken, iletişimi iyi olmayanlarda DSD sıklığı %37,5 olarak bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine çalışmamızda eş ve ailesi tarafından yeterli ilgi gördüğünü düşünen kadınlarda DSD sıklığı %12,9 olarak bulunurken, yeterli ilgi gördüğünü düşünmeyenlerde bu oran %40 olarak bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Özellikle eşlerin bebek bakımındaki yardımlarının anneler üzerinde olumlu etkilere neden olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (157). Sosyal destek, sorunların ve problemlerin paylaşılmasında ve çözümünde önemli bir faktördür. Çalışmalar şunu göstermiştir ki; eş ve ailesi ile iyi ilişkiler kuramayan ve onlar tarafından sosyal destek göremeyen bireylerde DSD gelişme riski artmaktadır. Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu kısıtlılıklar içerisinde; çalışmaya katılan annelerin doğum sonrası farklı günlerde değerlendirmeye alınması, katılımcıların farklı özellikler taşımasından dolayı örnekleminizin kısmen de olsa heterojen yapıya sahip olması ve ayrıca kesitsel nitelikte bir çalışma olması nedeniyle, psikiyatrik bozuklukların anne ve bebek sağlığı üzerine uzun dönemdeki etkilerinin incelenmesi bakımından kısıtlı bilgiler vermektedir. Yine de çalışmamızın vaka sayısının çok olması, EPDÖ'nün hekim tarafından hastalara uygulanmış olması ve literatür ile uyumlu sonuçlar bulmamız güvenilirliğini artırmaktadır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Postpartum dönemde kadınların DSD semptom sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmamızın ana bulgusu olarak, doğum sonrası dönemde 311 katılımcı arasında EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri alındığında DSD prevalansını %15,1 olarak bulduk.

Çalışmamızda DSD'nin risk faktörlerine bakıldığında anne-baba yaşının artması, toplam gebelik sayısının artması, yaşayan çocuk sayısının artması, gebeliğin planlı olmaması, gebelik öncesi depresyon yaşama, doğum şeklinin C/S olması, bebeğin cinsiyet isteminin erkek olması, eşler arasındaki iletişimin iyi olmaması ve ekonomik durumun kısıtlı olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda düşük sayısını artması, gebelik sırasında depresyon yaşama, bebeğe yeterli bakım verememe ve yenidoğanda mevcut sağlık sorunu ile DSD arasında yüksek anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmalar gösteriyor ki DSD ne kadar erken farkedilir ve önlem alınırsa anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkileri o derece azalır ve daha sağlıklı nesillerin yetişmesi sağlanır. Bu yönden Aile hekimliği gerek gebelik izlemleri nedeniyle gerekse yenidoğan taraması ve aşıları nedeniyle peripartum dönemdeki kadını en fazla gözlemlene fırsatı bulan dallardan biridir. Aile hekimi peripartum dönemdeki kadına yaklaşırken her zaman dikkatli olmalı, DSD ihtimalini göz önünde bulundurmalı, gerekirse birden fazla risk faktörü taşıyan, DSD semptomları bulunan kadınlara uluslararası geçerliliği olan bir ölçek uygulamalı, DSD semptom sıklığı yüksek bulunan anne/anne adayları ilgili bölümlere sevk edilmelidir. Ayrıca aile hekimi DSD'nin ortaya çıkmasını önlemek amacıyla anne adayına postpartum dönem hakkında bilgi vermeli, ihtiyaç hâlinde eğitimler düzenlemeli gerekirse ev ziyaretlerinde de bulunmalıdır.

Sonuç olarak; doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve bazı risk faktörlerini Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek'ini kullanarak göstermiş olduk. Postpartum depresyon birçok anneyi ve bebeği olumsuz etkileyen ciddi bir sorundur. DSD, anneler dışında tüm aileyi etkileyebilen bir sağlık sorunu olup, sağlık sistemi üzerinde de önemli bir yük teşkil etmektedir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından

da değerlendirmeliyiz. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını önleyebileceği görüşündeyiz.



7. KAYNAKÇA

1. Çalık YK, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):142-162.
2. Shelton LS, Cormier E. Depressive symptoms and influencing factors in low-risk mothers. *Issues in Mental Health Nursing*. 2018;39(3):251-258.
3. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(1):58-67.
4. Ernest N, Halton M. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition). British Psychological Society. pp. 17-28, UK, 2010.
5. Yıldız S, Yıldız SE. Bullying ve depresyon arasındaki ilişki: Kars ilindeki sağlık çalışanlarında bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2009;8:133-150.
6. Marcus M, Yasamy MT, Omeren M, Chisholm D, Saxena, S. Depression: A global public health concern. https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. (Erişim tarihi:24.04.2019).
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fifth Edition. pp. 13-24, Arlington, 2013.
8. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2006;7(3):129-134.
9. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014;515(7526):180-181.
10. Cesar J, Chavoushi F. Background paper 6.15 Depression. Depression in young people and elderly: Priority medicine for Europe and the world. <https://www.who.int/pmnch/en/> (Erişim tarihi:10.04.2019).
11. The global burden of disease: 2004 update https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2019).
12. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(1):55-68.

13. Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (Erişim tarihi:26.04.2019)
14. Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;62:25-30.
15. Öztürk O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. pp. 264-296, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2015.
16. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry. 2005;62:617-627.
17. Babaoğlu A, Mumcu C. Psikiyatri tarihi. Ed: Mumcu C. pp. 56-95, Okuyan Us Yayınevi, İstanbul, 2002.
18. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1(1):5-11.
19. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed (DSM-5®). pp. 155-189, London, 2013.
20. Kaya B, Kaya M. 1960' lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(6):3-10.
21. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s.11-17. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2-3 Aralık 1999.
22. Çelik Helvacı F, Hocoğlu Ç. 'Majör depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;6(1):51-66.
23. Çilli AS, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Derg. 2004;14(1):1-5.
24. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum Dizisi. 2001;6:277-82.
25. Sütçü Yıldırım A, Çelik M, Kabakçı E, Uluşahin A. Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında psikopatoloji ve kişilik örüntüleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(4):229-236.

26. Binbay T, Direk N, Aker T, et al. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013;24:1-18.
27. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007;42(7):537-554.
28. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(1):13-21.
29. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanılarını ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2(2):87-98.
30. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2010;20(3):141-148.
31. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi 2000;1:29-38
32. Özmen M. Depresyonda dinamik nedenler. Duygudurum Dizisi 2001;6:283-370.
33. Tezcan AE. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi 2000;2:77-98.
34. Göğüş AK. Depresyonun klinik belirtileri. Duygudurum Dizisi 2000;1:39-43.
35. Aydemir Ç, Vedin Temiz H, Göka E. Majör depresyon ve özkıyımında kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Derg. 2002;13(1):33-42.
36. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. Human Reproduction Update. 2007;13(6):607-616.
37. Aşkın R. Kronik depresyon (distimi). Duygudurum Dizisi 2000;1:44-51.
38. Aşkın R. Depresyonun klinik alt tipleri. Duygudurum Dizisi 2000;2:53-63.
39. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2008;19(4):382-391.
40. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Derg. 2008;19(4):382-389.
41. Yakar T, Baran A, Güngör S, et al. Astımlı hastalarda Beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2007;55(1):11-17.

42. Beck T. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
43. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin psikiyatri hastası ile ilgili geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;21:118-126.
44. Hamilton M. A rating scala for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
45. Kara Özer S, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E, Yazıcı KM. Montgomery–Asberg depresyon değerlendirme ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(3):185-194.
46. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-370.
47. Duran A. Psikiyatride ilaçla tedavi, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008;62(1):275-302.
48. Türkçapar H. Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi. 2011;1(3):239-240.
49. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. pp. 181, Oxford University Press, New York, 1989.
50. Zeren T, Tamam L, Evlice YE. Elektrokonvülsif terapi: bir genel değerlendirme. *Arşiv*. 2003;12:340-378.
51. Ebrinç S. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(5):51-53.
52. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*. Aralık 2004;4:7-11.
53. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005;51(8):1061-1063.
54. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):479-484.
55. Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1993;3(1);33-37.

56. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E. Doğum sonrası depresyon. Üsküdar AÇ-SAP Eğitim Merkezi. 2001;10(9):333-334.
57. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:231-242.
58. Handley SL, Dunn T, Waldron G, Baker JM. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *The British Journal of Psychiatry*. 1980;136:498-508.
59. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Human Development*. 2004;79(1):65-75.
60. Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2009;1(1):32-38.
61. O' Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol*. 1984;93(2):158-171.
62. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;193(4):1522-1525.
63. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163:27-31.
64. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1978;35:773-782.
65. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. pp. 317-391, London, 2013.
66. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA*. 2002;287(6):762-765.
67. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(3):279-292.
68. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, et al. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2006;28(10):873-878.

69. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*. 2007;10(4):141-145.
70. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2009;52(3):441-455.
71. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(4):289-295.
72. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*. 2015;17:34-52.
73. Byrnes EM, Byrnes JJ, Bridges RS. Increased sensitivity of dopamine systems following reproductive experience in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2001;68(3):481-489.
74. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(1):89-100.
75. Kennedy RL, Malabu UH, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010;30(8):774-783.
76. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(1):69-74.
77. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;99(2):223-228.
78. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*. 2001;50(5):275-285.
79. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48(4):343-347.

80. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1): 37-54.
81. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1987;96(3):237-241.
82. O'Hara, MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*. 1986;43(6):569-573.
83. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia. *Ethnicity & Health*. 2003;8(3):189-206.
84. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, Chung TK. Screening for postnatal depression using the double-test strategy. *Psychosomatic Medicine*. 2000;62(2):258-263.
85. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(1):43-47.
86. Ekuklu G, Toküç B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Journal of Reproductive Medicine*. 2004;49(11):908-914.
87. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*. 2007;24(2):176-183.
88. Upadhyaya A, Creed F, Upadhyaya M. (1990). Psychiatric morbidity among mothers attending well-baby clinic: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990;81(2):148-151.
89. Erdem Ö, Erten Bucaktepe PG. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012;39(3):458-461.
90. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(1):10-17.
91. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(6):777-780.
92. Beck CT. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4):453-472.

93. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women: detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*. 2000;58(2):145-154.
94. Webster J, Pritchard MA, Linnane JW, Roberts JA, Hinson JK, Starrenburg SE. Postnatal depression: Use of health services and satisfaction with health-care providers. *Journal of Quality in Clinical Practice*. 2001;21(4):144-148.
95. McLennan JD, Offord DR. Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(1):28-35.
96. Lorion RP. Targeting preventive interventions: Enhancing risk estimates through theory. *American Journal of Community Psychology*. 1991;19(6):859-865.
97. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(7):1290-1292.
98. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenber A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*. 1995;38(12):814-818.
99. Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron D, Hatton D. Prenatal calcium supplementation and postpartum depression: an ancillary study to a randomized trial of calcium for prevention of preeclampsia. *Archives of Women's Mental Health*. 2001;3(4):141-146.
100. Mokhber N, Namjoo M, Tara F, Boskabadi H, Rayman MP, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT. Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2011;24(1):104-108.
101. Liorente AM, Jensen CL, Voigt RG, Fraley JK, Berretta MC, Heird WC. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003;188(5):1348-1353.
102. Doornbos B, Van Goor SA, Dijck-Brouwer DAJ, Schaafsma A, Korf J, Muskiet FAJ. Supplementation of a low dose of DHA or DHA+ AA does not prevent

- peripartum depressive symptoms in a small population based sample. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2009;33(1):49-52.
103. Harris B, Oretti R, Lazarus J, et al. Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(4):327-330.
104. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(3):555-562.
105. Oral M, Tuncay T. Majör depresyon tanısı almış kadınlarda kişilerarası ilişkiler terapisi yaklaşımına dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasının depresyon ve sosyal problem çözme düzeyleri üzerine etkisi: bir karma yöntem araştırması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2018;29(2):114-143.
106. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(4):638-640.
107. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1443-1445.
108. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Roge B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):1039-1047.
109. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*. 1998;25(4):215-219.
110. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;18(1):41-60.
111. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(11):1373-1381.

112. Nikodem VC, Nolte AGW, Wolman W, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Companionship by a lay labour supporter to modify the clinical birth environment: long-term effects on mother and child. *Curationis*. 1998;21(1):8-12.
113. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011;52(2):145-161.
114. Hopkins J, Campbell SB. Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*. 2008;11(1):57-65.
115. Nicole L, Duffett-Leger L, Stewart M, et al. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007;36(5):441-449.
116. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetrik*. Çeviri Ed: Yıldırım G, Psikiyatrik Bozukluklar. pp. 1204-1213, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2015.
117. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis, and treatment. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(11):1217-1221.
118. Çelik SB, Erten Bucaktepe PG, Uludağ A, Bulut İU, Erdem Ö, Altınbaş K. Screening mixed depression and bipolarity in the postpartum period at a primary health care center. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;71:57-62.
119. Hudak R, Wisner KL. Diagnosis and treatment of postpartum obsessions and compulsions that involve infant harm. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(4):360-363.
120. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782-786.
121. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;10(3):13-22.
122. Keskin N. İstanbul'un bir ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2018.

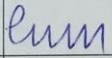
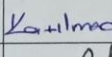

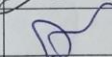

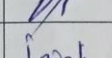
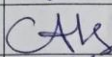
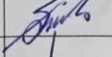
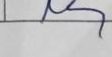


123. Erken AA. Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Kayseri 2016.
124. Sütlü S. Burdur ilinde lohusalarda postpartum depresyon prevalansı ve etki eden faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Isparta 2016.
125. Sayın AA. Doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Konya 2016.
126. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37:125-133.
127. Kara ŞÇ, Denizli Pamukkale ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve eşlik eden risk faktörleri. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Denizli 2016.
128. Aydın N, Inandı T, Yiğit A, Hodoglugil NNS. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(6):483-486.
129. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(2):91-111.
130. Zhang R, Chen Q, Li Y. Study for the factors related to postpartum depression. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Hui*. 1999;34(4):231-233.
131. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International* 2008;29(6): 568-592.
132. Kozinszky Z, Dudas RB, Csatorjai S, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;46:413-436.
133. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care for Women International*. 2011;32:939-988.

134. Glavin K, Smith L, Sørsum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23:705-715.
135. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;11:425-456.
136. Reid V. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007;21:289-298.
137. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31(4):420-428.
138. Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: anneye ve bebeğe ait özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2008;61(01):7-12.
139. Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *European Psychiatry*. 2017;42:77-85.
140. İnandı T, Elci OC, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31(6):1201-1207.
141. Sünter AT, Güz H, Ordulu F. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 2002;855-858.
142. Brito CNO. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2015;49:1-9.
143. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*. 2014;215(2):341-346.
144. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*. 2005;330(7496):879.
145. Nakku J, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*. 2006;6(4):1-3.

146. Aydın N, İnandı T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women & Health*. 2005;41(2):1-12.
147. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35:87-97.
148. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006;160:279-363.
149. Sylven S, Thomopoulos T, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*. 2017;40:4-12.
150. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2014;7(3):244-249.
151. Özdemir S, Marakoğlu K. Konya il merkezinde dogum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*. 2008;7(5):391-398.
152. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. *New/Yeni Symposium Journal*. 2012;50(3):145-154.
153. Unterman RR, Posner NA, Williams KN, et al. Postpartum depressive disorders: Changing Trends. *Birth*. 1990;17(3):131-137.
154. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Woven Ment Health*. 2003;6(2):43-50.
155. Mallikarjun PK, Oyeboode F. Prevention of postnatal depression. *Social Health*. 2005;125(5):221-226.
156. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*. 1990;99:69-78.
157. Epperson CN. Postpartum majör depression: Detection and treatment. *American Family Physician*. 1999;59(8):2247-2259.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
87 KARAR					
<p>Yrd. Doç. Dr. Hamza ASLANHAN, Asist. Dr. Gaye KAHVECİ isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesinde doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığı ve risk faktörlerinin edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği kullanarak değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Kurumdan Resmi Çalışma İzininin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.</p> <p>Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.</p>					
DECISION					
<p>The project titled as "Evaluation of postpartum depression prevalence and risk factors using the edinburgh postnatal depression scale at Diyarbakır gazi yaşargil education research hospitals women who gave birth" planned by Hamza ASLANHAN, Gaye KAHVECİ has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.</p>					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 15.02.2018		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
7	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
8	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
9	Doç. Dr.	Cihan AKGÜL ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
10	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

EK-2: Diyarbakır Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
DIYARBAKIR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DIYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DIYARBAKIR İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
25/06/2018 15:32 - 97893136 - 799 - E.20347



Sayı : 97893136-799
Konu : Dr. Gaye KAHVECİ

DICLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 23/03/2018 tarihli ve 97893136-903.07.01-445 sayılı yazı

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Gaye KAHVECİ'nin "**Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh) Kullanarak Değerlendirilmesi**" konulu anket çalışması Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımız bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup, ilgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda; Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Mehmet Sait AVAR
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
Başvuru Formu ve Protokol

Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -Eğitim
Birimi Şeyh Şamil Mah. Karacadağ cad. Öntaş Plaza Kat:2 Bağlar/Diyarbakır
Faks No:
e-Posta:hatice.dag2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hatice.dag2@saglik.gov.tr

Bilgi için:Hatice DAĞ
Unvan:EBE
Telefon No:4126060010

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b6689e5a-aa5b-44c0-9c62-82b91ed33d82 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Sosyo-demografik Veri Formu

Anket no:.....

1. Yaşınız:.....

2. Eşinizin yaşı:.....

3. Öğrenim durumunuz:

- | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------|
| 1) Okur-yazar değil | 2) İlkokul mezunu | 3) Ortaokul mezunu |
| 4) Lise mezunu | 5) Üniversite mezunu | |

4. Eşinizin öğrenim durumu:

- | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------|
| 1) Okur-yazar değil | 2) İlkokul mezunu | 3) Ortaokul mezunu |
| 4) Lise mezunu | 5) Üniversite mezunu | |

5. Mesleğiniz:

- | | | |
|--------------|-------------------------|------------------|
| 1) Ev hanımı | 2) Ev dışında çalışıyor | 3) Diğer (.....) |
|--------------|-------------------------|------------------|

6. Eşinizin mesleği nedir?

- | | | |
|------------------|---------|---------------|
| 1) Memur | 2) İşçi | 3) Çalışmıyor |
| 4) Diğer (.....) | | |

7. Sosyal güvence durumunuz:

- | | | |
|-------------------|------------------|-----------|
| 1) Emekli sandığı | 2) SSK | 3) Bağkur |
| 4) Yeşilkart | 5) Diğer (.....) | 6) Yok |

8. Ailenizin ekonomik durumu:

- | | | |
|-------------|------------|---------|
| 1) Çok kötü | 2) Kötü | 3) Orta |
| 4) İyi | 5) Çok iyi | |

9. Yaşadığınız yer:

- | | | |
|---------------|-----------------|---------------|
| 1) İl merkezi | 2) İlçe merkezi | 3) Köy-kasaba |
|---------------|-----------------|---------------|

10. Aile tipiniz:

- | | | |
|---------------|------------------|---------------------|
| 1) Geniş aile | 2) Çekirdek aile | 3) Parçalanmış aile |
|---------------|------------------|---------------------|

11. İlk evlenme yaşı:.....

12. İlk gebelik yaşı:.....

13. Toplam gebelik sayısı:.....

14. Canlı doğum sayısı:.....

15. Düşük sayısı:.....

16. Yaşayan çocuk sayısı:.....

17. Kürtaj sayısı:.....(kürtajınız yoksa 19. soruya geçiniz)

18. Kürtaj yaptırdıysanız nedeni nedir?

- 1) İstenmeyen gebelik 2) Bebek ile ilgili tıbbi sorunlar (anomali vb)
3) Anne ile ilgili tıbbi sorunlar (düşük tehtidi vb)

19. Gebeliğiniz planlı mıydı?

- 1) Evet 2) Hayır

20. Gebeliğinizi istiyor muydunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

21. Gebelikten önce depresyon durumu yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

22. Bu gebeliğinizde depresyon durumu yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

23. Önemli bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet (.....) 2) Hayır

24. Devamlı olarak kullandığımız ilaç/ilaçlar var mı?

- 1) Evet (.....) 2) Hayır

25. Doğum şekliniz nedir?

- 1) Normal doğum (27. Soruya geçiniz) 3) Sezaryen

26. Sezaryen ise nedeni biliyor musunuz?

- 1) Bebek ile ilgili sorunlar 2) Anne ile ilgili sorunlar
3) Daha önceki doğumun sezaryen olması 4) Bilmiyorum

27. Doğum şekli kararını nasıl veya kimler yardımıyla aldınız?

- 1) Sağlık personeli 2) Medya (İnternet, televizyon v.s)
3) Eşim 4) Akraba, komşu v.s

5) Diğer (açıklayınız.....)

28. Doğum sonu kaçınıcı haftadasınız? (Bebeğiniz kaç haftalık):

.....

29. Bebeğinizde herhangi bir sağlık sorunu var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

30. Varsa açıklayınız:

EK-4: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- (...) Hayır, hiç bir zaman (..) Çok seyrek
(...) Evet, bazen (..) Evet, çoğu zaman

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

- (...) Evet, çoğu zaman (..) Evet, bazen
(...) Hayır, çok sık değil (..) Hayır, hiç bir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

(...) Evet, çoğu zaman

(...) Evet, oldukça sık

(...) Çok seyrek

(...) Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

(...) Evet, oldukça sık

(...) Bazen

(...) Hemen hemen hiç

(...) Asla

TEŞEKKÜR EDERİZ

