



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK
FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Dr. NEŞE KESKİN
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2018



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK
FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Dr. NEŞE KESKİN
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Prof. Dr. DİLŞAD SAVE

İSTANBUL 2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Neşe KESKİN

ÖNSÖZ

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimimi tamamlarken...

Bu süreçte anlayışı ve güler yüzünü bizden esirgemeyen, Halk Sağlığı bilgi ve görgümüze ışık tutan anabilim dalı başkanı saygıdeğer hocam Prof. Dr. Melda Karavuş'a, asistanlığım boyunca eğitim danışmanlığımı ve tez danışmalığımı özveri ve samimiyet ile yapmış olan değerli hocam Prof. Dr. Dilşad Save'ye, öğrencilik ve asistanlık hayatım boyunca bir hoca olmaktan öte bize samimi bir arkadaş olan Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na ve ayrıca asistanlığım boyunca üzerimde emeği geçen tüm hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Asistanlığım boyunca tanıdığım ve hayatıma renk katan değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür eder, başarılar dilerim.

Hayatımın her anında iyi ve kötü günde yanımda olan aileme, bilhassa anne ve babama, hayatıma neşe ve anlam katan biricik oğlum Mustafam'a teşekkür ederim.

Bu çalışmanın daha mutlu anneler ve daha mutlu bebekler için farkındalık oluşturması dileğiyle...

Neşe KESKİN

İSTANBUL, 2018

ÖZET

Giriş ve amaç: Gebelik ve postpartum dönemde psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Gebe kadınların %10'u, son bir yılda doğum yapmış kadınların %13'ü başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik hastalıklar yaşamaktadır. Postpartum depresyon (PPD) DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition) tanı kriterlerine göre; doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan majör depresyon atağıdır. Literatürde bu sürenin bir yıla kadar uzayabildiği gösterilmiştir. Dünyada PPD sıklığı %3.5-40, ülkemizde ise postpartum 6 aylık dönemde PPD sıklığı %5-40 arasındadır. Postpartum psikiyatrik morbidite doğumun en sık komplikasyonlarından biridir. Ayrıca perinatal bozukluklar arasında DALYs (Disease adjusted life years)'nin önde gelen 3. nedenidir ve sıklıkla intihar sebebi ile anne ölümlerinin başta gelen nedenlerindedir. Evlilik ilişkisi ve çocuk üzerindeki olumsuz etkileri sebebiyle de önemli bir halk sağlığı problemidir. Çalışmamızın genel amacı PPD'nin araştırma evrenindeki sıklığının belirlenmesi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın özel amaçları ise, PPD'nin sosyoekonomik seviye, obstetrik özellikler, yenidoğan özellikleri, sosyal destek ve eş desteği ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve analitik bileşenleri olan kesitsel tipteki çalışmamızın evreni veri toplama döneminde İstanbul'un Maltepe ilçesindeki ASM'lere kayıtlı, 0-6 ay bebeği olan annelerdir. SES'e göre tabakalı örnekleme yöntemi ile bu evrenden seçilmiş 5 ASM'ye kayıtlı 0-6 bebeği olan 303 anne araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada, PPD varlığı 'Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası' (EPDS), sosyal destek 'Doğum Sonrası Destek Ölçeği' (DSDÖ), eş desteği 'Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği' (ELSKAEDÖ) ve diğer bağımsız değişkenler anket formu ile belirlenmiştir. Verilerin analizinde tek değişkenli analizlerde Pearson Ki-kare testi, Fisher's Exact testi, Mann-Whitney U testi, Bağımsız gruplarda T testi ve çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortanca değeri 31 (27-35)'dir ve PPD sıklığı %9,9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %47,2'si yüksekokul veya üzerinde eğitim durumuna sahiptir, %7,6'sı aktif olarak çalışmaktadır. Kişi başına düşen gelirin ortanca dağılımı 1000 (600-1667) TL'dir. Sosyodemografik özellikler arasında; düşük eğitim durumu, kişi başına düşen gelir (KBDG)'in az olması, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımının PPD olma durumunu artırdığı saptanmıştır ($p<0,05$). Üreme sağlığı ile ilgili değişkenler arasında; İlk gebelik yaşının düşük olması, plansız gebelik, gebelikte sağlık problemi yaşama, gebelikte sigara kullanma, gebelikte stresli olay yaşama, 3 ay \leq bebek sahibi olma, bebekte düşük doğum ağırlığının olması PPD görülme sıklığını anlamlı seviyede arttırmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca sadece anne sütü (SAS) ile bebeğini besleyenlerde beslemeyenlere göre PPD oranı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Psikososyokültürel özellikler arasında; psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, son 6 ayda yakın kaybı, eşle, eşin ailesiyle veya kendi ailesiyle iletişimin iyi olmaması, evlilikten memnuniyetin iyi olmaması, DSDÖ karşılanmamış sosyal destek (ihtiyacın önemi-alınan destek) puanının yüksek olması ve eş desteği puanının düşük olması PPD riskini artıran faktörler olmuştur ($p<0,05$). Binary lojistik regresyon analizi sonrasında; KBDG'in artması (OR (%95 GA): 0,99 (0,99-1,00)) PPD için koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkarken, aktif olarak çalışma (OR (%95 GA):5,90 (1,33-26,14)), gebeliğin plansız olması (OR (%95 GA): 2,85 (1,001-8,15)), ilk kez çocuk sahibi olma (iki çocuk sahibi olmaya göre) (OR (%95 GA): 10,37 (2,46-43,74)), bebekte DDA olması (OR (%95 GA): 6,7 (1,69-27,06)) ve DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanındaki artış (OR (%95 GA): 1,02 (1,01-1,03)) PPD riskini arttıran faktörler olmuştur.

Sonuç: Postpartum 0-6 aylık dönemde her 10 anneden biri PPD yaşamaktadır. KBDG azlığı, aktif çalışma, çocuk sayısı, plansız gebelik, bebekte DDA ve sosyal destek azlığı PPD riskini artıran temel sebepler olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bağlamda kadınların yaşam refahını arttırmak için eğitim seviyesi ve istihdamlarının artırılması, buna ek olarak yaşam koşullarının kolaylaştırılması adına etkin aile planlaması yöntemleri ile plansız gebeliklerin önlenmesi, var olan durum için de eş desteği dahil olmak üzere sosyal desteklerinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, sosyal destek, eş desteği

ABSTRACT

Background and aim: Psychiatric problems increase in the period of pregnancy and postpartum one year. Ten percent of pregnant women and 13% of women who have given birth in the last year had psychiatric disorders, mainly depression and anxiety. Postpartum depression (PPD) is defined as major depression episode occurring within 4 weeks after birth according to DSM-IV diagnostic criteria. However, there are studies in the literature that indicate that this period can last up to 1 year. The PPD frequency in the world is between 3.5-40%. In our country, PPD frequency is between 5-40% in the studies performed in the postpartum 6 month period. Postpartum psychiatric morbidity is a major public health problem due to being one of the most frequent complications of birth, the leading third cause of DALYs among perinatal disorders, frequent cause of suicides and maternal death, negative effects on marital relationship and children. The general aim of this study is to determine the frequency of PPD in the research population and to assess the risk factors. Specific objectives of the study are to investigate the relationship between PPD and socioeconomic level, obstetric characteristics, neonatal characteristics, social support and spousal support.

Material and method: This study is a cross-sectional study consisted of descriptive and analytical components. Our study population is consisted of the mothers having 0-6 months old baby and being registered to the family health centers in Maltepe, on the date of May- July 2018. Stratified sampling method was used and our sample is composed of 303 mothers of 0-6 month old babies from 5 family health centers. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for detecting PPD presence, Postpartum Support Scale (PSQ) to measure social support, The Scale of Perceived Spousal Support Among Women in Early Postpartum Period to measure spousal support and a questionnaire to determine the other independent variables were used. Pearson Chi-square test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test, Student T test for univariate analyzes and binary logistic regression model were used in the analysis of the data. The research have been approved by Marmara University Medical Faculty Clinical Research Ethics Committee and Istanbul Provincial Health Directorate.

Results: The median age of participants (25th-75th percentile) was 31 (27-35) and the PPD frequency was 9.9%. Percentage of graduating from a collage or higher education level was 47.2%, and 7.6% of participants actively work. Median (25th-75th percentile) value of the per capita income was 1000 (600-1667) TL. As sociodemographic characteristics; low educational status, low per capita income, presence of chronic illness and smoking, as reproductive health characteristics; low first gestational age, unplanned pregnancy, health problem in last pregnancy, smoking in last pregnancy, experiencing stressful events in pregnancy, having 3 months \leq old baby, low birth weight in baby, baby feeding not only breast milk, as psychosocultural characteristics ; psychiatric illness history, close loss in the last 6 months, not good communication with spouse, spouse's family and own family, not good satisfaction from marriage, high score of unfulfilled social support (importance of need-received support) were the factors rising the risk of PPD ($p < 0.05$). According to the results of binary logistic regression analysis; while increase in the per capita income (OR (95% CI): 0.99 (0.99-1.00)) was a protective factor, actively working (OR (%95 CI): 5,90 (1,33-26,14)), unplanned pregnancy (OR (%95 CI): 2,85 (1,001-8,15)), having one child (compared to having two children) (OR (%95 CI): 10,37 (2,46-43,74)), low birth weight in baby (OR (%95 CI): 6,7 (1,69-27,06)) and high score of unfulfilled social support (OR (95% CI): 1,02 (1,01-1,03)) were found as risk factors for PPD ($p < 0,05$).

Conclusion: Postpartum PPD is present in one out of every 10 mothers having a 0-6 months old baby. Poor economical status , active working, unplanned pregnancy and lack of social support were the main reasons for the increase in PPD risk. In this context, it is proposed to increase the level of education and employment of women in order to increase the life prosperity of the women. Additionally prevention of unplanned pregnancies using effective family planning methods to facilitate the living conditions, and increasing social support including spousal support is essential.

Key words: Postpartum depression, social support, spouse support

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar İNDEKSİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon.....	3
2.2. Postpartum Duygu-Durum Bozukları	6
2.2.1. Postpartum Annelik Hüzünü.....	7
2.2.2. Postpartum Psikoz.....	7
2.2.3. Postpartum Depresyon (PPD).....	9
2.3.1. PPD Tanımı Ve Önemi	9
2.3.2. PPD Epidemiyolojisi.....	11
2.3.3. PPD Risk Faktörleri	12
2.3.3.1. Sosyodemografik faktörler	12
2.3.3.2. Biyolojik Faktörler	12
2.3.3.3. Klinik Risk Faktörleri.....	13
2.3.3.4. Obstetrik ve İnfantil Faktörler	13
2.3.3.5. Psikososyal Faktörler	14
2.3.3.6. Kültürel Faktörler	16

2.3.4. PPD Tarama	17
2.3.5. PPD Koruyucu Müdahaleler	20
2.3.5.1. Biyolojik Müdahaleler	21
2.3.5.2. Psikolojik Müdahaleler	21
2.3.5.3. Psikososyal Müdahaleler	23
2.3.6. Sosyal Destek Ve Eş Desteği	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler, Tanımları ve Ölçüm Biçimleri	28
3.3.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.3.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.4. Veri Toplama Yöntemi	31
3.5. Veri Toplama Yeri ve Zamanı	32
3.6. İstatistiksel Değerlendirme	32
3.7. Etik Kurul İzni ve Kurum İzni	33
4. BULGULAR	34
4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Sağlık Özellikleri	34
4.2. Üreme Sağlığı Özellikleri	37
4.3. Son Doğum ve Yenidoğana Ait Özellikler	38
4.4. Psikolojik Özellikler	41
4.5. Sosyokültürel Özellikler	41
4.6. EPDS, DSDÖ ve ELSKAEDÖ Ölçek Skorları	43
4.7. Postpartum Depresyonla Risk Faktörlerinin Karşılaştırması	45
5. TARTIŞMA	63
5.1. Postpartum Depresyon Sıklığı	63

5.2. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Sağlık Özellikleri	64
5.3. Üreme Sağlığı, Son Doğum ve Yenidoğana Ait Özellikler	66
5.4. Psikososyokültürel Özellikler, Sosyal Destek ve Eş Desteği	69
5.5. Çalışmanın Sınırlılık ve Güçlü Yanları	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
7. KAYNAKÇA	75
8. EKLER	90
Ek 1. Anket	90
Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu	99
Ek 3. Etik Kurul Raporu	101
Ek 4. Kurum İzni	102
Ek 5. İntihal Raporu	104

KISALTMALAR

AHB: Aile Hekimliği Birimi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

DACL: Depression Adjactive Check List

DALYs: Disease Adjusted Life Years

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DHA: Dokosaheksaenoik asit

DSM: Diagnostic and Statistical Mannual of Mental Disorders

DSDÖ: Doğum Sonrası Destek Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DYAS: The Dyadic Adjustment Scale

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası

ELSKAEDÖ: Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği

EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası

GHQ: General Health Questionnaire

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

ICD: International Classification of Diseases

KDT: Kognitif Davranışçı Terapi

KİPT: Kişilerarası Psikoterapi

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MDB: Major Depresif Bozukluk

NICE: The National Institute for Health and Clinical Excellence

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PSQ: Postpartum Support Questionnaire

PPD: Postpartum Depresyon

PPP: Postpartum Psikoz

RDC: Research Diagnostic Criteria

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma

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

SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

SPI: Standart Psikiyatri Görüşmesi

VKİ: Vücut Kütle İndeksi

YLD: Years Life Diseabled

TABLULAR İNDEKSİ

Tablo 1. Çalışmaya Katılma Durumu İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması	27
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	35
Tablo 3. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri	37
Tablo 4. Katılımcıların Üreme Sağlığı Özellikleri.....	38
Tablo 5. Katılımcıların Gebelik Ve Son Doğumuna Ait Özellikler.....	39
Tablo 6. Katılımcıların Bebeklerine Ait Yenidoğan Özellikleri.....	40
Tablo 7. Katılımcıların Psikolojik Özellikleri.....	41
Tablo 8. Katılımcıların Sosyokültürel Özellikleri.....	42
Tablo 9. Katılımcıların EPDS Farklı Kesim Noktalarına Göre PPD Sıklığı	43
Tablo 10. Katılımcıların EPDS, DSDÖ ve ELSKAEDÖ Puanları	44
Tablo 11. Katılımcıların EPDS 10. Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı	44
Tablo 12. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	46
Tablo 13. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	48
Tablo 14. Katılımcıların Bazı Genel Sağlık Özellikleri ile EPDS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 15. Katılımcıların Üreme Sağlığı Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	50
Tablo 16. Katılımcıların Gebelik ve Son Doğumla İlgili Özellikleri İle PPD Sıklığının Karşılaştırılması	52
Tablo 17. Katılımcıların Gebeliklerinin Planlı Olması ile PPD Arasındaki İlişkinin Çocuk Sayısına Göre Tabakalı Olarak Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 18. Katılımcıların Bebeklerine Ait Özellikler ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	54
Tablo 19. Katılımcıların Bebeklerine Ait Bazı Özellikler ile EPDS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 20. Katılımcıların Psikolojik Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	56
Tablo 21. Katılımcıların Sosyokültürel Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması	58

Tablo 22. Katılımcıların DSDÖ Puanları ve ELSKAEDÖ Puanlarının PPD Varlığı ile Karşılaştırılması	59
Tablo 23. PPD İle İlişkili Olabilecek Faktörlerin İleri Analiz Yöntemi ile Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 24. PPD İle İlişkili Olabilecek Faktörlerin İleri Analiz Yöntemi ile Değerlendirilmesi-2.....	62



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon doğurgan çağdaki kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülen önemli bir halk sağlığı problemidir (1). Gebelik ve postpartum (doğum sonrası bir yıl) dönem ciddi psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının artmış olduğu dönemlerdir. Daha çok gelişmiş ülkelerde yapılan sistematik derlemeler; gebe kadınların %10'u, son bir yılda doğum yapmış kadınların %13'ü başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik rahatsızlar yaşamakta olduklarını göstermiştir (2).

Postpartum duygu durum bozuklukları; annelik hüznü, nonpsikotik postpartum (postnatal) depresyon ve postpartum psikoz olarak gruplandırılmaktadır. Bu üç tablo sıklık, klinik prezantasyon ve tedavi olarak farklılık göstermektedir. Postpartum depresyon (PPD) DSM-IV tanı kriterlerine göre doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan majör depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır. ICD-10 kriterleri bu süreyi 6 hafta olarak tanımlarken, doğum sonrası 6 ay hatta bir yıla kadar ortaya çıkan depresyonun PPD olarak sınıflanabileceğini belirten otoriteler de mevcuttur (3).

Dünyada gebelikte depresyon sıklığı %7-26 olarak bildirilirken (4), PPD sıklığı %3.5-40 arasında değişkenlik göstermektedir (5). Gebelikte ağır psikiyatrik hastalık görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, bir hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir (6). Ülkemizde postpartum 6 aylık dönemde yapılan çalışmalarda ise PPD sıklığı %5-40 arasındadır (7). Kilo, iştah ve uyku düzeninde değişiklikler, psikomotor aktivite değişikliği, enerji kaybı, suçluluk, değersizlik duyguları, düşünme, konsantrasyon ve karar vermede zorluk, ölüm düşüncesi veya intihar denemesi PPD'nin sık görülen bulgularıdır (8).

Sosyal, kültürel, psikolojik ve biyolojik birçok faktör PPD üzerinde etkili olabilmektedir. Özellikle doğum ve doğum sonrası dönem gibi önemli stres faktörlerinin etkili olduğu bir dönem sonrasında kadınlar eşleri, aileleri ve sağlık personelinin destek beklentisi içinde olmaktadır. Sosyal desteğin yeterli olmaması; gebelikte, doğumda ve yenidoğanda komplikasyonlara ve postpartum

dönemde depresyona yol açabilmektedir (9, 10). Burdan yola çıkarak annenin; psikolojik ve fiziksel beklentilerinin aile, arkadaş ve sosyal çevresi tarafından karşılanmasının stres düzeyini azaltarak anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonları önleyebileceği söylenebilir.

PPD taraması için optimal tarama periyodu postpartum 2 hafta - 6 aydır (11). PPD tedavisinde antidepresan tedavi ve psikoterapi kullanılmaktadır.

PP psikiyatrik morbidite doğumun en sık komplikasyonlarından olması, perinatal bozukluklar arasında DALYs'nin önde gelen 3. nedeni olması, sıklıkla intihar nedeni ile anne ölümlerinin başta gelen nedenlerinden olması sebebiyle önemli halk sağlığı problemlerindedir. PPD'nin anne, annenin evlilik ilişkisi ve çocuk üzerindeki olumsuz etkileri de tanı, tarama ve tedavi noktasında konunun önemini arttırmaktadır.

PPD'nin çocuğun duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilik gelişiminde olumsuz etkisi kısa süreli gibi görünse de, annede uzayan veya tekrarlayan depresyon riski açısından bakıldığında uzun süreli olumsuz etkiler de ortaya çıkabilmektedir.

Postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon sıklığı, yaşa göre kontrol edilmiş kadın kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaşamın diğer dönemlerinden daha yüksek değildir fakat ilk ortaya çıkış ve ağır depresyon olma olasılığı en az üç kat daha fazla görülmektedir. Bu konudaki bilgi ve dikkat eksikliği ne yazık ki birçok vakanın tanı ve tedavisinin atlanmasına sebep olmaktadır (12).

PPD'nin klinik ve halk sağlığı müdahaleleri ile engellenmesi için etkin bir risk faktörü değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Bu çalışmanın genel amacı PPD'nin araştırma evrenindeki sıklığının belirlenmesi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın özel amaçları ise, PPD'nin sosyoekonomik seviye, obstetrik özellikler, yenidoğan özellikleri, sosyal destek ve eş desteği ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon çökkün ruh hali, ilgi kaybı, hayattan zevk almama, suçluluk yada değersizlik hissi, uyku ve iştah problemleri, düşük enerji ve konsantrasyon kaybı bulgularıyla kendini gösteren sık görülen zihinsel bir bozukluktur (13, 14) . Genelde önemli bir kişi, obje, ilişki yada sağlığın kaybedilmesi gibi olumsuz bir olay sonucunda gelişebileceği gibi herhangi belirgin bir sebep olmaksızın da gelişebilir (13). Bu problemler bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirmesine engel olacak düzeyde kronik veya tekrarlayan niteliktedir (14).

Tıp bilimlerinde ve sosyal bilimlerde depresyon farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Oxford İngilizce sözlükte depresyon ‘Umutsuzluk ve yetersizlik gibi hislerle karakterize, tipik olarak enerji ve ilgi kaybının eşlik ettiği zihinsel bir durum’ olarak tanımlanmıştır (15) . ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th edition) ve DSM-V depresyon sınıflamasında sıkça kullanılan iki sistemdir (8, 16). ICD Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm hastalık ve sağlık problemlerinin epidemiyolojisi, yönetimi ve klinik amaçları için kullandığı standart bir tanı kaynağıdır. ICD-10 ‘Duygu-durum Bozuklukları’ nı ‘zihinsel ve davranışsal bozukluklar’ın bir parçası olarak tanımlamıştır. Duygu-durum bozuklukları içinde depresyon ‘depresif atak’ veya ‘tekrarlayan depresif bozukluk’ olarak tanımlanmıştır (16). ICD-10’dan farklı olarak, DSM-V sadece zihinsel bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılmaktadır. ‘Duygu-durum bozuklukları’ ‘klinik bozukluklar’ın bir parçası olarak tanımlanmaktadır. Duygu-durum bozuklukları içinde ‘depresif bozukluklar’, ‘majör depresif bozukluk’, ‘tekrarlayan majör depresif bozukluk’, ‘distimi’ veya ‘sınıflanmamış depresif bozukluk’ olarak belirtilmiştir (8).

Depresif bir atakta çökkün ruh hali, ilgi ve zevk kaybı ve artmış kırılganlık gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Semptomların şiddeti ve sayısına göre depresif atak hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflanmaktadır. Hafif depresif ataktaki bir birey çalışma ve sosyal aktivitelerini yaparken bazı zorluklar yaşayabilir fakat bu durum

günlük yaşamını belirgin olarak kısıtlamaz. Şiddetli ataktaki birey için ise çalışma ve sosyal yaşamının yanısıra günlük aktiviteleri yerine getirmek de oldukça güçtür (14).

Depresyon genellikle erken yetişkinlik döneminde başlar ve tekrarlama eğilimindedir. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir ve işsizlik önemli risk faktörlerindedir (17). Ataklar sırasında üzümlük, apati, kırılgnalık gibi tipik bulguların yanısıra, uyku problemleri, iştah ve kilo kaybı veya alımı, motor gerileme, yorgunluk, karar vermede güçlük, suçluluk hissi, ölüm düşüncesi görülebilmektedir (14). Bazı hastalarda psikotik bulgular eşlik etmektedir. İlk depresif atağı geçiren bireylerin %80'i hayatının kalan kısmında en az bir atak daha geçirmektedir. Yüzde 10-15'inde ise manik atak ortaya çıkmakta ve hastalık artık 'bipolar bozukluk' olarak sınıflanmaktadır (8). Depresyondaki bireyler çoğu zaman depresyonda olduklarının farkına varmazlar ve bu yüzden yardım arayışı içinde bulunmazlar. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından uygun görülen tedaviyi almak konusunda uyum sağlamakta zorlanırlar (16).

Depresyon fiziksel hastalığı olan bireylerde sıklıkla görülmekte ve önemli bir morbidite sebebi olmaktadır. Hastanelerde yapılan çalışmalarda ayaktan veya yatarak tedavi gören dahiliye hastalarında %10-20 oranında depresyonun eşlik ettiği görülmüştür. Benzer oranlar diğer kronik fiziksel hastalıklarda da görülmektedir (18, 19). Hollanda'da yapılan bir çalışmada son bir yılda majör depresyon geçiren hastalarda aynı zamanda anksiyete bozukluğu ortaya çıktığı tespit edilmiştir (20).

Depresyon ayrıca kronik somatik hastalıklara da sıklıkla eşlik etmektedir. Tekrarlayan majör depresyon, distimik bozukluk gibi hastalıkları olan birinci basamak hastalarında %50-80 oranında kronik somatik hastalıklar görülmektedir (21).

Depresyon için diğer risk faktörleri; gebelik, doğum, menopoz, hormonal faktörler ve menstrüasyon, stres, dürtüsel davranışlar, alkol ve madde bağımlılığı, tütün kullanımı, ailede depresyon öyküsü, sosyokültürel faktörler, yoksulluk, şiddetli ve kronik medikal durumlar, uykusuzluk, aile olma, partner şiddeti, çocuklarda cinsel istismardır (16, 22).

MDB (Major depresif bozukluk) tanısında ICD-10 ve DSM-V kriterleri sıklıkla kullanılan materyallerdir. Bunlar bireyin deneyimlediği depresyonla ilgili bize kısmi bilgi sağlasa da, semptomların ortaya çıkma şekilleri, aile öyküsü, kişilik yapısı, psikolojik sıkıntılar, sosyal problemler ve tedaviye uyum bireylerde farklılık gösterecektir. Ayrıca deprese bireylerde anksiyete, sosyal fobi, kişilik bozuklukları gibi eşlik eden psikiyatrik tanılar MDB tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır (23).

Sık görülen zihinsel sağlık problemlerinin tedavi etkinlikleri konusunda tartışmalı noktalar vardır. Kanıta dayalı klinik rehberler olmasına rağmen tedaviye başlama ve uyum konusunda zorluk yaşanmaktadır (24, 25). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve psikiyatri kliniklerinde zihinsel hastalıkların tedavisine ulaşmayı artıracak birçok model uygulanmaktadır. Bunlardan birisi NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) tarafından da kabul edilen ‘basamaklı bakım modeli (stepped care model)’ dir (16). Bu model hastaları, bakım verenleri ve klinisyenleri en etkin müdahalelere ulaşma konusunda bir çerçeve çizmektedir. Müdahale programı hastalığın şiddetine göre değişmekte ve öz-yardım, psikoeğitim, farklı yoğunlukta psikolojik müdahaleler, medikasyon ve elektrokonvulsif tedavi içermektedir.

DSÖ 2015 yılında dünya genelinde 322 milyon kişinin depresyonla yaşadığını ve depresyon sıklığının %4,4 olduğunu bildirmektedir ve 2005-2015 yılları arasında %18,4 artış göstermiştir. Bu sıklık Avrupa bölgesinde %12 iken, Güney-Doğu Asya bölgesi’nde en yüksek orandadır (%27). Kadınlarda (%5,1) erkeklerden (%3,6) daha sık görülmektedir (26). Depresif bozukluklar, dünya genelinde 54.2 milyon (%2), Avrupa’da 7.7 milyon (%2,6), DALYs (disease adjusted life years) sebebi olmaktadır. Bu veriler doğrultusunda Avrupa’da diğer dünya ülkelerine göre daha yüksek oranda depresyon kaynaklı hastalık yükü olduğunu söylemek mümkündür. ABD’de yapılan bir çalışma da 18 yaş ve üzeri bireylerde son bir yılda geçirilen majör depresyon atak sıklığını %6,7 olarak bulmuştur (27). MDB 2000’de 34.2 milyon YLD (Years life diseased) sebebi olurken, 2015’te 44.2 milyon YLD sebebi olmuştur. Global YLD sebeplerinde 2000 yılında ikinci sırada yer alırken (%7,1) 2015’te ilk sıradadır ve toplam YLD’nin %7,5’ini oluşturmaktadır (26).

Depresyon kaynaklı hastalık yükünün dünya genelinde artışı sadece klinik olarak değil sosyal ve ekonomik çerçevede önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde depresyon için birçok tedavi seçeneği mevcutsa da, tedaviyi almak konusunda bariyerler mevcuttur. DSÖ ruhsal hastalıklarda ‘tedavi boşlukları’ konusunda yaptığı çalışmada dünya genelinde tedavi edilmeyen depresyon sıklığını %50 olarak bulmuştur. Finansal kaynak eksikliği, bazı bölgelerde donanımlı sağlık hizmeti sunucularının bulunmaması ve ruhsal hastalıklarla ilgili sosyal stigma tedavi bariyerlerinin başında gelmektedir (28). Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu (World Federation of Mental Health) zihinsel ve davranışsal bozukluklarla ilgili hizmetlerin ve zihinsel sağlık ile iyilik halinin geliştirilmesi ve zihinsel bozuklukların önlenmesi için şu önerilerde bulunmaktadır; birinci basamakta tedavinin sağlanması, psikotropik ilaçların ulaşılabilir olması, toplum içinde sağlık bakımının verilmesi, toplum eğitimi, aile ve toplumun sürece katılımı, ulusal politika ve mevzuat geliştirilmesi, insan kaynaklarının geliştirilmesi, sektörler arası işbirliğinin sağlanması ve araştırmaların desteklenmesi (14).

2.2. Postpartum Duygu-Durum Bozuklukları

Postpartum dönem ve duygu-durum bozuklukları arasında ilişki olduğu Hipokrat döneminden bu yana bilinmektedir. Postpartum psikiyatrik bozuklukların ayrı bir hastalık mı yoksa bilinen psikiyatrik bozuklukların lohusalık dönemine rastlayan veya o dönemde tetiklenen bir atak mı olduğu, uzunca bir süre tartışılmıştır (29, 30). Brockington (1988) doğumu tüm psikiyatrik bozukluklar için tetikleyici olabilecek yaşam olaylarından genel bir stressör olarak görmüştür. Bu görüş doğum sonrası ortaya çıkan tüm klinik bozukluklar için günümüzde kabul görmektedir. Postpartum duygu-durum bozukluklarını üç kategoriye bölünmektedir; Postpartum hüznün (annelik hüznü), nonpsikotik postpartum depresyon ve postpartum psikoz. Bu tablolar görülme sıklığı, başlangıç ve süreç olarak birbirinden farklılık göstermektedir.

2.2.1. Postpartum Annelik Hüzünü

PP annelik hüznü doğum sonrası en sık görülen duygu-durum bozukluğudur ve görülme sıklığı %26-84 arasındadır (31, 32). Semptomlar doğumla birlikte veya birkaç gün içinde başlar ve birkaç saat sürebileceği gibi günlerce de sürebilir. Genellikle 3-5 gün içinde pik yapan şikayetler 10-12 gün içinde gerileme eğilimindedir. Disforik duygulanım, iritabilite, labil duygulanım, ağlama, anksiyete, uyku bozuklukları ve iştah bozuklukları görülebilir. Postpartum hüznün için yapılandırılmış tanı kriterleri olamamakla birlikte bu 7 semptomdan en az 4'ünü en az hafif şiddetle (6'lı puan skalasında 3) yaşıyor olması gerekir (33). Postpartum hüznün rahatlatma dışında tedavi gerektirmeyen ve semptomların kısa zamanda gerilediği hafif bir tablodur. Postpartum hüznün gelişmesi ile psikiyatrik öykü, çevresel stressörler, kültürel yapı, emzirme ve doğum sayısı gibi faktörler ilişkili değildir fakat PPD'ye dönüşen postpartum hüznün durumları için bu durumlar ilişkili kabul edilmektedir (34). Postpartum hüznün yaşayan kadınların %20'si PPD geçirmektedir. PPD ve postpartum hüznün birbirinden farklı kavramlar olmakla beraber postpartum hüznün PPD için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (32).

2.2.2. Postpartum Psikoz

PP psikoz, psikotik özelliklerin de varlığıyla karakterize çok şiddetli depresif ataklar olarak tanımlanır. Etiyoloji, şiddet, semptomlar, tedavi ve prognoz açısından PPD'den farklılık gösteren bir durumdur. PPP (postpartum psikoz) doğum sonrası dönemde daha nadir görülen fakat daha şiddetli seyreden postpartum affektif bozukluk formudur. Sıklığı 1000 doğumda 1-2 atak olarak bildirilmiştir (35). Postpartum 48-72 saat içinde semptomların ortaya çıktığı hızlı bir klinik başlangıç gösteren PPP atakları genelde doğumu takip eden 2 hafta içerisinde ortaya çıkar. Sıklıkla görülen semptomlar, tipik olarak deprese veya coşkun duygu-durumu (hızlı dalgalanma gösterbilen), düzensiz davranışlar, labil duygu-durum, konfüzyon, deliryum benzeri kognitif bozukluk, uykusuzluk, ve halüsinasyonlardır (36). Ayrıca annenin bebeğini öldürmek suretiyle onu ölümden daha kötü bir kaderden kurtaracağını düşündüğü homisidal delüzyonlar da ortaya çıkabilmektedir. Bu

durumlar nadiren görülmekte ve bu kötü sonuçların önlenmesi hızlı tanı ve tedavi gerektirmektedir (37).

Kadınlar postpartum dönemde hayatlarının diğer dönemlerine göre affektif psikoza daha yatkın olmaktadır (38). PPP gelişen kadınlar genelde daha önce bipolar bozukluk tanısı almış kadınlardır. Bu kadınlarda postpartum dönemde psikotik ve non-psikotik ataklar geçirme olasılığı artmaktadır. Bipolar bozukluk tanısı almış kadınların postpartum 1 aylık dönemde, postpartum herhangi bir dönemdeki diğer kadınlara göre psikiyatrik bir problem yaşama rölatif riski 23.3'tür. Bu değer 30-60 gün arasında 6.3'tür (39). Doğum sonrası duygu durumunun dekompanse olma sebepleri arasında genetik faktörler ve hormonal faktörlerle birlikte, geç gebelik döneminde ve doğum sonrasında bebeğin sık sık beslenmesi sebepleriyle sirkadyen ritmin bozulması ve uyku azlığı da bulunmaktadır (40). Psikotik atakların ve duygu-durum ataklarının psikososyal çıktıları arasında; madde kullanımı, sigara kullanımı, yüksek riskli davranışlar, şiddet, kötü beslenme, medikal tedaviye uyumsuzluk ve sosyal destek sistemlerinden uzaklaşma bulunmaktadır. 'The United Kingdom Confidential Enquiry into All Maternal Deaths' çalışması postpartum ölümlerin %10'unun intihar sebebiyle ve %12'sinin psikiyatrik bozukluklar sebebi ile olduğunu göstermiştir (41).

Gebeliğin bipolar bozukluk üzerindeki etkisi tam olarak aydınlatılmış değildir. Yayınlanmış araştırmalar toplum karakteristiklerinin farklı olması sebebi ile farklı sonuçlar sunmuştur. Gebeliğin hastalık sürecini olumlu etkileyerek duygu stabilizasyonu sağladığını gösteren çalışmalarla birlikte (42), hastalık sürecine etki etmediğini veya olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da vardır (40). Bipolar bozukluk taraması için kullanılan birkaç materyallerden biri 'Duygu-durum Bozukluk Ölçeği'dir. DSM-IV kriterlerini yansıtan ve hayat boyu mani ve hipomani semptomlarını sorgulayan 13 evet/hayır sorusundan oluşmaktadır. Aynı dönemde 7 ve üzeri semptom varlığı orta-şiddetli problem oluşturabilecek pozitif taramaya işaret etmektedir (43). Bipolar bozukluk tanılı kadınlar genellikle depresyon veya komorbid hastalıklardan (madde bağımlılığı, anksiyete bozukluğu vb.) dolayı tedavi alsalar da altta yatan bipolar bozukluk tanısının atlanması uygun tedavinin alınmamasına sebep olmaktadır (44). PPD tanısı almış tedaviye dirençli hastaların

%50'sinde tanısı atlanmış bipolar bozukluk bulunmaktadır (45). Antidepresan tedavinin bipolar bozukluk hastalarında monoterapi olarak kullanılması hızlı döngüleri ve maniyi tetiklemekte, tedaviye direnci arttırmaktadır (46). Bu yüzden postpartum duygu-durum bozukluklarının ayırıcı tanısında 'Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası' ile 'Duygu-durum Bozukluk Ölçeği'nin birlikte kullanımının faydası konusunda çalışmalar devam etmektedir (45).

PPP ile obsesif kompulsif bozukluk ayırımını yapmak da oldukça zordur fakat uygun tedavi için önemlidir (47). Obsesyonlar 'zihnin gözünde' beklenmedik düşünce ve görüntülerdir ve gerçek dünyadaymış gibi görünen halüsinasyonlardan farklılık göstermektedir. PPD görülen annelerde bebeğe zarar verme düşüncesi obsesyonu ve kontrol kompulsiyonu %57 sıklıkta görülmektedir. Özellikle yeni annelerde bu beklenen bir durumdur fakat OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk)'de bu durum annenin bakım vermesini riske atacak yoğunlukta olabilmektedir (48). Postpartum obsesyonları olan kadınlar bu düşüncelerden muzdariptir ve hassas bir sorgulama yapılmadıkça açığa vurmazlar. Düşüncelerin garip ve beklenmedik olduğunun farkındadırlar. Bu da obsesyon ve halüsinasyonların diğer bir ayrımıdır. Kompulsiyonlar aktif bir ritüel halinde değildir fakat zarar göreceği düşüncesi ile bebeği sakınma oldukça fazladır. Psikozun veya ağır kişilik bozukluklarının eşlik etmediği OKB'li hastaların bebeğine ciddi zarar verme riski düşüktür (35, 47).

2.2.3. Postpartum Depresyon (PPD)

2.3.1. PPD Tanımı Ve Önemi

'Postpartum Depresyon' kavramı postpartum dönemde başlayan non-psikotik depresif atak olarak tanımlanabilir (49, 50). Geçmişte birçok PPD tanımı yapılmıştır fakat günümüzde dünya genelinde kullanılan standart tanı kriterlerinden oluşan ICD-10, DSM-V ve RDC (Research Diagnostic Criteria) gibi rehberler PPD'yi tanımlamakta kullanılmaktadır (8, 16, 51).

Literatür postpartum duygu-durum bozukluklarının kadınlarda diğer zamanlarda gelişen affektif hastalıklardan çok farklı olmadığını belirtmektedir. ICD-10 ve DSM-V kriterleri içinde de PPD ayrı bir hastalık olarak sınıflanmamakta, duygu-durum

bozukluklarının bir parçası olarak yer almaktadır. DSM-IV kriterleri içinde ‘doğumu takip eden ilk 4 hafta’ olarak tanımlanan ‘postpartum başlangıçlı’ olarak bir belirtiç bulunmaktadır (52). DSM-V kriterlerinde majör depresyon tanı kriterleri açısından farklılık yoktur fakat gebelik ve doğumla ilişkili depresyon vakalarının yaklaşık %50’sinin gebelikte görüldüğü gerekçesiyle ‘postpartum başlangıçlı’ kavramı yerine ‘peripartum başlangıçlı’ kavramı yer almaktadır. Gebelikte ve doğum sonrası ilk 4 hafta içinde ortaya çıkan majör depresyon atakları ‘peripartum başlangıçlı majör depresyon’ olarak kabul edilmektedir (8). ICD-10 kriterleri içinde de benzer şekilde ‘doğumu takip eden 6 hafta içinde başlayan depresyon atağı’ olarak belirtiç bulunmaktadır. Araştırmalarda ve klinik uygulamalarda postpartum periyodun farklı tanımları bulunmakla birlikte genel olarak doğum sonrası bir yıl bu süreyi tanımlamakta kullanılabilir (34).

PPD’nin doğum sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri olması ve anne-çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri önemli bir halk sağlığı problemidir. Tedavi edilmeyen PPD vakalarının kısa dönem ve uzun dönemde olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Kısa dönemde PPD yaşayan annelerin emzirme gibi bakım verme davranışlarında daha başarısız olmaları, çocuğun sağlık kontrolleri ile çocukla ilgili alınması gereken güvenlik tedbirleri konusunda isteksiz ve ihmalkar olmaları kısa dönemde yaşanabilecek problemlerdendir (53). Depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde beslenme bozuklukları, büyüme geriliği, gastrointestinal sorunlar ve solunumsal problemlerin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (54).

Anne için postpartum depresyon atağı uzun dönemde kronik tekrarlayan bir depresyonun habercisi olabilir ve annede devam eden bu depresyon çocukta duygusal, davranışsal ve hatta bilişsel problemlere sebep olabilir (55-57). Postpartum 6 aylık süreçte annedeki depresyon bulguları ile çocukta davranışsal problemler arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (58, 59). Ayrıca annedeki depresyonun süresine ve kroniklik durumuna göre çocuğun bilişsel fonksiyonlarında da etkilenmeler görülebilmektedir. Depresif ruh halindeki annenin çocuğa daha az öğrenme imkanı sağlaması, yeterli uyaran oluşturamaması çocuğun bilişsel gelişiminde problemlere sebep olabilir. PPD’nin çocuğun dil ve zeka gelişiminde zayıflık oluşturabileceği de belirtilmektedir (60).

2.3.2. PPD Epidemiyolojisi

Postpartum depresyon sıklığının belirlenmesi için yapılan çalışmalarda sonuçları etkileyen birçok epidemiyolojik faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, araştırmanın yapıldığı popülasyonun özellikleri ve büyüklüğü, araştırma metodolojisi, depresyonu ölçme metotları, değerlendirme yaptıkları Postpartum periyottaki farklılıklardır.

Postpartum depresyon sıklığı dünya genelinde değerlendirildiğinde, öz-değerlendirme ölçekleri ile belirlenen değerler gelişmiş ülkelerde en düşük %1,9 ile Almanya'dan, en yüksek %82,1 ile ABD'den bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise en düşük %5,2 ile Pakistan'dan, en yüksek %74 ile Türkiye'den bildirilmiştir. ICD-10 kriterlerine göre yapılandırılmış klinik görüşme kullanıldığında ise sıklığın azaldığı formları görülmektedir ve %0,1 ile %26,3 arasında değerler bildirilmiştir (61). Türkiye'de PPD sıklığını %5 ile %61,8 değerleri arasında bildiren çalışmalar mevcuttur. Farklı bölgelerde yapılan çalışmaların ele alındığı bir meta-analiz çalışmasında ortalama sıklık %23,8 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de de gelişmiş şehirlerdeki PPD sıklığı (%21,2), gelişmekte olan illere göre (%25) daha düşük bulunmuştur (7).

PPD'nin zamansal değerlendirmesi uluslararası tanı rehberlerinde ve epidemiyolojik çalışmalarda farklılık göstermektedir. DSM-V rehberinde doğumla ilişkili depresyon gebelik ve doğumu takip eden 4 hafta olarak tanımlanmış ve 'peripartum başlangıçlı' olarak özelleştirilmiştir. ICD-10 kriterlerinde postpartum 6 hafta olarak belirlenmiştir. Birçok epidemiyolojik çalışmada da bu çerçevede postpartum 3 ay ile postpartum 12 ay aralığında çizilmiştir (34, 62). Postpartum ilk 4 hafta içinde %5,5 - %50,7 aralığında bildirilen PPD sıklığı postpartum 1 yıl için %6,0-%33,2 arasında bildirilmiştir (61).

2.3.3. PPD Risk Faktörleri

PPD oluşumu, biyolojik faktörler, obstetrik ve pediatrik faktörler, psikososyal faktörler ile kültürel faktörlerin rol aldığı multifaktöriyel kompleks bir süreçtir.

2.3.3.1. Sosyodemografik faktörler

Sosyodemografik özelliklerin PPD gelişimi üzerine etkisiyle ilgili çalışmalarda farklı yönde sonuçlar elde edilmiştir. Annenin yaşı, parite, evlilik (partnerle ilişki) süresi gibi faktörler PPD ile ilişkili bulunmamıştır (2). Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik seviye, çalışmama gibi sosyoekonomik seviye belirteçleri ile düşük evlilik yaşı ve çocuk sahibi olma yaşının PPD'yi artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (63, 64). Sosyoekonomik seviye ile PPD arasında zayıf ama anlamlı ilişki gösteren meta-analiz çalışmaları da bu sonuçları destekler niteliktedir (2, 65) Türkiye'de yapılmış bir meta-analiz çalışmasında da düşük ekonomik seviye ve eşin çalışmama durumu PPD'yi artırdığı en yaygın olarak belirlenen sosyodemografik göstergelerden olmuştur (7).

2.3.3.2. Biyolojik Faktörler

Meta-analiz çalışmalarında non-biyolojik faktörler üzerinde daha fazla durulsa da, PPD oluşumunda etkili olan biyolojik teorileri gözden geçirmek gerekir. Postpartum affektif bozuklukların gelişiminde doğum sonrası üreme hormon (östrojen, progesteron) seviyelerinin ani düşüşünün etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Östrojen ve progesteron, diğer hormonlar ve serotonin, dopamin gibi nörotransmitterle etkileşim halindedir (66). Postpartum dönemde östrojen seviyelerinin değişimi, serotonin dengesini bozarak ve beyinde dopaminerjik yolları etkileyerek depresyona yatkın kadınlarda semptomların ortaya çıkmasına sebep olabilir (67). Düşük oksitosin seviyesinin de PPD görülmesinde risk faktörü olabileceğinin gösteren çalışmalar mevcuttur (68). Kortizol başta olmak üzere stres hormonlarında gebelikte artış görülürken, postpartum dönemde azalma görülür. Doğumla birlikte maksimum seviyeye ulaşan kortikosteroidler postpartum 4 saatte aniden azalmaktadır. HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal) aksındaki bu

dalgalanmaların da PPD gelişiminde etkisi olduğu düşünülmektedir (69, 70). Postpartum 1 yılda kadınların %5-7'sinde tiroit fonksiyonlarında düzensizlik ortaya çıkmakta ve bu durum depresyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (71).

2.3.3.3. Klinik Risk Faktörleri

Psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve gebelikteki duygu-durum bozukluğu PPD oluşumunda rol alan klinik faktörlerdendir.

Geçmiş psikopatoloji öyküsü, kadınlarda PPD oluşumu üzerinde etki büyüklüğü en yüksek olan klinik faktörlerden biridir. Meta-analiz çalışmaları, psikiyatrik hastalık öyküsünün PPD gelişiminde orta-güçlü prediktörlerinden biri olduğunu göstermiştir (2, 65). Gebelikteki duygu-durum da PPD gelişiminde orta-güçlü rol almaktadır (72, 73). Gebelik süresindeki yüksek anksiyete seviyesinin postpartum depresif semptomları önemli ölçüde predikte ettiği gösterilmiştir (2, 74).

Aile psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması PPD gelişiminde risk faktörlerinden biridir (72). Bununla birlikte aile öyküsünün PPP gelişimi riskinde artış sebebi olduğu fakat PPD gelişiminde önemli etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (2).

2.3.3.4. Obstetrik ve İnfantil Faktörler

Gebelikte ilişkili preeklampsi, hiperemezis, yalancı kontraksiyonlar ve doğumla ilişkili acil sezaryen, prematüre doğum, aşırı kanama gibi komplikasyonlar PPD gelişimi için obstetrik risk faktörlerdir. Bu etkenlerin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, obstetrik faktörlerin PPD gelişiminde küçük ama anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur (2). Bu çalışmalar metodolojik yönden yeterli olmasına rağmen postpartum dönemi görece daha kısa süre çerçevesinde (örn. 2 hafta) değerlendiren çalışmalar daha uzun değerlendiren çalışmalara göre obstetrik komplikasyonlarla PPD gelişimi arasında daha güçlü bir ilişki saptamıştır. Depresyonu değerlendirme metodu olarak görüşme metodu kullananlar obstetrik faktörlerle zayıf bir ilişki bulurken, öz değerlendirme metodu kullananlar orta ilişki bulmuştur.

Elektif veya acil sezaryen doğum ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren bulgular ile birlikte (75), daha büyük örneklemelerle çalışan ve ilişki

olmadığını bildiren meta-analiz çalışmaları da mevcuttur (76). İstenmeyen veya planlanmayan gebelik durumu da PPD gelişimi için risk faktörlerindedir fakat bu annenin bebeği büyütmeyle ilgili değil gebeliğin oluşum sürecine ait bir hissiyat olduğu için ihtiyatla değerlendirilmelidir (65, 76). Emzirmeme ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla birlikte (76, 77), ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (78). Çelişkili bulgular, emzirmemenin depresyonla ilişkili değil de annenin tercihi veya hastane politikası ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Bebek bakımı ile ilgili stres varlığı, bebeğin zor mizaçlı olması postpartum depresif semptomların ortaya çıkması ile ilişkili bulunmuştur (65). Ayrıca bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması veya yenidoğan komplikasyonlarının oluşması da annede PPD gelişimini tetiklediği gösterilmiştir (79) .

2.3.3.5. Psikososyal Faktörler

PPD gelişiminde her ne kadar biyolojik faktörlerin rolü olsa da, doğum yapan kadınların tamamında bu değişimler olmasına rağmen, bazı kadınlarda depresyon gelişmesi psikolojik altyapı, stresli yaşam olayları, sosyal destek faktörlerini akla getirmektedir.

Annelerin kişiliklerine ait karakteristik yapılar PPD gelişimi için etiyolojik bir faktör olabilmektedir. Sürekli endişeli, sıkıntılı bir yapıya sahip olma hali olarak tanımlanan nörotisizm ile PPD arasında ilişkinin değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında zayıf-orta anlamlı bir ilişki bulunmuştur (2). Bu sonuçları destekleyen başka çalışmalar da vardır (64, 72). ‘Sinirli’, ‘çekingen-içine kapanık’ yada ‘kaygılı’ kişilik yapılarının da PPD gelişimi ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (72). Ayrıca kognitif nitelik ile PPD arasındaki ilişkiyi değerlendiren 13 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında negatif bilişsel özellik ile PPD anlamlı düzeyde zayıf ilişkili bulunmuştur (2).

Psikososyal çalışmaların birçoğu prenatal ve erken postnatal dönemde yaşanan stresli yaşam olaylarının PPD gelişimine etkisini ele almıştır (61, 80, 81). Sevilen bir kişinin ölümü, boşanma, işini kaybetme gibi olaylar depresyon gelişimini tetikleyebilen stresli yaşam olaylarındandır. Gebelik ve doğum da bu grupta kabul

edilmektedir ve bu etkenler tek başlarına depresyon gelişimine sebep olabilir. Bazı araştırmacılar zaten kadınların depresyona duyarlı olduğu gebelik ve lohusalık dönemlerinde, ek olarak yaşanan olayların etkilerini araştırmıştır. Onbeş çalışmanın verileri ile yapılan meta-analiz çalışmasında stresli bir yaşam olayı ile PPD gelişimi arasında orta-güçlü bir ilişki bulunmuştur (2). ‘Algılanan yaşam stresi’ kavramı ile PPD arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışma da ‘algılanan yaşam stresi’nin yüksek düzeyde olması ile postpartum dönemde depresyon semptomatolojisini ilişkili bulmuştur (65).

Aile, eş, arkadaş gibi kaynaklardan stresli yaşam olayları karşısında alınan sosyal desteğin, depresyon gelişimine karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir. Sosyal destek; bilgi desteği veya uygulamada destek olabileceği gibi duygusal destek şeklinde de olabilir. Araştırmacılar ayrıca ‘algılanan destek’ ve ‘alınan destek’ kavramları üzerinde durmaktadır. ‘Alınan sosyal destek’ gözlemlenebilen yada bireye sorarak direkt ölçülebilen bir kavramken ‘algılanan sosyal destek’ ihtiyaç durumunda destek olabilecek sosyal çevreyi oluşturan kişilerle ilgili bireyin genel algı ve inancı olarak tanımlanır. Alınan sosyal desteğe göre algılanan sosyal destek postpartum dönemde depresyon gelişiminde daha etkili olmaktadır (82). Bu sonucun, birçok konuda negatif bakışı olan depresif kişilerin algıladıkları sosyal desteği de olumsuz bir algıyla olduğundan az bildirmesi ile ortaya çıkmış olabileceğine dair yorumlar mevcuttur. Ayrıca PPD yaşayan kadınlarda diğer kadınlara göre doğum sonrası dönemde algılanan sosyal destek daha düşükken, gebeliği süresinde algıladığı sosyal destekte bir farklılık görülmemiştir (83).

Sosyal desteğin bir bileşeni olan eş desteğinin PPD gelişiminde anlamlı etkisi olduğunu gösteren çalışmalar az olsa da, depresif semptomların şiddeti ile kuvvetli negatif ilişkili olduğu kabul edilmektedir (2). Kompleks bir kavram olarak karşımıza çıkan algılanan sosyal desteğin önemli bir boyutu da kendinden olan bir gruba aidiyet hissetmek ve bu gruba ulaşabilmek hissiyatıdır. Bunun, postpartum depresif bulguların şiddeti üzerinde eşle olan yakınlıktan daha önemli bir belirteç olduğu gösterilmiştir (84).

Gebelik süresince evliliği ile ilgili problem yaşamış olmak PPD gelişimini etkileyen faktörlerden biridir. Evlilik ilişkisinin prepartum değerlendirilmesi depresyonlu

kadının olumsuz algısı sonucu oluşabilecek bilgi yan tutmasını engellemek açısından doğru bilgi sağlayacaktır. Evlilik ilişkisini değerlendirmede birçok method kullanılmaktadır. Fakat DYAS (the Dyadic Adjustment Scale- Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği) gibi öz-bildirimli standart psikometrik ölçüm araçlarının kullanımı, evlilik ilişkisinin PPD gelişimine etkisini görüşme metoduna göre daha prediktif olarak ortaya koymaktadır (2).

2.3.3.6. Kültürel Faktörler

Gebelik ve doğum fizyolojik olarak dünyanın her yerinde tüm kadınlarda benzer şekilde gerçekleşse de, bu olayın kavramsallaştırılması, yapılandırılması ve anne ile sosyal çevresinin bu süreci deneyimlemesi toplumdan topluma değişmektedir (85).

Bazı kültürlerde uygulanan ritüeller PPD konusunda anne için sosyal destek sağlayarak koruyucu olabilmektedir. Bunun yanında Türkiye gibi geleneksel kültür yapısına sahip ülkelerde bu desteğin, aile üyelerinin kadının hayatına karışma ve özel yaşamına müdahale düzeyine gelmesi tam aksi yönde etki gösterebilir. Modern yaşamın rahatlığını bekleyen kadın isteksiz de olsa geleneksel bu desteği kabul etmek zorunda kalır ve bu gibi toplumlarda özellikle de kırsal bölgelerde PPD sıklığının daha yüksek olduğu görülür. Türkiye ile benzer geleneksel yapıya sahip İran, Hindistan gibi ülkelerde de PPD sıklığı oldukça yüksektir. Avustralya’da Vietnamlı, Filipinli ve Türk göçmenlerle yapılan çalışmada Türkler PPD sıklığının en yüksek olduğu grup olarak belirlenmiştir ve en belirgin risk faktörünün aile yapısı olduğu görülmüştür (86).

Kadınların çoğu annelik gerçeğinin kendi beklentilerinden çok farklı olduğunu gördüklerinde, panik, yetersizlik ve takiben suçluluk hisleriyle sosyal rollerini yerine getiremezler. Bu süreçte anneler kötü bir anne olarak damgalanmak ve kınanmak korkusu ile hislerini sevdikleri kişilerle paylaşamazlar bu da kişiye içine kapanık hale getirir. Kültürel annelik beklentilerinin etkisiyle özellikle de memleketinden ve anneler için sosyal/fiziksel destek kaynağı olan aileden uzakta yaşamak yeni annelerde PPD sıklığını arttırmaktadır (87).

Psikiyatrik hastalıklar çoğu kültürde yoğun stigmatizasyona sebep olduğu için, doğum yapan kadın ve ailesi sağlık çalışanlarından destek almaktan kaçınırlar ancak

çok şiddetli hastalık durumunda yardım talebi söz konusu olmaktadır. Ayrıca libido veya kendine zarar verme gibi konuların da aile dışında paylaşımının uygun olmadığı toplumlar vardır. Bu yüzden standardize edilmiş ölçeklerin her toplumda olduğu gibi uygulanması her zaman uygun olmayabilir.

Geleneksel toplumlarda eş ve/veya aile tarafından erkek çocuk beklentisi anne üzerinde yoğun bir stres oluşturabilmekte, kız çocuk sahibi olmak hayal kırıklığına sebep olabilmektedir. Batı toplumlarında yapılan çalışmalar çocuğun cinsiyeti ile PPD arasında ilişki olmadığını bildirirken, Hindistan ve Çin’de yapılan çalışmalar eşin bebeğin cinsiyeti ile ilgili hayal kırıklığını (özellikle bebek kız ise) PPD gelişimi ile ilişkili bulmuştur (64, 88). Türkiye’den bildirilen çalışmalarda kız çocuk sahibi olmakla PPD gelişimi arasında pozitif ilişki gösterilmiştir (63, 89, 90).

Kültürel farklılıkların PPD gelişimi üzerine etkisi olduğu gibi PPD gelişen annelerde hastalığın prezentasyon şekline de etki etmektedir. Beyaz kadınlar ve Asyalı kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada depresyon sıklığında veya semptom seviyelerinde farklılık görülmemiştir fakat doktora başvurma sebepleri incelendiğinde beyaz kadınların hekime depresyon şikayetleri ile, asyalı kadınların ise daha çok somatik şikayetleri ile başvurduğu görülmüştür. Bunun kültürel beklentilerle ilişkili olarak annelerin depresif şikayetleri gizleme eğiliminden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (91).

2.3.4. PPD Tarama

PPD farklı kültürlerden birçok kadını etkileyen ve maternal mortalitenin çokça atlanan sebeplerinden olan bir duygu durum bozukluğudur. Bunu temel olarak iki sebebe bağlamak mümkündür. Kadınlar gebelik ve postpartum süreçte birçok defa sağlık çalışanları ile diyalog kurmalarına rağmen duygusal özellikle de depresyonla ilgili problemlerini paylaşmak konusunda isteksiz davranırlar. Bu da ‘annelik’ kavramının genellikle ‘mutluluk’ hissiyle eşleştirilmesi mitinden kaynaklanmaktadır. Bazen de kadınlar karşılaştıkları zorlukları ‘annelik’in doğal seyri olarak görürler ve yaşadıkları problemi fark edemezler. Bazı anneler de psikiyatrik belirtilerin farkında olmakla beraber ‘zihinsel olarak hasta’ veya ‘yetersiz anne’ olarak etiketlenme kaygısıyla sağlık çalışanına başvurmazlar. Kadının nereden yardım alacağını

bilmemesi de önemli bir sağlık arayışı bariyerlerindedir. Son olarak bazı toplumlarda psikiyatrik problemlerin aile dışında konuşulması kabul edilebilir olmadığı için aile bireyleri kadının sağlık kuruluşuna başvurmasına engel olurlar.

Bazen de sağlık çalışanınin depresif belirtileri tanıyabilme konusundaki yetersizliği yada tanısa bile hastaya efektif bir yardım sunamayacağını düşünmesi bu konuya karşı isteksiz davranmasına sebep olabilir. Fakat çalışmalar göstermiştir ki, belli bir tarama programı ile PPD belirlenme oranı, rutin klinik muayeneyle belirlenmeye göre anlamlı derecede daha yüksektir. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin bir tarama programı içinde yer almaları hem PPD farkındalıklarını artırır hem de PPD tanıyabilme yetilerini geliştirir (92).

Hastalık semptomları ortaya çıkmadan ve hekim tarafından belirlenebilir düzeye gelmeden bazı ciddi hastalıklar veya durumlar bireyde var olabilir. Bu durumun hızlıca uygulanabilecek test ve/veya muayene yöntemleriyle ortaya çıkarılmasında tarama yöntemleri sıklıkla kullanılır. Bir hastalığın tarama programlarında yer alabilmesi için toplumda sık görülen, erken tanı ile doğal seyri değiştirilebilen ve uygun tedavisi olan bir hastalık olması gerekir.

Tarama testleri tanı koydurucu olmadığı için pozitif tarama sonucu her zaman hastalık varlığını göstermez. Tarama testlerin klinikteki uygulanabilirliği validite kavramı ile değerlendirilir. Testin hasta bireyleri belirleyebilme oranı olan sensitivite, sağlam bireyleri belirleyebilme oranı olan spesifisite ve testin pozitif olarak belirlediği bireylerin gerçekte hasta olma oranını gösteren pozitif prediktif değerin yüksek olması testin validitesinin yüksek olduğunu gösterir. Tarama programlarında kullanılacak testlerin bilimsel olarak geçerli olmasının yanında güvenli, düşük maliyetli ve toplumca kabul edilebilir olması beklenir.

PP depresif semptomatolojinin değerlendirilmesinde, standardize görüşme formları, klinisyen tarafından uygulanan ölçekler ve öz-bildirim ölçekleri kullanılmaktadır. Standardize görüşme formları, DSM-IV, ICD-10 gibi kriterlere dayanan sistematik ve güvenilir tanı yöntemleridir. Daha çok bilimsel araştırmalarda kullanılır, zaman alıcı ve pahalıdır. Genel klinik muayenede kullanımı önerilmez. ‘Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (SADS)’, ‘DSM-IV Eksen I

Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID)', 'Standart Psikiyatri Görüşmesi (SPI)', 'Mevcut Durum Ölçeği (PSE)' standardize görüşme formlarıdır. Klinisyen tarafından uygulanan ölçekler, daha çok tedaviye yanıt, hastalığın süresi ve şiddetinin sınıflaması için kullanılır. Toplum tabanlı taramalarda kullanılmaz. 'Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HRSD)' ve 'Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADRS)' klinisyen tarafından uygulanan ölçeklerdir. Öz-bildirim ölçekleri hem depresif semptomatolojinin hem de tedavi yanıtının değerlendirilmesinde kullanılır. Depresif semptomların sıklığı ve şiddeti konusunda bilgi verir. Fakat kesin tanı koydurmaz, yüksek skor alan bireylerin yakın takibi ve derinlemesine değerlendirilmesi gerekir. 'Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası' PPD çalışmalarında özellikle de toplum tabanlı yapılanlarda en sık kullanılan öz-bildirim ölçeğidir. Bu ölçek hakkında 'Materyal-Method' bölümünde ayrıntılı bilgi verilmiştir. 'Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)', 'Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D)', 'Depresif Sıfatlar Listesi (DACL)', 'Genel Sağlık Anketi (GHQ)' diğer öz-bildirim ölçekleridir.

PPD'nin antenatal ve erken postpartum dönemde taranması konusu risk altındaki kadınların belirlenmesi, sekonder koruma ve tedavi yönetimi için önemlidir. Antenatal tarama konusunda yapılan çalışmaların değerlendirildiği sistematik derlemenin sonuçları göstermiştir ki; kullanılan tarama materyallerinin pozitif prediktif değerleri oldukça düşüktür ve rutin antenatal bakımda uygulanması anlamlı değildir (93). Aksine 'Erken postpartum dönemde duygulanım bozuklukları' PPD ile ilişkili bulunmuştur (77, 94) ve 'annelik hüznü' PPD gelişiminde önemli prediktif bir faktör olarak belirlenmiştir (87).

PPD taraması, önlenmesi ve tedavisinin potansiyel faydaları arasında anne ve bebek mortalitesinin azaltılması, hayat kalitesinin iyileştirilmesi, çocuk sağlığının geliştirilmesi ve sağlık hizmet kullanımının azalması sayılabilir (95). Taramanın potansiyel zararları ise, yanlış pozitif sonuçlar, yanlış pozitif vakalarda tedavi yan etkileri ve gereksiz tedavinin getirdiği mali yük, etiketleme ve stigmatizasyon olarak sıralanabilir (93, 96). Tarama yapılıp yapılmamasına karar verirken fayda ve zarar karşılaştırmasını yapmak önemlidir. Fakat literatürde taramanın zararlarına yönelik

çalışma kısıtlı sayıdadır. Bu yüzden sağlık profesyonelleri tarama programı geliştirirken temkinli yaklaşmak gerektiğini vurgulamıştır.

2.3.5. PPD Koruyucu Müdahaleler

Koruyucu müdahaleler, bireyi etkileyen hastalığın olasılığını azaltma (birincil koruma), erken tanı ve tedavi ile hastalığın ilerlemesini durdurma (sekonder koruma), hastalığın getirdiği komplikasyonların önlenmesi ile progresyonunun yavaşlatma (üçüncül koruma) stratejilerini içerir. Ayrıca müdahaleleri, hedef popülasyona göre sınıflamak da uygulanabilirlik ve etkinlik açısından gereklidir. ‘Genel önlemler’ tüm popülasyonu, ‘seçici stratejiler’ yüksek risk taşıyan popülasyon alt gruplarını, ‘belirtilmiş yaklaşımlar’ daha geniş müdahalelerin yapılmasını gerektiren yüksek riskli asemptomatik bireyleri hedef almaktadır (97).

Koruyucu müdahaleler planlanırken bireysel varyasyonların yanı sıra biyopsikososyal risk faktörlerinin etkileşimi de göz önünde bulundurulmalıdır. Planlanan müdahale, kabul edilebilir düzeyde kısa ve öz, fayda sağlayacak düzeyde uzun, etkili olacak derecede yoğun, bireyin memnun olacağı, çok pahalı olmayan bir program olmalıdır. Çıktılar sadece PPD’nin önlenmesine yönelik değil, daha geniş anlamda ele alınarak düzenli olarak takip edilmelidir. Bireyin müdahaleye uyum sağlayamamasının en önemli problemlerden biri olduğu ve en yüksek risk grubunun müdahale programına en az dahil olacağı unutulmamalıdır (98).

Önlenebilir durumların değerlendirilmesinde 3 temel kriter ele alınır. Bunlar; durumun bireye ve topluma getirdiği yük, alınacak önlemler ve müdahalenin etkinliğidir. PPD uzun dönem etkilerinin ciddiyeti, başlangıç için riskli dönemin tanımlanmış olması (postpartum 12 hafta), müdahalenin uygulanabilirliği açısından kadınların postpartum dönemde sağlık çalışanları ile yakın temasta olması ve koruyucu müdahalelere rehberlik edecek değiştirilebilir risk faktörlerinin tanımlanmış olması açısından müdahale geliştirilmesine uygun bir sağlık problemidir. PPD için koruyucu yaklaşımlar biyolojik, psikolojik ve psikososyal olabilmektedir.

2.3.5.1. Biyolojik Müdahaleler

Günümüzde PPD'nin biyolojik müdahalelerle önlenmesi konusunda az sayıda RKÇ (Randomize Kontrollü Çalışma) bulunmaktadır. Çalışmalar antidepresan tedavi, hormonlar, omega-3 yağ asitleri, diyetle kalsiyum, tiroksin ve selenyum ile yapılan müdahaleleri içermektedir. Psikotropik ilaçlara yönelik yapılmış tek RKÇ vardır ve bu çalışmada sertralinin PPD rekürrensini önlemede plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir. Dahası PPD gelişen kadınlarda rekürrens zamanı uzunluğunun profilaksi grubunda plasebo grubuna kıyasla daha uzun bulunmuştur (99).

Östrojen ve progesteron seviyeleri gebelik boyunca dalgalanmalar gösterir ve yaklaşık 10 kat artar. Postpartum 72 saatlik dönemde bu hormonların aniden gebelik öncesi seviyelere düşmesinin de PPD'ye katkısı olduğu düşünülmektedir (66). Yüksek doz östrojenin PPD üzerine koruyucu etkisi sadece 1 RKÇ'de araştırılmıştır ve PPD hızlarını düşürdüğü gösterilmiştir (100).

Omega-3 yağ asitleri de PPD müdahalesindeki etkinliği araştırılan bir madde olarak literatürde yer almaktadır. Fakat bu konuda yapılan 3 RKÇ de en önemli omega-3 yağ asitlerinden biri olan DHA (Dokosaheksaenoik asit) takviyesinin PPD önlenmesinde anlamlı etkisinin olmadığını göstermiştir (101-103). Gebelikte ve postpartum dönemde kalsiyum ve selenyum takviyesinin şiddetli PPD sıklığını azalttığı ve EPDS puanlarını anlamlı derecede düşürdüğü gösterilmiştir (104, 105). Tiroit antikoru pozitif kadınlarda tiroksin uygulamasının ise PPD üzerinde koruyucu etkisi olduğuna dair bir kanıt bulunamamıştır (106).

2.3.5.2. Psikolojik Müdahaleler

Biyolojik müdahalelerle ilgili kısıtlı sayıdaki çalışmanın aksine psikolojik müdahalelere yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Kişiler arası psikoterapi (KİPT), şimdiki zamana odaklanan ve depresif semptomların olduğu kişiler arası durumu vurgulayan kısa süreli psikoterapidir. Bu terapi biçimi genel erişkin popülasyonunda majör depresyonun tedavisi için ortaya çıkmıştır fakat perinatal dönemdeki kadınların tedavisi için uyarlanmıştır (107). KİPT temelli grup müdahalesine dayanarak ROSE (The Reach Out, Stay strong,

Essentials for new mothers) programı oluşturulmuştur (108, 109). Bu program yakın ilişkilerin kurulması, sosyal destek ağlarının tesisi ve anneliğe geçiş rolüne adaptasyon konularında gebe kadınları desteklemektedir. Gebelikte 60 dakikalık grup seansları şeklinde yapılan müdahalede, rol geçişlerinin belirlenmesi ve yönetilmesi, hedeflerin belirlenmesi, sosyal desteğin geliştirilmesi, kişilerarası çatışmanın belirlenmesi ve çözülmesi başlıkları yer almıştır. 2001 yılında yapılan pilot çalışmada postpartum 3 aylık süreçte müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük PPD hızı ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarında daha fazla düşüş olduğu görülmüştür (108). Aynı çalışma grubunun 2006 yılında daha kapsamlı olarak yaptığı 2. çalışmada da ROSE müdahale programının rutin antenatal bakıma göre PPD'yi önlemede daha etkin olduğu görülmüştür (109). Üçüncü ROSE müdahale çalışmasında ise postpartum 2. hafta ve 3. ayda müdahale ve kontrol grupları arasında EPDS puanları açısından anlamlı fark görülmemiştir (110). ROSE müdahale programı dışında yapılan KİPT temelli diğer 3 çalışmanın 2'sinde de müdahale öncesi-gebelik ve müdahale öncesi-postpartum dönem karşılaştırmalarında depresyon tanı sıklığında anlamlı azalma olduğu bulunmuştur (111-113).

Kognitif davranışçı terapi (KDT), davranışçı terapi ve bilişsel terapi komponentlerini birleştiren kısa süreli bir psikoterapidir. İlk bölümde, bozulmuş düşüncelerin belirlenmesi ve başa çıkılması amaçlanırken, ikinci bölüm negatif davranış biçimlerinin değiştirilmesi için gerekli teknik ve becerilerin geliştirilmesi üzerine odaklanır. KDT bulguları, KİPT bulgularına göre daha değişkendir. Müdahalenin başarılı (114-117) ve başarısız olduğu (118-121) çalışmalar mevcuttur. KDT müdahale programları bireysel olarak yada grup terapileri şeklinde uygulanmıştır. Seanslar ebeveynlik ve bebek bakımıyla ilgili eğitim; empatik dinleme özellikleri, anneliğin karmaşık ve olumsuz duygularıyla ilgili bilgilendirme ve annelik deneyimlerinin normleştirilmesiyle ilgili destek; 'mükemmel annelik' beklentileriyle başa çıkma ve problem çözmeyle ilgili KDT komponentleri içermektedir. Ayrıca anne-bebek ve baba-bebek ilişkilerinin beslenmesi, yaşam değişikliklerinin yönetimi, anksiyete ve depresyonla başa çıkmada bilişsel stratejiler, pozitif iletişim, gevşeme egzersizleri ve özgüvenin artırılması müdahale

programındaki diğer temalardır. Bireysel uygulanan müdahaleler grup uygulamalarına göre daha başarılı sonuçlar vermiştir.

Postnatal Psikolojik Bilgilenme yöntemi de yaşanan travma sonrası deneyimlerin paylaşılmasıyla stresi azaltmaya yönelik uygulanan tek seanslık yarı-yapılandırılmış psikolojik bir görüşmedir. Postnatal kadınlara uyarlanan şekilde kadınlar doğum eylemini ve yaşadıklarını doğumdan hemen sonra empatik bir dinleyici ile paylaşır. PPD ve postpartum anksiyeteyi azaltmada etkin olduğunu gösteren (122, 123) ve anlamlı azalma olmadığını bildiren çalışmalar (124-126) mevcuttur.

2.3.5.3. Psikososyal Müdahaleler

PPD'nin önlenmesinde sağlık çalışanlarının düzenli ev ziyaretleri, ev içi destek, postpartum destek grupları, öz-yardım kitapçıkları gibi birçok destek yöntemi vardır. Bu yöntemlerin içeriği, niteliği, iyi organize edilmesi ve metodolojisi sonuçları etkilemektedir.

Antenatal ve postnatal sınıf programları PPD'nin önlenmesinde etkinliği araştırılan bir yöntem olmuştur. Psiko eğitim müdahalesi şeklinde uygulanan programlar grup halinde veya bireysel olarak verilebilmektedir. Grup eğitimleri PPD, nasıl belirlendiği ve tedavisi konularında genel bilgiler; gebelikteki sosyal ve duygusal zorlukların tartışılması; öz-bakım, sosyal destek ve problem çözme becerileri hakkında eğitim başlıkları içermektedir. Antenatal ve postnatal grup eğitimlerinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede 6 RKC'den 3'ünde müdahale etkin bulunurken, 3'ünde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Aynı derlemede, bireysel eğitim programı uygulanmış 2 çalışmanın birinde pozitif depresyon taraması müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (127).

Modern obstetride doğum profesyonel müdahale gerektiren yüksek riskli bir olay olarak görülmektedir. Bazı kliniklerde eş ve akrabaların doğum yapan kadına destek olmasına izin verilse de günümüzde hala kadınların çoğu doğum olayını sürekli bir destek almaksızın izole klinik bir ortamda deneyimlemektedir. Bu da PPD gelişimi gibi olumsuz psikolojik çıktılara sebep olabilmektedir. Bu sebeple 'doula' kavramı karşımıza çıkmaktadır. Doula (doğum koçu); 1980'lerde artan sezaryen doğumların

önlenmesi amacıyla kadınların kendilerini destekleyecek deneyimli birilerine ihtiyaç duymasıyla ortaya çıkmıştır fakat günümüzde görev kapsamı daha geniştir (128). Doula desteği ile ilgili yapılan çalışmaların sonucunda EPDS puanlarında anlamlı farklılıklar oluşmamıştır (129, 130). Genel sağlık puanlarının ve depresyon skorlarının müdahale öncesine göre iyileştiğini fakat bunun anlamlı düzeyde olmadığını gösteren karma metotlu bir çalışmada ise katılımcılar maternal doyum açısından doula desteğini faydalı bulmuştur (131).

2.3.6. Sosyal Destek Ve Eş Desteği

Doğumla birlikte postpartum dönem anne üzerinde yoğun bir stresin olduğu, ebeveynlik rolüne sosyal, psikolojik ve fiziksel adaptasyonun sağlandığı bir dönemdir. Anne üzerine yüklenen sorumluluklardan her biri anne üzerinde farklı derecelerde stres oluşturur. Bu dönemde algılanan stres, annenin stresle baş etme stratejileri ve olayların yönetiminde ihtiyaç duyduğu bireysel veya profesyonel sosyal destek bu adaptasyon sürecinde annenin ruh sağlığını etkileyen faktörlerdendir. Genel tanımıyla bireyin içinde bulunduğu sosyal çevresi tarafından kendine sunulan ve bireyin ulaşılabilir olarak algıladığı sosyal kaynaklar ‘sosyal destek’ kavramını oluşturur (132). Kavramsal olarak sosyal destek ‘duygusal sosyal destek’ ve ‘enstrümental sosyal destek’ olarak sınıflandırılır (132, 133).

Duygusal sosyal destek; kişinin sevgi, saygı, empati, teşvik ve bir gruba aidiyet hissetmesi konusunda desteklenmesidir ve bireyin kişiler arası ilişkilerde kendini önemli ve değerli hissetmesini sağlar. Bireyle bir konu hakkında konuşma, pozitif geri bildirim verme ve alma duygusal destek örnekleridir. Enstrümental sosyal destek; kişinin bebek bakımı veya günlük ev işleri gibi sorumluluklarıyla veya yaşadığı problemlerle ilgili desteklenmesidir (132, 134). Enstrümental desteğin, annenin içinde bulunduğu durumla ilgili isteklerini ve beklentilerini karşılarken aynı zamanda bireye önemsendiği mesajı verdiği için stresle baş etme konusunda daha etkili olduğu düşünülmektedir (132). Bu iki destek sınıfı ayrıca kendi içlerinde ‘alınan (recieved) sosyal destek’ ve ‘algılanan (percieved) sosyal destek’ olarak ikiye ayrılmaktadır. Alınan destek gerçek hükümlere dayalı destek biçimi iken, algılanan sosyal destek kişinin ihtiyacı olduğunda desteğe ulaşabileceği inancına

dayanmaktadır (132, 135). Algılanan desteğin ruh sağlığı üzerine etkileri daha g¼c¼l¼ ve faydalı olduğu için literat¼rde algılanan sosyal destek kavramı daha çok kullanılmaktadır (132).

Doğduktan sonra anne memesinde başlayan sosyal destek yaşam s¼recinde ¼ncelikle aileden, daha sonra çevremizdeki kişilerden sağlanır. ¼zel durumlarda bu destek profesyonellerce sağlanabilirken, resmi olmayan kaynaklar genellikle ¼n plandadır. Stresli bir yaşam olayı olmasa da sosyal destek bireyin yaşamla olan uyumunu ve psikolojik iyilik halini etkilemektedir. Ayrıca sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal birçok sağlık sorununun ortaya çıkmasında ve progresinde etkili sosyal bir değişken olduğu bilinmektedir (136).

Geçtiğimiz birkaç dekatta, sosyal destek ve ruh sağlığı ¼zellikle de maj¼r depresyon arasında nedensel bir ilişki olduğu g¼sterilmiřtir. Depresif semptomların azaltılmasında direkt ve dolaylı olarak etki etmektedir. Sağlık davranışlarını iyileştirmek, pozitif hissetmeyi arttırmak ve duygusal reg¼lasyonu hızlandırması direkt etki mekanizmalarıdır. Dolaylı etkiyi ise stresli yaşam olaylarının zararlı etkilerini azaltarak sağlamaktadır (132). Sosyal desteğin PPD için de g¼c¼l¼ belirleyicilerden biri olduğu yapılan çalışmalarda g¼sterilmiřtir (134, 137). Fakat bu etkinin direkt olarak mı dolaylı olarak mı olduğu konusunda farklı g¼r¼řler vardır. Birçok postpartum çalışma direkt etki ¼zerinde dursa da (138, 139) stresli yaşam olaylarının varlığında sosyal desteğin PPD gelişimindeki koruyucu rol¼n¼n daha fazla olduğu d¼ř¼n¼l¼rse dolaylı etki mekanizmasının da dikkate alınması gerekir (140).

Annenin dinlenmeye, nitelikli bir bakıma, gereksinimleriyle ilgili bilgilenmeye ve kendini değerli hissetmeye ihtiyacı olduğu postpartum d¼nemde aile ¼yeleri ve eş sosyal desteğin en ¼nemli ve ulaşılabilir kaynaklarıdır. Bu d¼nemde ¼zellikle modern yaşamın getirdiği aile yapısı gereği anneye ihtiyaç duyduğu konularda destek sağlayacak en yakın yardımcı eşidir. Gebelik s¼resince iyi bir eş desteği alan kadınların postpartum d¼nemde daha az duygusal sıkıntı yaşadıkları ve PPD deneyimleyen annelerden destekçi eşe sahip olanların depresif semptomlarla daha iyi baş ettiği g¼r¼lm¼řt¼r (141).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve analitik bileşenleri olan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Evren veri toplama döneminde İstanbul'un Maltepe ilçesinde 0-6 ay bebeği olan annelerden oluşmaktadır. Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü verilerine göre ilçede 0-6 ay bebek nüfusu 3547 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesabında postpartum 6 aylık süreçte evren popülasyonunda varsayılan PPD sıklığı %35 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü desen etkisi 1.2 olarak alındığında 382 olarak hesaplanmıştır. Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ler buldukları bölgelerin sosyoekonomik seviyelerine göre tabakalandırılmıştır. Yüksek ve düşük sosyoekonomik seviye gruplarından 2'ser ASM, orta SES grubundan 1 ASM çalışmaya dahil edilmiştir. Yirmi dört AHB (Aile hekimliği birimi)'ye (5 ASM) ulaşılmıştır. Türkçe anlayabilen, konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 0-6 ay bebeği olan 303 anne araştırmaya dahil edilmiştir. Bir anne ailesinin mental retardasyonu olduğunu söylemesi üzerine çalışmaya dahil edilmemiştir. Bir anne de görüşme zamanında antidepresan tedavi altında olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya dahil edilen 303 katılımcının 58'i (%19,1) Tepe ASM'ye, 50'si (%16,5) Merkez ASM'ye, 81'i (%26,7)si Zümrütevler ASM'ye, 72'si (%23,8) 20 No'lu ASM'ye, 42'si (%13,9) Başbüyük ASM'ye kayıtlı bulunan ve 0-6 ay aralığında bebeği olan annelerden oluşmaktadır. Kendisine ulaşılan anneler arasında soru formumuzu cevaplama oranı %95 olup, hedeflenen örneklem sayısına (382) ulaşma oranımız ise %79'dur. Çalışmaya katılma durumu ile yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu ve bebek yaşı değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 1).

Ayrıca çalışmamızda ASM'leri düşük, orta ve yüksek SES tabakalarına göre grupladığımızda, bu gruplar arasında kişi başına düşen gelir ve eğitim seviyesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($p<0,001$).

Tablo 1. Çalışmaya Katılma Durumu İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

n=320		Çalışmaya Katılma Durumu						p değeri ^a
		Kabul		Red		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim durumu	Yüksekokul ve üzeri	143	94,1	9	5,9	152	100	0,64
	Lise ve altı	160	95,2	8	4,8	168	100	
Çocuk sayısı	2 ve altı	242	93,8	16	6,2	258	100	0,21
	3 ve üzeri	61	98,4	1	1,6	62	100	
Bebek yaşı (ay)	2 ay ve altı	169	93,4	12	6,6	181	100	0,23^b
	3 ay ve üzeri	134	96,4	5	3,6	139	100	
		Ortanca	25.-75. yüzdelerik	Ortanca	25.-75. yüzdelerik			
Yaş ^c		31	27-35	30	28-39			0,33
^a Pearson Ki-kare Testi, ^b Fisher's Exact Testi, ^c Mann Whitney U Testi								

3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler, Tanımları ve Ölçüm Biçimleri

3.3.1. Bağımlı Değişkenler

Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PPD) DSM-V kriterlerine göre gebelik ve postpartum 4 hafta içerisinde görülen majör depresyon atağıdır. Bu çalışmada Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) Türkçe formu uygulanacaktır. EPDS tanı aracı değildir, doğum yapan kadınlarda semptom taraması için kullanılır ve genel olarak dünyada kabul görmüş bir skaladır. Literatürde EPDS kesme puanı 12-13 olarak kabul edildiğinde hastaları saptamada daha duyarlı olduğu gösterilmiştir. Antenatal ve postnatal dönemde EPDS'nin sensitivitesi %86, spesifisitesi %76'dır ve depresyonun tanınmasında geçerli bir ölçüm aracıdır. Tanı muayene ve kesin tanı envanterleri ile (örn. Hamilton Depresyon Ölçeği) konfirme edilmelidir. EPDS Türkçe validasyon çalışmasını Engindeniz ve ark. yapmıştır.

EPDS annelerin son 1 haftada nasıl hissettiğini sorgulayan dört seçenekli 10 soruluk bir ölçektir. Her soruya 0,1,2,3 puanları verilerek toplam puan elde edilir. Her sorunun puanlaması farklıdır. Üçüncü ,5. ,6. ,7. ,8. ,9. ve 10. sorularda puanlama 3, 2, 1, 0 biçiminde; 1. , 2. ve 4. sorularda ise 0, 1, 2, 3 biçimindedir. Ölçek puanı tüm puanların toplamından oluşur. Genelde kesme puanı 12-13 olarak alınmaktadır. Bu çalışmada kesme puanı 13 olarak alınmıştır. On üç ve üzeri puan alanlar depresyon açısından riskli kabul edilmiştir (142).

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyoekonomik Statü

Kalaycıoğlu ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ve valide edilmiş bir ölçek kullanılmıştır. Ölçekteki soruların birçoğu ile PPD ilişkisine bakılmıştır (143).

Sosyal Destek

Doğum Sonrası Destek Ölçeği (DSDÖ) ile değerlendirilmiştir. DSDÖ kadınların sosyal destek seviyesini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Longdon'un 1996 yılında geliştirdiği DSDÖ, özellikle kadınların postpartum dönemde anneliğe adaptasyonlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (144). Bu ölçek, postpartum dönem boyunca uygulanabilmekle birlikte genellikle postpartum 4-8. haftalarda kullanılmaktadır. Ayrıca ölçek, postpartum dönemde sosyal desteği önceden belirlemek için gebeliğin herhangi bir döneminde de kullanılabilir. DSDÖ, araştırmacıların rehberliğinde veya kadınların ölçeği kendi kendine cevaplaması ile uygulanabilir ve klinikte kullanılabilir.

DSDÖ'yü geliştiren araştırmacılar sosyal desteği maddi destek, duygusal destek, bilgi desteği ve karşılaştırma olarak dört grupta sınıflanmaktadır (145-147).

1. Maddi destek; beslenme, hijyen, para ve kadının görevleri konusunda özgür seçimi ile ilgili destek görmesini içermektedir.
2. Duygusal destek; cesaretlendirme, sevilme, onaylanma ve birlikteliği hissettirmeye dayanmaktadır.
3. Bilgi desteği; bilgiyi paylaşma, yenilikler konusunda bilgilendirilme ve problem çözümünde yardım görmeyi içermektedir.
4. Karşılaştırma; benzer durumda (doğum sonrası dönemde) başka bir kadın ile kendini kıyaslamaya dayanmaktadır (148).

DSDÖ, 34 maddeli likert tipinde bir ölçektir. Maddelerin her biri destek ihtiyacı ve bunun karşılanması ile ilgili sorular içermektedir. Cevaplar önem derecesine göre 0-7 puan arasında puanlanmaktadır. Değerlendirme sonucunda, toplam puan ne kadar yüksekse, ihtiyaca verilen önemin ve alınan desteğin o kadar fazla olduğunu temsil etmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 238'dir.

Doğum Sonrası Destek Ölçeği Türk toplumuna uyarlanması Ertürk tarafından 2007 yılında tez çalışması olarak yapılmıştır. DSDÖ'nün yapı-kavram geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda 4 alt grubun içerdiği toplam

varyans ‘İhtiyacın Önemi’ boyutunda %48.90 ve ‘Alınan Destek’ boyutunda %58.01 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin ‘İhtiyacın Önemi’ ve ‘Alınan Destek’ boyutlarında alt gruplarının her maddesinin birbiri ile korelasyonu yapılmış ve birbiriyle ilişkili bulunmuştur.

DSDÖ’nün ölçüte bağımlı geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)’ arasındaki ilişkiye bakılmıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ile DSDÖ’nün ‘Alınan Destek’ boyutu toplam puanı arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır fakat ‘İhtiyacın Önemi’ boyutu toplam puanı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Doğum Sonrası Destek Ölçeği’nin güvenilirlik değerlendirmesinde ‘İhtiyacın Önemi’ boyutunun toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.88, ‘Alınan Destek’ boyutunun toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.95 olarak saptanmıştır. ‘İhtiyacın Önemi’ boyutunun alt grupları incelendiğinde Cronbach Alpha katsayıları; ‘Maddi Destek’ 0.75, ‘Duygusal Destek’ 0.77, ‘Bilgi Desteği’ 0.76 ve ‘Karşılaştırma’ 0.72’dir. ‘Alınan Destek’ boyutunun alt grupları incelendiğinde Cronbach Alpha katsayıları; ‘Maddi Destek’ 0.84, ‘Duygusal Destek’ 0.88, ‘Bilgi Desteği’ 0.88 ve ‘Karşılaştırma’ 0.79’dur (149).

Çalışmamızda katılımcıların ‘ihtiyacın önemi’ toplam puanı ile ‘alınan destek’ toplam puanı arasındaki fark ‘karşılanmamış sosyal destek’ olarak tanımlanmış ve analizlere dahil edilmiştir.

Eş Desteği

‘Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği’ ile değerlendirilmiştir. Ölçek, Şahin ve arkadaşları tarafından 2014 yılında erken lohusalık dönemindeki kadınların algıladıkları eş desteğini belirlemek üzere geliştirilmiştir. 16 sorudan oluşan ölçekte 5’li likert tipi puanlama yapılmaktadır. Ölçekte, olumlu ve olumsuz ifadeler karışık olarak sıralanmıştır. Pozitif maddeler; 1,2,3,4,5,6,7,11,13,16 maddeleridir. Negatif maddeler ise; 8,9,10,12,14,15 maddeleridir. Derecelendirme, ölçekteki olumlu soru maddelerinde 1 “kesinlikle katılmıyorum”, 2 “katılmıyorum”, 3 “kararsızım”, 4 “katılıyorum”, 5 “kesinlikle

katılıyorum” olarak alınmıştır. Olumsuz soru maddelerinde 1 “kesinlikle katılıyorum”, 2 “katılıyorum”, 3 “kararsızım”, 4 “katılmıyorum”, 5 “kesinlikle katılmıyorum” olarak alınmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde; elde edilen olumsuz maddeler ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan 16’dır. Ölçek toplam puanındaki artma erken lohusalık sürecindeki eş desteğinin yeterli düzeyde algılandığını, azalma ise erken lohusalık sürecindeki eş desteğinin yetersiz düzeyde algılandığını göstermektedir.

Ölçekte bulunan önermelerin madde toplam korelasyonları 0.40–0.64, faktör yükleri ise 0.37–0.76 arasında değişmektedir. Faktör analizi sonucunda Toplam varyansın %51,4’ünü açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Ölçeğin birinci faktörü olan ‘Duygusal Destek’ toplam varyansın %21,2’sini, ikinci faktör olan ‘Sosyal Destek’ toplam varyansın %38,6’sını, üçüncü faktör olan ‘Fiziksel Destek’ toplam varyansın %51,4’ünü açıkladığı görülmüştür.

Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde bir hafta ara ile uygulanan taslak ölçeğin iki ölçüm sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İç tutarlılık için yapılan çalışmada yine aynı grupta, ilk ve ikinci uygulama toplam ölçek için ayrı ayrı hesaplanan Cronbach Alfa değeri sırasıyla 0.95 ve 0.96 olarak bulunmuştur (150). Diğer bağımsız değişkenler: Anket soruları ile belirlenecektir.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında literatür incelenerek hazırlanmış, sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerini değerlendiren bilgi formu, Edinburgh Doğum sonrası Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Destek Ölçeği (DSDÖ) ve Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği (ELSKAEDÖ) kullanılmıştır (Ek 1. Anket). Bilgi formu: Sosyodemografik Özellikler, Sosyoekonomik Seviye, Üreme Sağlığı Özellikleri, Son Doğum ve Yenidoğan Özellikleri, Psikolojik Özellikler ve Sosyokültürel Özellikler olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır. Anket formu doldurulmadan önce bilgilendirme yapılarak sözlü ve yazılı onam alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelere bilgi formu yüz-yüze anket uygulaması ile uygulanmıştır. Ardından EPDS, DSDÖ ve ELSKAEDÖ ölçek formları verilerek gözlem altında doldurmaları sağlanmıştır. Türkçe okuma ve yazmada zorluk yaşayan

annelere anketler ve ölçekler yüz-yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Katılımcıların tamamına ‘Doğum Sonrası Depresyon Bilgilendirme Formu’ verilmiştir (Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu). Veri toplama sırasında EPDS puanı 13 ve üzerinde çıkan annelerin telefon numaraları alınmış ve yaklaşık 1 ay sonra durumları hakkında bilgi almak üzere telefon görüşmesi yapılmıştır.

Veri toplama sürecinin kayıtlı nüfusun tatil vb. sebeplerle başvurularının azaldığı yaz aylarına denk gelmesi hedeflenen kişilere ulaşmamızı zorlaştıran sebeplerden biri olmuştur. Ayrıca annelere daha çok bebeklerinin aşı uygulaması, topuk kanı taraması gibi işlemler sonrasında anketi uyguladığımız için bebeklerin huzursuzlanması, zamanlarının olmaması, yanlarında bebekle ilgilenecek yakınlarının olmaması gibi sebepler veri toplamamızı zorlaştıran ve veri kalitesini etkilemesi olası sebepler olmuştur.

3.5. Veri Toplama Yeri ve Zamanı

Veri toplama işlemi Mayıs-Temmuz 2018 tarihleri arasında önceden belirlenmiş 5 ASM’de katılımcıların rutin kontrolleri sırasında gerçekleştirilmiştir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler Epi İno yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler; normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Ki-kare testi kullanılmış, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi, normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik testlerden Student T testi, ileri analiz yöntemi olarak binary lojistik regresyon testi (enter LR yöntemi) kullanılmıştır. P değerinin 0,05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir. Metin içinde sürekli değişkenler verinin normal dağıldığı durumlarda ‘ortalama (\pm standart sapma)’ şeklinde, aksi durumda ‘ortanca (25.-75. yüzdeler)’ şeklinde gösterilmiştir.

3.7. Etik Kurul İzni ve Kurum İzni

Araştırma için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı 09.2017.635 protokol kodu ile 03.11.2017 tarihinde alınmıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 03.05.2018 tarihinde kurum izni alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum izin belgeleri ekte mevcuttur (Ek 3. Etik Kurul Raporu, Ek 4. Kurum İzni).



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Sağlık Özellikleri

Kadınların yaş ortalaması 31,2 ($\pm 5,4$) iken ortanca değeri 31 (27-35) olarak bulunmuştur. Kadınların tamamının medeni durumu evlidir, %47,2'si yüksekokul veya üzerinde eğitim durumuna sahipken 7 kişi (%2,3) okuma yazma bilmemektedir. Eşlerinin %46,2'si yüksekokul veya üzerinde eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların %51,8'i ev hanımı ve %7,3'ü sağlık çalışanıdır (doktor, hemşire, psikolog ve anestezi teknisyeni), %66,3'ü gebelik öncesinde ve araştırmanın yapıldığı zamanda aktif olarak çalışmazken, %7,6'sı aktif çalışmakta, %19,8'i ücretli izinde ve %6,3'ü ücretsiz izinde olduğunu belirtmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ortanca değeri 4 (3-5)'dir. Eve giren aylık gelir ortanca değeri 3500 TL (2500-6000) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %43,6'sının kendisine ait evi, %55,1'inin ise kendine ait arabası vardır. Katılımcıların 49 (%16,2)'unun evinde anne, baba ve çocuklar dışında kalan biri vardır. Kalan kişilerin 7'si yatılı bakıcı iken 42'si diğer aile üyeleridir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

n=303		n	%
Medeni durum	Evli	303	100,0
Eğitim durumu	Yüksek okul ve üzeri	143	47,2
	Lise	68	22,4
	Ortaokul	44	14,5
	İlkokul	38	12,5
	Okur-yazar	3	1,0
	Okur-yazar değil	7	2,3
Meslek	Ev hanımı	157	51,8
	Sağlık çalışanı	22	7,3
	Diğer	124	40,9
Çalışma durumu	Hayır	201	66,3
	Evet	23	7,6
	Ücretli izindeyim	60	19,8
	Ücretsiz izindeyim	19	6,3
Eş eğitim durumu	Yüksek okul ve üzeri	140	46,2
	Lise	89	29,4
	Ortaokul	40	13,2
	İlkokul	34	11,2
Eş çalışma durumu	Hayır	9	3,0
	Evet	294	97,0
Oturlan evin kime ait olduğu	Evde yaşayan birinin	132	43,6
	Kira	138	45,5
	Lojman	3	1,0
	Para ödenmeden oturuluyor	30	9,9
Arabaya sahip olma	Evet	167	55,1
	Hayır	136	44,9
Evde anne baba ve çocuklar dışında sürekli kalan kişi varlığı	Evet	49	16,2
	Hayır	254	83,8
		Ortanca	25.-75. yüzdeler
Yaş		31	27-35
Toplam gelir (TL) ^a		3500	2500-6000
Kişi başına düşen gelir (TL) ^a		1000	600-1667
Evde yaşayan kişi sayısı		4	3-5
^a Kişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir			

Çalışmaya katılan kadınların %22,4'ünün özel sağlık sigortası vardır. Katılımcıların %17,8'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Bu kişiler arasında hipotiroidi (%44,4), astım (%11,1) ve demir eksikliği anemisi (%9,3) en sık görülen hastalıklardır. Katılımcıların %14,9'u sigara, %3,6'sı alkol kullanmaktadır ve yarıdan fazlası (%58,4) hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır. Çalışmaya katılan 168 katılımcı (%55,5) kilolu ya da obez grubundadır (Tablo 3).



Tablo 3. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri

		n	%
Sosyal güvence	Yok	2	0,7
	GSS	233	76,9
	Özel sağlık sigortası	11	3,6
	GSS+ÖSS	57	18,8
Kronik hastalık varlığı	Evet	54	17,8
	Hayır	249	82,2
Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Evet	40	13,2
	Hayır	263	86,8
Sigara kullanımı	Evet her gün içerim ^a	35	11,6
	Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim	10	3,3
	Hayır bıraktım	61	20,1
	Hayır daha önce de içmedim	197	65,0
Alkol kullanımı	Evet	11	3,6
	Hayır	292	96,4
Fiziksel egzersiz/spor yapma durumu	Hiç yapmıyorum	177	58,4
	Ara sıra yapıyorum	104	34,3
	En az 3 gün en az yarım saat orta düzey aktivite	20	6,6
	En az 3 gün en az yarım saat yüksek düzey aktivite	2	0,7
BKİ	Zayıf	3	1,0
	Normal	132	43,6
	Fazla kilolu	115	38,0
	Obez	53	17,5
		Ortanca	25.-75. yüzdilik
Boy (cm) ^b		163	160-167
Kilo (kg) ^b		68	60-76

^aHergün sigara kullananlarda günde içilen sigara sayısı ortanca değeri 3(5-9)'dür.
^bKişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir.

4.2. Üreme Sağlığı Özellikleri

Katılımcıların doğum sayısı ortanca değeri 2(1-2)'dir ve %45,9'unun 1, %34'ünün 2, %20,1'inin ise 3 veya daha fazla çocuğu vardır. İlk gebelik yaşı ortanca değer 27

(23-30)'dir. Katılımcıların %29'u üreme hayatı boyunca en az bir defa gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum) yaşamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Üreme Sağlığı Özellikleri

n=303		n	%
Gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)	Yok	215	71,0
	Var	88	29,0
Çocuk sayısı	1	139	45,9
	2	103	34,0
	3 ve üzeri	61	20,1
		Ortanca	25.-75. yüzdeler
Doğum sayısı		2	1-2
Yaşayan çocuk sayısı		2	1-2
İlk gebelik yaşı		27	23-30

4.3. Son Doğum ve Yenidoğana Ait Özellikler

Çalışmaya katılan annelerin %20,5'i son gebeliklerinin planlanmadan gerçekleştiğini ve %9,2'si son gebeliklerinin istenen bir gebelik olmadığını belirtmişlerdir. Son gebeliği IVF yöntemlerinden biri kullanılarak gerçekleşen 15 (%5) anne bulunmaktadır. Katılımcıların çoğu gebelik boyunca rutin doktor ziyaretlerine gitmiştir ve alınan bakım ortanca sayısı 12'dir. Gebelik süresince kaç kilo aldıkları sorulduğunda katılımcıların cevaplarının ortanca değeri 13(10-16) olarak bulunmuştur. Yaklaşık her 4 katılımcıdan biri gebeliği süresince bir sağlık problemi yaşamıştır. Gebelikte stresli olay yaşama sıklığı ise %15,8'dir. Yedi katılımcının (%2,3) son gebelikleri çoğul gebeliktir. Sezaryen doğum sıklığı %70'dir ve katılımcıların %72,3'ü doğum yeri olarak özel hastaneyi tercih etmişlerdir. Normal doğum yapan 91 katılımcının 6(%6,6)'sında forseps/vakum gibi yardımcı teknikler kullanılmıştır. Katılımcıların %58,1'i doğum sonrası adet görmeye henüz başlamamıştır ve doğum kontrol yöntemi kullanan katılımcı sayısı 95(%31,4)'dir. Doğum kontrol yöntemleri içinde en çok kullanılanlar prezervatif (%52,3), tüp ligasyonu (%18,2) ve enjeksiyon (%11,4)'dur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Gebelik Ve Son Doğumuna Ait Özellikler

n=303		n	%
Planlı gebelik	Evet	241	79,5
	Hayır	62	20,5
İstenen gebelik	Evet	275	90,8
	Hayır	28	9,2
IVF kullanımı	Evet	15	5,0
	Hayır	288	95,0
Gebelikte sağlık problemi yaşama	Evet	74	24,4
	Hayır	229	75,6
Gebelikte sigara kullanımı	Evet	28	9,2
	Hayır	275	90,8
Adet görmeye başlama	Evet	127	41,9
	Hayır	176	58,1
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu	Evet	95	31,4
	Hayır	208	68,6
Doğum yeri	Devlet hastanesi	15	5,0
	Üniversite hastanesi- EAH	69	22,8
	Özel hastane	219	72,3
Doğum yöntemi	Normal doğum	91	30,0
	Sezaryen doğum	212	70,0
Normal doğum yapanlarda forseps/vakum kullanımı (n=91)	Evet	6	6,6
	Hayır	85	93,4
Gebelik tipi	Tekil	296	97,7
	Çoğul	7	2,3
Gebelikte stresli olay yaşama	Evet	48	15,8
	Hayır	255	84,2
		Ortanca	25.-75. yüzdeler
Gebelikte bakım sayısı		12	12-12
Gebelikte alınan kilo (kg)		13	10-16

Katılımcıların %31'i 2 aylık, %20,5'i 6 aylık bebek anneleridir. Kız ve erkek bebek anneleri benzer orandadır. Altmış (%19,8) katılımcının bebeği prematüre olarak 20 (%6,6) katılımcının bebeği ise düşük doğum ağırlıklı olarak doğmuştur ve %16,2'sinde doğum sonrası yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. Katılımcıların 9 (%3)'unun bebeğinde doğuştan kalıtsal bir hastalık vardır. Bunların 3 tanesi renal anomali, diğerleri Fenilketonüri, doğumsal kalça çıkıklığı, periventriküler lökomalazi ve işitme kaybıdır. Annelerin %93,7'si bebeğini emzirmekte ve %68,6'sı sadece anne sütü ile bebeğini beslemektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Bebeklerine Ait Yenidoğan Özellikleri

n=303		n	%
Bebek yaş (ay)	0	36	11,9
	1	39	12,9
	2	94	31,0
	3	16	5,3
	4	48	15,8
	5	8	2,6
	6	62	20,5
Bebegin cinsiyeti	Kız	149	49,2
	Erkek	154	50,8
Bebekte prematürite	Yok	243	80,2
	Var	60	19,8
Bebekte düşük doğum ağırlığı	Yok	283	93,4
	Var	20	6,6
Bebegin doğumda yoğun bakım ihtiyacı	Evet	49	16,2
	Hayır	254	83,8
Bebekte kalıtsal hastalık varlığı	Evet	9	3,0
	Hayır	294	97,0
Bebek besleme biçimi	Emzirme	208	68,6
	Formül mama	14	4,6
	Emzirme ve formül mama	50	16,5
	Emzirme ve diğer	26	8,6
	Emzirme dışında diğer	5	1,7

4.4. Psikolojik Özellikler

Katılımcıların 38'inde (%12,5) daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Bunların 32'si (%84) depresyon tanısı iken 4'ü panik bozukluk, 1'i vajinismus ve 1'i kaygı bozukluğudur. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü katılımcıların %16,8'inde bulunmaktadır. Yirmi üç (%7,6) katılımcı son 6 ay içinde 1. derece yakınıni kaybetmiştir. Bunlardan biri 6 günlük bebeğini yeni kaybeden bir anne iken, 3 katılımcı babasını 1 katılımcı annesini kaybetmiştir. Birden fazla yaşayan çocuğu olan 159 annenin %26,4'ü daha önceki lohusalık dönemlerinde depresif şikayetler yaşamış ancak bunlardan sadece %12'si bu konuda tanı ve tedavi desteği almıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Psikolojik Özellikleri

n=303		n	%
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	38	12,5
	Hayır	265	87,5
Geçmişte antidepresan kullanımı	Evet	35	11,6
	Hayır	268	88,4
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	51	16,8
	Hayır	252	83,2
Son 6 ayda 1.derece yakın kaybı	Evet	23	7,6
	Hayır	280	92,4
Eski PPD varlığı (n=159)	Evet yaşadım tanı tedavi aldım	5	3,1
	Evet yaşadım tanı almadım	37	23,3
	Hayır yaşamadım	117	73,6

4.5. Sosyokültürel Özellikler

Katılımcıların evlilik yaş ortanca değeri 24 (21-27)'dür. On yedi (%5,6) katılımcı 2 evlilik yapmıştır. Çalışmaya katılanların %83,5'i eşi ile anlaşarak evlenmiştir ve akraba evliliği sıklığı %15,8'dir. Evlilik süresi ortanca değeri 5 yıl (2-9)'dir. Kadınların %93,7'si eşleri ile iletişimlerinin iyi olduğunu söylerken, bu oran eş ailesi

ile %88,4 ve kendi aileleri ile %96,1'dir. Doksan bir (%30) katılımcı doğum sonrası bakımla ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alınan kurumlar hastane, ASM'ler, sigorta şirketleri, belediyeler ve özel kurs merkezleridir. Eğitim veren kişiler ise hemşire, hekim ve çocuk gelişim uzmanı olarak ifade edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyokültürel Özellikleri

n=303		n	%
Evlilik sayısı	1	286	94,4
	2	17	5,6
Evlenme biçimi	Anlaşarak	253	83,5
	Görücü usulü	50	16,5
Eş ile akrabalık durumu	Evet	48	15,8
	Hayır	255	84,2
Eş ile iletişim	İyi	284	93,7
	Orta	18	5,9
	Kötü	1	0,3
Eşin ailesi ile iletişim	İyi	268	88,4
	Orta	29	9,6
	Kötü	6	2,0
Kendi ailesi ile iletişim	İyi	291	96,1
	Orta	11	3,6
	Kötü	1	0,3
Evlilikten memnuniyet	iyi	288	95,1
	Orta	15	5,0
	Kötü	0	0
Doğum sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu	Evet	91	30,0
	Hayır	212	70,0
		Ortanca	25.-75. yüzdeler
İlk evlilik yaşı		24	21-27
Evlilik süresi (yıl)		5	2-9

4.6. EPDS, DSDÖ ve ELSKAEDÖ Ölçek Skorları

Katılımcıların EPDS ölçek toplam puanları 13 kesim noktasına göre gruplandığında PPD sıklığı %9,9 olarak bulunurken, kesim noktası 12 olarak alındığında bu sıklık %14,9 olarak bulunmuştur (Tablo 9). ‘Anelik hüznü’nün dahil olduğu tabloyu görebilmek için kesim noktasını 10 aldığımızda ise, katılımcıların %26,4’ünün 10 ve üzerinde puan aldığı görülmüştür.

Tablo 9. Katılımcıların EPDS Farklı Kesim Noktalarına Göre PPD Sıklığı

n=303		n	%
EPDS'ye göre PPD varlığı (kesim noktası 13)	13 puanın altı	273	90,1
	13 puan ve üzeri	30	9,9
EPDS'ye göre PPD varlığı (kesim noktası 12)	12 puanın altı	258	85,1
	12 puan ve üzeri	45	14,9

EPDS ölçeğinden alınan katılımcı puanları ortanca değeri 6 (3-10)’dır. DSDÖ ihtiyacın önemi puan toplamı ortanca değeri 169 (138-201), DSDÖ alınan destek puan toplamı ortalama değeri 141,74(±49,74), DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek puan farkı ortanca değer 17 (0-39) ve ELSKAEDÖ puan toplamı ortanca değeri 70 (60-77)’dir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların EPDS, DSDÖ ve ELSKAEDÖ Puanları

n=303	Ortanca	25.-75.yüzdellik
EPDS puan toplamı	6	3-10
DSDÖ ihtiyacın önemi puan toplamı	169	138-201
DSDÖ ihtiyacın önemi ve alınan destek puanları arasındaki fark	17	0-39
ELSKAEDÖ puan toplamı	70	60-77
	Ortalama	standart sapma
DSDÖ alınan destek puan toplamı	141,74	49,74

Katılımcıların son 7 gündeki intihar düşüncesini sorgulayan EPDS 10. Sorusuna verilen cevaplara bakıldığında 6 (%2) katılımcının ‘bazen’ cevabını verdiği görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların EPDS 10. Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

		n	%
İntihar düşüncesi	Asla	282	93,1
	Hemen hemen hiç	15	5,0
	Bazen	6	2,0
	Evet oldukça sık	0	0,0
	Toplam	303	100

4.7. Postpartum Depresyonla Risk Faktörlerinin Karşılaştırması

Katılımcıların yaşları ile PPD varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. PPD tarama pozitif grupta yaş ortanca değeri 31 (28-35) iken, PPD tarama negatif grupta bu değer 31 (27-35) olarak bulunmuştur. Ayrıca yaş ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon da bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu 'yüksekokul ve üzeri' olan grupta PPD sıklığı %6,3 iken 'lise ve altı' olan grupta %13,1 olarak bulunmuştur ($p=0,047$).

Katılımcıların meslekleri ev hanımı, sağlık çalışanı ve diğer olarak gruplandırıldığında PPD varlığı açısından aralarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarında PPD sıklığı %4,5, diğer meslek gruplarında %8,9 ve ev hanımlarında %11,5 olarak bulunmuştur. Meslek durumu sağlık çalışanı olan ve olmayan diye gruplandırma yapıldığında da anlamlı fark görülmemiştir. Aktif olarak çalışan katılımcılarda PPD sıklığı %21,7 olarak bulunurken, çalışmayanlarda bu değer %8,9 olmuştur ($p=0,06$). Eş eğitim durumu ve eş çalışma durumu ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

PPD tarama pozitif grupta aylık gelir ortanca değeri 2750 TL (2000-4000) olarak bulunurken, PPD tarama negatif grupta ortanca değeri 3700 TL (2500-6000) olarak bulunmuştur ($p=0,004$). Ayrıca kişi başına düşen gelir miktarı da PPD varlığı ile anlamlı ilişki göstermektedir ($p=0,007$). Ev sahibi olma ve araba sahibi olma durumu ile PPD varlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Evde yaşayan kişi sayısı ile PPD varlığı arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir. PPD tarama negatif ve pozitif olan gruplarda evde yaşayan kişi sayısı ortanca değeri sırasıyla 4 (3-5) ve 4(3-5) olarak bulunmuştur ($p=0,37$).

Evde anne, baba ve çocuklar dışında sürekli kalan birinin varlığı PPD varlığı üzerinde anlamlı etki göstermemiştir. Evde sürekli kalan biri olan ve olmayan gruplarda PPD sıklığı sırası ile %8,2 ve %10,2 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu	Yüksekokul ve üzeri	134	93,7	9	6,3	143	100	0,047
	Lise ve altı	139	86,9	21	13,1	160	100	
Meslek	Ev hanımı	139	88,5	18	11,5	157	100	0,53
	Sağlık çalışanı	21	95,5	1	4,5	22	100	
	Diğer	113	91,1	11	8,9	124	100	
Çalışma durumu ^e	Çalışmıyor	255	91,1	25	8,9	280	100	0,06 ^b
	Çalışıyor	18	78,3	5	21,7	23	100	
Eş eğitim durumu	Yüksekokul ve üzeri	131	93,6	9	6,4	140	100	0,11
	Lise ve altı	159	88,3	21	11,7	180	100	
Eş çalışma durumu	Hayır	9	100,0	0	0,0	9	100	0,60 ^b
	Evet	264	89,8	30	10,2	294	100	
Ev sahibi olma	Evet	120	90,9	12	9,1	132	100	0,68
	Hayır	153	89,5	18	10,5	171	100	
Araba sahibi olma	Evet	155	92,8	12	7,2	167	100	0,08
	Hayır	118	86,8	18	13,2	136	100	
Evde anne baba ve çocuklar dışında sürekli kalan kişi varlığı	Evet	45	91,8	4	8,2	49	100	0,80 ^b
	Hayır	228	89,8	26	10,2	254	100	
		ortanca	25.- 75.yüzdelik	ortanca	25.- 75.yüzdelik			
Yaş		31	28-35	31	27-35			0,45 ^c
Toplam gelir (TL) ^d		3700	2500-6000	2750	2000-4000			0,004^c
Kişi başına düşen gelir (TL) ^d		1000	625-1667	666	417-1250			0,007^c

^aPearson Ki-kare Testi, ^bFisher's Exact Testi, ^cMann Whitney U Testi

^dKişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir.

^eÇalışma durumu 'çalışıyor'(aktif olarak çalışıyor) ve 'çalışmıyor' (hiç çalışmamış, ücretli/ücretsiz izinde) olarak gruplanmıştır.

Özel sağlık sigortası bulunan ve bulunmayan gruplarda PPD sıklığı sırası ile %4,4 ve %11,5 olarak bulunmuştur ve aralarında PPD sıklığı açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanımı, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite düzeyi PPD varlığı ile ilişkili bulunmamıştır. Sigara kullanan grupta %17,8 olan PPD sıklığı kullanmayan grupta %8,5'dir. Fiziksel olarak inaktif grupta PPD sıklığı %9,3 iken aktif grupta %18,2 olarak bulunmuştur.

Kronik bir hastalığı olduğunu belirten katılımcıların %14,8'inin PPD taraması pozitifken, hastalığı olmayanlarda bu oran %8,8'dir. Sürekli ilaç kullanma durumu da benzer sonuçlar verirken her iki değişken için de PPD varlığı ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. VKİ (Vücut kütle indeksi)'ye göre zayıf-normal, kilolu-obeze olarak yapılan gruplandırmada da PPD pozitifliği açısından anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 13).

EPDS puanlarının kesme noktası 13 alınarak PPD var/yok kategorik değerlendirmesinde PPD ile arasında anlamlı ilişki çıkmayan değişkenler ayrıca EPDS toplam puanı ile de analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ve sigara kullananların kullanmayanlara göre EPDS toplam puan ortanca değerleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 13. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Sosyal Güvence	Özel sigorta yok	208	88,5	27	11,5	235	100	0,085
	Özel sigorta var	65	95,6	3	4,4	68	100	
Kronik hastalık varlığı	Evet	46	85,2	8	14,8	54	100	0,18
	Hayır	227	91,2	22	8,8	249	100	
Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Evet	36	90,0	4	10,0	40	100	1,00 ^b
	Hayır	237	90,1	26	9,9	263	100	
Sigara kullanımı	Sigara kullanıyor	37	82,2	8	17,8	45	100	0,10 ^b
	Sigara kullanmıyor	236	91,5	22	8,5	258	100	
Alkol kullanımı	Evet	11	100,0	0	0,0	11	100	0,61 ^b
	Hayır	262	89,7	30	10,3	292	100	
Fiziksel Aktivite	İnaktif	255	90,7	26	9,3	281	100	0,25 ^b
	Aktif	18	81,8	4	18,2	22	100	
BKİ	Zayıf-normal	122	90,4	13	9,6	135	100	0,89
	Kilolu-obez	151	89,9	17	10,1	168	100	
		ortanca	25.-75. yüzdeler	ortanca	25.-75. yüzdeler			
Boy (cm) ^c		163	160-167	163	159-167			0,70 ^d
Kilo (kg) ^c		68	60-76	69	60-74			0,87 ^d
^a Pearson Ki-kare Testi, ^b Fisher's Exact Testi ^c Kişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir. ^d Mann Whitney U Testi								

Tablo 14. Katılımcıların Bazı Genel Sağlık Özellikleri ile EPDS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

n=303		EPDS puan toplamı		p değeri ^a
		Ortanca	25.-75. yüzdilik	
Kronik hastalık varlığı	Evet	9	4-12	0,001
	Hayır	5	3-9	
Sigara kullanımı	Sigara kullanıyor	8	5-11	0,004
	Sigara kullanmıyor	5	3-9	

^a Mann Whitney U Testi

Gebelik kaybı yaşama ve yaşayan çocuk sayısı ile PPD gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hayatı boyunca en az bir defa gebelik kaybı yaşayan kadınların %12,4'ünde, yaşamayanların ise %7,9'unda PPD gelişmiştir. İlk defa anne olan kadınlarda %10,8, 2 çocuğu olanlarda %4,9, 3 veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda %16,4 oranında PPD geliştiği görülmüştür (p=0,051). PPD tarama negatif ve pozitif grupta ilk gebelik yaşları sırası ile 27 (23-30), 25 (21-27) idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Üreme Sağlığı Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Çocuk sayısı	1	124	89,2	15	10,8	139	100	0,051
	2	98	95,1	5	4,9	103	100	
	3 ≤	51	83,6	10	16,4	61	100	
Gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)	Yok	198	92,1	17	7,9	215	100	0,07
	Var	75	85,2	13	14,8	88	100	
		Ortanca	25.-75. yüzdeler	Ortanca	25.-75. yüzdeler			
İlk gebelik yaşı		27	23-30	25	21-27			0,023^b
^a Pearson Ki-kare Testi, ^b Mann Whitney U Testi								

Katılımcıların gebeliklerinin planlı ve istenen bir gebelik olması, gebelik süresince bir sağlık problemi yaşama, gebelik süresince stresli bir olay yaşama, gebelik süresince sigara kullanma ve doğum sonrası adet görmeye başlama PPD gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Gebeliği planlı olan katılımcıların %7,5'inde planlı olmayanların ise %19,4'ünde PPD taraması pozitif bulunmuştur. Gebeliğin istenen bir gebelik olup olmaması da benzer sonuçlar vermiştir. Gebeliğinde herhangi bir sağlık problemi yaşayanlarda (%16,2) yaşamayanlara göre (%7,9) PPD sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Gebeliğinde sigara kullanan katılımcılarda PPD sıklığı %25, kullanmayanlarda %8,4 olarak bulunmuştur. Doğum sonrası adet görmeye başlayanların %14,2'sinde henüz başlamayanların ise %6,8'inde EPDS puanı 13 ve üzerindedir. Gebeliğinde hayatını etkileyecek stresli bir olay yaşayan annelerde PPD sıklığı (%22,9), yaşamayan annelere göre (%7,5) daha yüksek bulunmuştur. Gebeliğin oluşumunda IVF kullanımı, gebelik süresince alınan kilo, doğum kontrol yöntemi kullanma durumu, doğum yapılan yer, doğum yöntemi, forseps/vakum kullanımı ve gebelik tipi ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Doğumunu özel hastanede gerçekleştirmiş katılımcıların %9,1'inde, devlet hastanesi/üniversite hastanesi/EAH'de gerçekleştirmiş olanların ise %11,9'unda PPD puanı yüksek bulunmuştur. IVF ile gebe kalmış katılımcıların %6,7'sinde PPD gelişirken, IVF kullanılmamış gebeliklerde bu sıklık %10,1 olarak bulunmuştur. Normal ve sezaryen doğum yapan katılımcılarda sırası ile depresyon sıklıkları %6,6 ve %11,3 olarak bulunmuştur. Çoğul gebelik yaşayanlarda PPD görülmesi (%28,6), tekil gebeliklere göre (%9,5) daha sıktır. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 16).

Gebeliğin planlı olması ile PPD arasındaki ilişki çocuk sayısına göre tabakalı olarak değerlendirildiğinde, çocuk sayısı '2 ve altı' olan grupta gebeliğin planlı olması PPD gelişimiyle ilişkili bulunmazken, '3 ve üzeri' olan grupta PPD ile anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 16. Katılımcıların Gebelik ve Son Doğumla İlgili Özellikleri İle PPD Sıklığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Planlı gebelik	Evet	223	92,5	18	7,5	241	100	0,005
	Hayır	50	80,6	12	19,4	62	100	
İstenen gebelik	Evet	252	91,6	23	8,4	275	100	0,012^b
	Hayır	21	75,0	7	25,0	28	100	
IVF kullanımı	Evet	14	93,3	1	6,7	15	100	1,00 ^b
	Hayır	259	89,9	29	10,1	288	100	
Gebelikte sağlık problemi	Evet	62	83,8	12	16,2	74	100	0,036
	Hayır	211	92,1	18	7,9	229	100	
Gebelikte sigara kullanımı	Evet	21	75,0	7	25,0	28	100	0,012^b
	Hayır	252	91,6	23	8,4	275	100	
Adet görmeye başlama	Evet	109	85,8	18	14,2	127	100	0,034
	Hayır	164	93,2	12	6,8	176	100	
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu	Evet	86	90,5	9	9,5	95	100	0,87
	Hayır	187	89,9	21	10,1	208	100	
Doğum yeri	Devlet h/üni h/EAH	74	88,1	10	11,9	84	100	0,47
	Özel hastane	199	90,9	20	9,1	219	100	
Doğum yöntemi	NSD	85	93,4	6	6,6	91	100	0,21
	CS	188	88,7	24	11,3	212	100	
Gebelik tipi	Tekil	268	90,5	28	9,5	296	100	0,15 ^b
	Çoğul	5	71,4	2	28,6	7	100	
Gebelikte stresli olay yaşama	Evet	37	77,1	11	22,9	48	100	0,003^b
	Hayır	236	92,5	19	7,5	255	100	
		Ortanca	25.-75. yüzdelerik	Ortanca	25.-75. yüzdelerik			
Gebelikte alınan kilo		13	10-17	14	10-15			0,68 ^c

^aPearson Ki-kare Testi, ^bFisher's Exact Testi, ^cMann Whitney U Testi

Tablo 17. Katılımcıların Gebeliklerinin Planlı Olması ile PPD Arasındaki İlişkinin Çocuk Sayısına Göre Tabakalı Olarak Değerlendirilmesi

n=303				EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
				13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
				n	%	n	%	n	%	
Çocuk sayısı	2 ve altı	Planlı gebelik	Evet	192	91,9	17	8,1	209	100	0,74
			Hayır	30	90,9	3	9,1	33	100	
	3 ve üzeri	Planlı gebelik	Evet	31	96,9	1	3,1	32	100	0,004
			Hayır	20	69,0	9	31,0	29	100	

^aFisher's Exact Testi

Bebeğin düşük doğum ağırlığı (DDA) ile doğmuş olması (2500 gr >) PPD açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde riskli bulunmuştur. Düşük doğum ağırlığı olan grupta PPD sıklığı %25 iken, olmayan grupta %8,8 olarak bulunmuştur. Bebeğin yaşı, cinsiyeti, bebekte prematürite varlığı (38 hafta>), doğumda yoğun bakım ihtiyacı, bebekte doğumsal hastalık varlığı ve bebek beslenme biçimi ile PPD varlığı arasında ilişki bulunmamıştır. Bebek yaşı 2 ay ve altında olanlarda PPD sıklığı %7,7, 3 ay ve üzerinde olanlarda %12,7 olarak bulunmuştur. Bebeği prematüre olarak doğan annelerde miadında doğanlara göre, bebeğini sadece anne sütü ile beslemeyenlerde sadece anne sütü ile besleyenlere göre ve doğumda bebekte yoğun bakım ihtiyacı olanlarda olmayanlara göre PPD sıklığı daha yüksek bulunmuştur fakat bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildir ($p>0,05$) (Tablo 18).

EPDS puanlarının kesme noktası 13 alınarak PPD var/yok kategorik değerlendirmesinde PPD ile arasında anlamlı ilişki çıkmayan değişkenler ayrıca EPDS toplam puanı ile de analiz edilmiştir. Bu analizler sonucuna göre, bebek yaşı ve annenin bebeği sadece anne sütü ile besleme durumu EPDS toplam puanı ile ilişkili bulunan bebekle ilgili değişkenler olmuştur. 2 ay ve altındaki bebeği olan annelerde ve bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerde EPDS ortanca puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 18. Katılımcıların Bebeklerine Ait Özellikler ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Bebek cinsiyet	Kız	133	89,3	16	10,7	149	100	0,63
	Erkek	140	90,9	14	9,1	154	100	
Bebek yaşı	2 ay ve altı	156	92,3	13	7,7	169	100	0,15
	3 ay ve üzeri	117	87,3	17	12,7	134	100	
Bebekte prematürite	Yok	222	91,4	21	8,6	243	100	0,14
	Var	51	85,0	9	15,0	60	100	
Bebekte düşük doğum ağırlığı	Yok	258	91,2	25	8,8	283	100	0,04^b
	Var	15	75,0	5	25,0	20	100	
Doğumda yoğun bakım ihtiyacı	Evet	42	85,7	7	14,3	49	100	0,30 ^b
	Hayır	231	90,9	23	9,1	254	100	
Bebekte kalıtsal hastalık varlığı	Evet	8	88,9	1	11,1	9	100	1,0 ^b
	Hayır	265	90,1	29	9,9	294	100	
Bebek beslenme	Sadece anne sütü	192	92,3	16	7,7	208	100	0,1
	Anne sütü ve diğer	66	86,8	10	13,2	76	100	
	Anne sütü olmadan diğer	15	78,9	4	21,1	19	100	
Bebek beslenme 2	Sadece anne sütü	192	92,3	16	7,7	208	100	0,06
	Sadece anne sütü ve/veya diğer	81	85,3	14	14,7	95	100	

^aPearson Ki-kare Testi, ^bFisher's Exact Testi

Tablo 19. Katılımcıların Bebeklerine Ait Bazı Özellikler ile EPDS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

n=303		EPDS puan toplamı		p değeri ^a
		Ortanca	25. -75. yüzdeler	
Bebek yaş (ay)	2 ay ve altı	5	2-9	0,024
	3 ay ve üzeri	6	3-10	
Sadece anne sütü alma	Evet	5	3-9	0,049
	Hayır	6	3-10	

^aMann Whitney U Testi

Katılımcıların psikolojik özellikleri arasında daha önce psikiyatrik hastalık tanısı alma ve son 6 ay içerisinde 1. derece yakınıni kaybetmiş olma PPD varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almış katılımcılarda PPD sıklığı %21,1 olarak bulunurken, tanı almayanlarda bu sıklık değeri %8,3'tür. Son 6 ay içerisinde 1. derece yakınıni kaybedenlerde PPD sıklığı %26,1 bulunurken, kayıp yaşamayanlarda bu sıklık %8,6'dır. Daha önce antidepresan kullanma, ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve daha önceki lohusalık dönemlerinde PPD yaşamış olma ile PPD varlığı ve EPDS puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Psikolojik Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	30	78,9	8	21,1	38	100	0,036^b
	Hayır	243	91,7	22	8,3	265	100	
Geçmişte antidepresan kullanımı	Evet	28	80,0	7	20,0	35	100	0,063 ^b
	Hayır	245	91,4	23	8,6	268	100	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	43	84,3	8	15,7	51	100	0,13
	Hayır	230	91,3	22	8,7	252	100	
Son 6 ayda 1. derece yakın kaybetme durumu	Evet	17	73,9	6	26,1	23	100	0,017^b
	Hayır	256	91,4	24	8,6	280	100	
Önceki lohusalıklarda PPD öyküsü (n=159) ^c	Evet	35	83,3	7	16,7	42	100	0,07 ^b
	Hayır	109	93,2	8	6,8	117	100	

^aPearson Ki-kare Testi, ^bFisher's Exact Testi
^cBirden fazla çocuk sahibi olan kadınlara sorulmuştur

İlk evlilik yaşı, eş ile iletişim, eşin ailesi ile iletişim, kendi ailesi ile iletişim ve evlilikten memnuniyet durumu PPD ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. PPD taraması pozitif bulunan annelerde ilk evlilik yaşı ortanca değeri 22 (19-25) iken tarama negatif olanlarda ortanca değer 24 (21-27) olarak bulunmuştur. Eşi ile iletişimini 'orta-kötü' olarak tanımlayanlarda PPD sıklığı %16,7 iken 'iyi-çok iyi' olarak tanımlayanlarda %5,5 olarak bulunmuştur. Eşin ailesi ile iletişimini 'orta-kötü' olarak tanımlayanlarda PPD sıklığı %12,8 iken 'iyi-çok iyi' olarak tanımlayanlarda %5,2 olarak bulunmuştur. Kendi ailesi ile iletişimini 'orta-kötü' olarak tanımlayanlarda PPD sıklığı %14 iken 'iyi-çok iyi' olarak tanımlayanlarda %6,9 olarak bulunmuştur. Evlilikten memnuniyetini 'orta-kötü' olarak tanımlayanlarda PPD sıklığı %13,6 iken 'iyi-çok iyi' olarak tanımlayanlarda %6,7 olarak bulunmuştur. Evlilik sayısı, evlenme biçimi, evlilik süresi, eş ile akrabalık durumu ve doğum sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Sosyokültürel Özellikleri ile PPD Varlığının Karşılaştırılması

n=303		EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)						p değeri ^a
		13 puanın altı		13 puan ve üzeri		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Evlilik sayısı	1	259	90,6	27	9,4	286	100	0,23
	2	14	82,4	3	17,6	17	100	
Evllenme biçimi	Anlaşarak	229	90,5	24	9,5	253	100	0,60 ^b
	Görücü usulü	44	88,0	6	12,0	50	100	
Eş ile akrabalık durumu	Evet	45	93,8	3	6,3	48	100	0,44 ^b
	Hayır	228	89,4	27	10,6	255	100	
Eş ile iletişim	Çok iyi-iyi	173	94,5	10	5,5	183	100	0,001
	Orta-kötü	100	83,3	20	16,7	120	100	
Eşin ailesi ile iletişim	Çok iyi-iyi	110	94,8	6	5,2	116	100	0,03
	Orta-kötü	163	87,2	24	12,8	187	100	
Kendi ailesi ile iletişim	Çok iyi-iyi	162	93,1	12	6,9	174	100	0,04
	Orta-kötü	111	86,0	18	14,0	129	100	
Evlilikten memnuniyet	Çok iyi-iyi	152	93,3	11	6,7	163	100	0,047
	Orta-kötü	121	86,4	19	13,6	140	100	
Doğum sonrası bakımla ilgili eğitim alma durumu	Evet	82	90,1	9	9,9	91	100	0,10 ^b
	Hayır	191	90,1	21	9,9	212	100	
		Ortanca	25.-75. yüzdeler	Ortanca	25.-75. yüzdeler			
İlk evlilik yaşı		24	21-27	22	19-25			0,03^c
Evlilik süresi		5	2-9	5	3-11			0,81 ^c
^a Pearson Ki-kare Testi, ^b Fisher's Exact Testi, ^c Mann Whitney U Testi								

Katılımcıların sosyal destek ve eş destek puanları PPD varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DSDÖ ihtiyacın önemi toplam puanları PPD tarama negatif ve pozitif grupta benzerlik göstermektedir ($p>0,05$). DSDÖ alınan destek puanı ortalama değeri PPD tarama negatif grupta 146 (± 49) iken, PPD pozitif grupta 106 (± 46) olarak bulunmuştur. Ayrıca DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanı ortanca değerleri PPD negatif grupta 15 (0-37) iken PPD pozitif grupta 45 (25-102)'dir. ELSKAEDÖ puanlarının ortanca değerleri de PPD tarama negatif ve pozitif gruplarda sırası ile 70 (61-77) ve 60 (49-66)'dir (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların DSDÖ Puanları ve ELSKAEDÖ Puanlarının PPD Varlığı ile Karşılaştırılması

n=303	EPDS'ye göre depresyon varlığı (kesim noktası 13)				p değeri ^a
	13 puanın altı		13 puan ve üzeri		
	Ortanca	25.-75. yüzdellik	Ortanca	25.-75. yüzdellik	
DSDÖ ihtiyacın önemi puan toplamı	169	137-201	167	154-197	0,770
DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanı (ihtiyacın önemi-alınan destek)	15	0-37	45	25-102	0,001>
ELSKAEDÖ puan toplamı	70	61-77	60	49-66	0,001>
	Ortalama	standart sapma	Ortalama	Standart sapma	
DSDÖ alınan destek puan toplamı	146	49	106	46	0,001>^b
^a Mann Whitney U Testi, ^b Student T testi					

PPD ile ilişkili olabilecek faktörlerin binary lojistik regresyon modeli ile değerlendirilmesinde iki basamaklı bir yaklaşım uygulanmıştır. İlk basamakta 'üreme sağlığı ve temel sosyodemografik özellikler' birinci modele koyularak, ikinci basamakta 'psikososyokültürel ve temel sosyodemografik özellikler' ikinci modele koyularak analiz edilmiştir. Birinci ve ikinci modelde anlamlı çıkan değişkenler esas alınarak üçüncü bir model oluşturulmuştur. Son analiz sonuçlarına göre; kişi başına düşen gelirin artması PPD varlığını azaltmaktadır (OR (%95 GA)= 0,99 (0,99-1,00)). Aktif olarak bir işte çalışanların PPD riski çalışmayanların 5,9 ((%95 GA)=1,33-26,14) katıdır. Tek çocuk sahibi olma '2 çocuk sahibi olma'ya göre PPD riskini 10,4 ((%95 GA)=2,46-43,74) kat artırmakta iken '3 veya daha fazla çocuk sahibi olma' ile '2 çocuk sahibi olma' arasında PPD riski açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Son gebeliğin plansız olması (OR (%95 GA)= 2,85 (1,001-8,15)), bebekte DDA olması (OR (%95 GA)= 6,75 (1,69-27,05)) ve DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanının yüksek olması (OR (%95 GA)= 1,02 (1,01-1,03)) PPD riskini arttırmaktadır (Tablo 24).

Tablo 23. PPD İle İlişkili Olabilecek Faktörlerin İleri Analiz Yöntemi ile Değerlendirilmesi

n=303	OR (%95 GA)	p değeri ^a
Üreme Sağlığı ve Temel Sosyodemografik Özellikleri		
Yaş	1,07(0,96-1,20)	0,226
Eğitim durumu lise ve altı	0,80 (0,27-2,39)	0,693
Kişi başına düşen gelir ^b	0,99 (0,99-1,00)	0,018
Aktif çalışma ^c	5,20 (1,38-19,53)	0,015
İlk gebelik yaşı	0,93 (0,82-1,07)	0,327
Çocuk sayısı		0,027
1	6,44 (1,65-25,09)	0,007
2	1	
3 ≤	1,55 (0,32-7,62)	0,589
Plansız gebelik	2,53 (0,97-6,60)	0,057
Gebelikte stresli olay yaşama	3,65 (1,43-9,30)	0,007
3 ay ≤ bebek sahibi olma	0,91 (0,36- 2,30)	0,841
Bebekte DDA olması	3,43 (0,90-13,11)	0,071
SAS dışında bebek beslenmesi	1,33 (0,54-3,30)	0,537
Psikososyokültürel ve Temel Sosyodemografik Özellikler		
Yaş	1,01 (0,95-1,08)	0,648
Eğitim durumu lise ve altı	0,96 (0,29-3,15)	0,948
Kişi başına düşen gelir ^b	0,99 (0,99-1,00)	0,104
Aktif çalışma ^c	4,26 (1,11-16,36)	0,034
Pozitif psikiyatrik hastalık öyküsü	1,71 (0,57-5,09)	0,335
Son 6 ayda yakın kaybı	2,24 (0,60-8,29)	0,229
Eş ailesi ile orta-kötü iletişim	1,55 (0,46-5,21)	0,482
Kendi ailesi ile orta-kötü iletişim	1,01 (0,36-2,86)	0,980
DSDÖ alınan destek toplam puan	0,99 (0,98-1,00)	0,578
DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanı	1,017 (1,006-1,027)	0,003
ELSKAEDÖ puanı	0,98 (0,95-1,01)	0,262
^a Binary logistic regression testi (enter LR yöntemi) kullanılmıştır.		
^b Kişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir.		
^c Çalışma durumu ‘çalışıyor’(aktif olarak çalışıyor) ve ‘çalışmıyor’ (hiç çalışmamış, ücretli/ücretsiz izinde) olarak gruplanmıştır		

Tablo 24. PPD İle İlişkili Olabilecek Faktörlerin İleri Analiz Yöntemi ile Değerlendirilmesi-2

n=303	OR (%95 GA)	p değeri ^a
Yaş	1,04 (0,97-1,11)	0,240
Eğitim durumu lise ve altı	0,78 (0,22-2,74)	0,698
Kişi başına düşen gelir ^b	0,99 (0,99-1,00)	0,014
Aktif olarak çalışma ^c	5,90 (1,33-26,14)	0,019
Çocuk sayısı		0,005
1	10,37 (2,46-43,74)	0,001
2	1	
3 ≤	2,41 (0,54-10,69)	0,247
Plansız gebelik	2,85 (1,001-8,15)	0,050
Gebelikte stresli olay yaşama	2,53 (0,85-7,56)	0,097
Bebekte DDA olması	6,75 (1,69-27,06)	0,007
DSDÖ karşılanmamış sosyal destek puanı	1,02 (1,01-1,03)	0,000
ELSKAEDÖ puanı	0,98 (0,95-1,01)	0,166
^a Binary logistic regression testi (enter LR yöntemi) kullanılmıştır.		
^b Kişisel beyana dayalı olarak belirlenmiştir		
^c Çalışma durumu ‘çalışıyor’(aktif olarak çalışıyor) ve ‘çalışmıyor’ (hiç çalışmamış, ücretli/ücretsiz izinde) olarak gruplanmıştır		

5. TARTIŞMA

5.1. Postpartum Depresyon Sıklığı

Postpartum depresyon sıklığının belirlenmesi için yapılan çalışmalarda; araştırmanın yapıldığı popülasyonun özellikleri, araştırma metodolojisi, depresyonu ölçme metotları, değerlendirme yaptıkları postpartum periyottaki farklılıklar gibi sonuçları etkileyen birçok epidemiyolojik faktör bulunmaktadır.

O'hara ve arkadaşlarının 59 çalışmayı dahil ettikleri kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında (n=12810) ortalama sıklık %13 olarak bulunmuştur (2). Türkiye'de PPD sıklığını %5 ile %61,8 değerleri arasında bildiren çalışmalar mevcuttur. Farklı bölgelerde yapılan çalışmaların ele alındığı bir meta-analiz çalışmasında ortalama sıklık %23,8 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de de gelişmiş şehirlerdeki PPD sıklığı (%21,2), gelişmekte olan illere göre (%25) daha düşük bulunmuştur (7) . Bizim çalışmamızda EPDS ölçek toplam puanları 13 kesim noktasına göre gruplandığında PPD sıklığı %9,9 olarak bulunurken, kesim noktası 12 olarak alındığında bu sıklık %14,9 olarak bulunmuştur. Literatüre göre daha düşük çıkan sıklık değerinin sebebi çalışmanın hastane kliniklerinde değil de birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerde yapılmış olması, veri toplama döneminin mayıs-temmuz ayları arasında olması ve depresyonun mevsimsel farklılıklar gösterebilmesi, depresyon varlığında sağlık hizmeti alma davranışının (ASM'ye başvuru) azalması, çalışmaya 0-6 ay bebeği olan anneleri almış olmamız ve EPDS kesim noktasını 13 almış olmamız olabilir.

5.2. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Sağlık Özellikleri

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. 'Halen çalışıyor olma' sıklığı 15-49 yaş grubunda %31,1 olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların %74,3'ü, eşlerinin %70,6'sı 'lise ve üzerinde' eğitim düzeyine sahiptir. Bunun sebebi çalışmamızı İstanbul'un sosyoekonomik düzeyi görece yüksek bir ilçesinde yapmış olmamız olabilir. Ayrıca çalışmamızda kadınların çalışma durumu 'aktif çalışma-ücretli/ücretsiz izinde olma' olarak değerlendirildiğinde %33,7 oranındadır ve TNSA verileri ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 (TNSA) verilerine göre hanelerin %52'sinde üç kişi, % 24'ünde dört kişi yaşamakta ve dörtte birinde beş ve üzerinde hane halkı üyesi bulunmaktadır. Kentsel kesimde ortalama hane halkı büyüklüğü 3,6 kişidir. Bizim çalışmamızda da evde yaşayan kişi sayısı ortanca değeri 4(3-5)'dür ve TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir.

O'hara ve ark.'ın metaanaliz çalışmasında gelir durumu ve çalışma durumu PPD oluşumunu etkileyen sosyodemografik özellikler olarak bulunmuştur. Annenin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve çocuk sayısının PPD oluşumunda istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (2). Norhayati ve arkadaşlarının 2015 yılında içlerinde Türkiye'den çalışmaların da olduğu 203 çalışmanın dahil edildiği sistematik derleme çalışmasında gelişmekte olan ülkelerde genç yaşta olmanın risk olarak bulunduğu çalışmalar olmakla birlikte çoğu çalışmada yaşın PPD gelişiminde etkisi olmadığı görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde düşük SES ve bunun belirteçleri olan düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi ve çalışmama araştırmaların çoğunda PPD gelişimiyle ilişkili bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde bu değişkenlerin etkisi gelişmekte olan ülkelerdeki kadar güçlü değildir (61). Ülkemizde Özcan ve ark.'ın 2017 yılında 52 çalışmayı dahil ettiği bir metaanaliz çalışmasında PPD 34 çalışmanın 29'unda yaş ile anlamlı ilişki göstermezken, eğitim durumu ile 39 çalışmanın 12'sinde negatif ilişki, ekonomik seviye ile 26 çalışmanın 15'inde negatif ilişki, çalışma durumu ile 32 çalışmanın 12'sinde pozitif ilişki ve eş çalışma durumu ile 15 çalışmanın 7'sinde negatif ilişkili saptanmıştır. Aynı çalışmada ekonomik

seviye ve eş çalışma durumu PPD gelişimi ile ilişkili faktörler arasında öne çıkmıştır (7). Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; düşük gelir düzeyi (151-153), sosyal güvence olmaması (154) ve eş eğitim düzeyinin düşük olmasının (153, 154) PPD görülme durumunu artırdığı saptanmıştır. Ayrıca Özmen ve ark.’ın (2014) çalışmasında sigara kullanımının PPD riskini 2,35 kat artırdığı ve çocuk sayısı 1 olanlarda PPD sıklığının ‘2 veya daha fazla’ çocuğu olanların 1,38 katı olduğu bulunmuştur (155). Aydın ve ark.’ın çalışmasında medikal hastalık durumunun olması PPD ile ilişkili bulunmuştur (81).

Bizim çalışmamızda eğitim durumu ‘lise ve altı’ olan grupta PPD sıklığı (%13,1), ‘yüksekokul ve üzeri’ olan gruptan (%6,3) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aktif olarak çalışan katılımcılarda çalışmayanlara göre PPD riskinin 5,9 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmama durumu genel anlamda düşük SES belirteci olarak PPD için bir risk faktörü olarak kabul edilse de 0-6 ay bebeği olan annelerde aktif olarak bir işte çalışıyor olmak ciddi bir yoğunluk ve stres kaynağı olmaktadır ve PPD sıklığını arttırmaktadır. Eş eğitim durumu ve eş çalışma durumu ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmamızda çalışmayan eş oranının (%3) ve ‘ortaokul ve altı’ eğitim durumunun (%29,4) düşük olması anlamlı fark çıkmamasına sebep olmuş olabilir. Kişi başına düşen gelirin (KBDG) düşük olması birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da PPD varlığını artırmaktadır. Diğer sosyodemografik özelliklerin kontrol edildiği ileri analiz sonucunda KBDG’in artmasının PPD riskini düşürdüğü görülmüştür.

Özel sağlık sigortası bulunan ve bulunmayan gruplarda PPD sıklığı sırası ile %4,4 ve %11,5 olarak bulunmuştur fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamıza katılan kadınların sadece 2’si sosyal güvencesinin olmadığını belirttiği için sosyal güvence varlığının PPD üzerindeki ilişkisi değerlendirilememiştir. Çalışmamızda sigara kullananların kullanmayanlara göre, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre EPDS toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların %44’ünün hastalığı hipotiroididir. Hipotiroidi kendisi annede depresyon riskini artıran bir hastalık olmakla birlikte konjenital hipotiroidi açısından da risk oluşturduğu için PPD riskini artırmış olabilir.

5.3. Üreme Sağlığı, Son Doğum ve Yenidoğana Ait Özellikler

Yaşayan çocuk sayısı ve paritenin PPD üzerine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Palumbo ve ark.'ın (2017) çalışmalarında parite sayısının PPD ile ilişkili olmadığını gösterirken (156), Asya kültüründen gelen topluluklarda yapılan bir derleme çalışmasında Nepal gibi ekonomik sıkıntıların baş gösterdiği ülkelerde çok çocuk sahibi olmanın ekonomik ve psikolojik bir zorluk oluşturacağı için PPD varlığını artırdığı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada Birleşik Arap Emirlikleri gibi çok çocuk sahibi olmanın kadınlar için bir üstünlük sebebi olduğu ülkelerde ise sonuçlar aksi yönde çıkmıştır (157). Çalışmamızda tek değişkenli analizler sonucunda bir çocuk sahibi olma iki çocuk sahibi olmaya göre PPD riskinin anlamlı düzeyde etkilemezken, 3 veya daha fazla çocuk sahibi olmanın 2 çocuk sahibi olmaya göre PPD riskini 4,4 kat artırdığı bulunmuştur. Fakat çok değişkenli analizler ile çocuk sayısının PPD üzerine etkisi; eğitim durumu, çalışma durumu, KBDG, gebeliğin planlı olup olmaması gibi çocuk sayısı ile anlamlı olarak değişen özellikler açısından kontrol edilerek değerlendirildiğinde, PPD sıklığı bir çocuğu olan kadınlarda iki çocuğu olanlara göre yaklaşık 10 kat daha fazla bulunurken, üç veya daha fazla çocuk sahibi olmanın iki çocuk sahibi olmaya göre PPD riskinde anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Burdan hareketle çok çocuk sahibi olmanın aslında beraberinde getirdiği diğer dezavantajlı durumların etkisiyle PPD riskini artırdığı ve daha önce çocuk sahibi olmanın getirdiği tecrübenin annenin kendine olan güvenini artırarak depresyon riskini düşürdüğü yorumu yapılabilir.

Daha önce kürtaj yaptırmak PPD riskini arttıran bir diğer üreme sağlığı özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (157). Ayrıca ülkemizde 2017 yılında yapılmış bir derlemede 15 çalışmanın 6'sında düşük-ölü doğum öyküsünün olmasının PPD gelişimini arttırdığı bulunmuştur (7). Çalışmamızda hayatı boyunca en az bir defa gebelik kaybı (küretaj, düşük, ölü doğum) yaşayan kadınlarda (%12,4) yaşamayanlara (%7,9) göre PPD gelişme sıklığı daha fazla bulunmuştur fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızda gebelik kaybının ne zaman yaşandığı sorulmamıştır. Bu zamansal etki gebelik kaybı ve PPD arasında literatürde bulunan farkın çalışmamızda bulunamamasına sebep olmuş olabilir.

İstenmeyen veya planlanmayan gebelik durumu da PPD gelişimi için risk faktörlerindedir (65, 156). Arslantaş ve ark.'ın (2009) yaptığı bir çalışmada da gebeliğin istenen bir gebelik olmasının PPD sıklığını anlamlı olarak azalttığı görülmüştür (158). Çalışmamızda gebeliği planlı olan katılımcıların %7,5'inde planlı olmayanların ise %19,4'ünde PPD taraması pozitif bulunmuştur. Gebeliğin istenen bir gebelik olup olmaması da benzer sonuçlar vermiştir ve her iki sonuç da istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu ilişki yaşayan çocuk sayısına göre tabaklandırılarak değerlendirildiğinde çocuk sayısı '3 ve üzeri' olan grupta anlamlılık devam ederken '2 ve altı' olan grupta anlamlılık devam etmemiştir. Bu da PPD ile gebeliğin planlı olmasındaki ilişkinin aslında yaşayan çocuk sayısından etkilendiğini göstermektedir.

Kanada'da 6421 kişi ile yapılmış (2014) bir çalışmada gebelikte sağlık problemi yaşamamanın PPD riskini 1,45 kat artıran bir faktör olduğu gösterilmiştir (159). İnandı ve ark.'ın (2002) çalışmasında da gebelikte sağlık problemi yaşamak 1,67 kat daha fazla PPD oluşumuna sebep olmaktadır (63). Çalışmamızda da gebeliğinde herhangi bir sağlık problemi yaşayanlarda (%16,2) yaşamayanlara göre (%7,9) PPD sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Özcan ve ark.'ın derleme çalışmasında gebelikte stresli olay yaşamamanın PPD ile ilişkisinin değerlendirildiği 22 çalışmanın 11'inde pozitif ilişki saptanmıştır (7). Çalışmamızda da gebeliğinde hayatını etkileyecek stresli bir olay yaşayan annelerde (%22,9), yaşamayan annelere göre (%7,5) PPD sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gebelikte stresli olay yaşamak PPD riskini 3,6 kat arttırmaktadır.

Elektif veya acil sezaryen doğum ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren bulgular ile birlikte (75), daha büyük örneklemelerle çalışan ve ilişki olmadığını bildiren meta-analiz çalışmaları da mevcuttur (76). Acil sezaryen ile doğum yapanların elektif sezaryen yapanlara göre PPD gelişme riski 2 kat daha fazladır (157). Bazı kohort çalışmaları PPD'nin doğum yöntemi ile değil doğumda ve sonrasında yaşanan ağrının şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir (160, 161). Sünter ve ark.'ın (2006) çalışmalarında da normal doğumun sezaryen doğuma göre PPD riskini 2,2 kat artırdığı görülmüştür (154). Ülkemizde normal doğumun PPD'yi arttırdığını gösteren bir diğer çalışmayı Gümüş ve ark. yapmıştır ve normal doğum yapanlarda sezaryene göre EPDS puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu

bulmuştur (152). Çalışmamızda normal ve sezaryen doğum yapan katılımcılarda sırası ile depresyon sıklıkları %6,6 ve %11,3 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir fakat yüzdeler arasındaki farkın sebebi sezaryen doğumun majör bir operasyon olması ve taşıdığı riskler açısından anne üzerinde bir stres faktörü oluşturması olabilir.

Çalışmamızda adet görmeye başlama da PPD sıklığını artıran bir faktör olarak bulunmuştur. Bunun sebebi adet görmeye başlayan kadınların küçük bir bebeği varken tekrar gebe kalma riskinin başladığını kaygısından kaynaklanıyor olabilir. Ya da bebeğini sadece anne sütü ile beslemediği için adet görmeye başlamış olabilir.

Emzirmeme ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla birlikte [80, 81], ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (156). Bebeği sadece anne sütü (SAS) ile beslemeyen annelerde SAS ile besleyenlere göre PPD riski 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (162). Gümüş ve ark.'ın (2012) çalışmasında da emzirmeyen annelerde EPDS puan ortanca değerinin emziren annelere göre anlamlı olarak daha yüksek çıktığı görülmüştür (152). Bizim çalışmamızda ise emzirmeme durumu PPD üzerinde anlamlı bir etki oluşturmazken, bebeğini SAS ile beslemeyen grupta SAS ile besleyen gruba göre EPDS puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Bebeğin düşük doğum ağırlıklı (DDA) olmasının veya yenidoğan komplikasyonlarının oluşmasının da annede PPD gelişimini tetiklediği gösterilmiştir (79). Bizim çalışmamızda bebekte DDA olması PPD riskini 6,7 kat arttırmaktadır. Bebeğin prematüre olması ve doğumda yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının olması çalışmamızda PPD ile ilişkili bulunmamıştır. Bebeklerin prematüre doğmalarından ziyade kilosunun düşük olması anneler üzerinde stres faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bebeğin cinsiyetinin PPD gelişimi üzerindeki etkisi kültürle ilintili olarak değişkenlik göstermektedir. İsveç'te Sylven ve ark.'ın (2017) yapmış oldukları çalışmada bebek cinsiyeti PPD gelişimi ile ilişkili bulunmazken (162), Çin'de Deng ve ark.'ın (2013) çalışmasında kız bebeğe sahip olmanın PPD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (163). Prenatal cinsiyet tayininin Çin'de illegal olması bu toplumda bebek cinsiyetinin anne ve aile üzerinde oluşturacağı baskıyı göstermektedir.

Ülkemizde ise Özcan ve ark.'ın (2017) metaanaliz çalışmasında bebek cinsiyeti 12 çalışmada ilişkili bulunmazken, 2 çalışmada kız bebek, 1 çalışmada erkek bebek riskli olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızda bebek cinsiyeti ile PPD gelişimi arasında ilişki bulunmamıştır. Ülkemizin bazı bölgelerinde erkek çocuğa verilen değerin daha fazla olduğu ata-erkil toplum yapısı devam etmekle birlikte çalışmayı yürüttüğümüz ilin İstanbul gibi kozmopolit bir il olması bebek cinsiyeti ile PPD gelişimi arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasına sebep olmuş olabilir.

PPD sıklığı doğum sonrası ilk haftalarda daha fazla iken zaman içerisinde azalma göstermektedir (2, 7). Değerler postpartum ilk 4 hafta içinde %5,5 -%50,7 aralığında bildirilirken, postpartum 1 yıl için %6,0-%33,2 arasında bildirilmiştir (61). Çalışmamızda ise 2 ay ve altında bebeği olan annelerin EPDS puanları 3 ay ve üzerinde olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi '2 ay ve altı' grubundaki katılımcılar arasında 2 ayını doldurmuş bebeklerin görece fazla olması olabilir. Zira en riskli görülen dönem 4-6 hafta olduğu bilinmektedir.

5.4. Psikososyokültürel Özellikler, Sosyal Destek ve Eş Desteği

Psikiyatrik hastalık öyküsü birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede PPD gelişimi için risk faktörü olarak bulunmaktadır (61). Özcan ve ark.'ın derleme çalışmasında da psikiyatrik hastalık öyküsünün değerlendirildiği 33 çalışmanın 24'ünde pozitif ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada ailede psikiyatrik hastalık öyküsü 15 çalışmanın 7'sinde PPD ile pozitif ilişkili bulunmuştur (7). Ayrıca İnandı ve ark.'ın çalışmasında da PPD riski psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda 4,48 kat, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda 1,75 kat artmaktadır (63). Çalışmamızda daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almış katılımcılarda (%21,1) tanı almayanlara (%8,3) göre PPD sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

İnandı ve ark.'ın çalışması ilk evlilik yaşının '18'in altında' olmasının '21 ve üzerinde' olmasına göre PPD riskini 1,34 kat artırdığını göstermiştir (63). Bizim çalışmamızda PPD taraması pozitif bulunan annelerde ilk evlilik yaşı negatif olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde ilk evlilik yaşı kadınlar

için eğitim durumu, çalışma durumu gibi birçok temel özelliği etkilemektedir. PPD riskini artırması da bu dolaylı etkilere bağlanabilir.

Geleneksel bir toplum olan Çin’de Deng ve ark.’ın (2014) yaptıkları bir çalışmada kayınvalide ve görümce ile olan ilişkilerin kötü olmasının PPD riskini 2,34 kat artırdığı görülmüştür (163). Arslantaş ve ark.’ın (2009) çalışmasında eş ile ilişkilerin orta-kötü olması, kendi ailesi ile ilişkilerin orta-kötü olması ve arkadaş ilişkisi puanının düşük olmasının PPD gelişimini arttırdığı bulunmuştur (158). Ayrıca Gümüş ve ark. eş ile ilişkisi olumsuz olanların ve aile desteği almayanların EPDS puanlarını anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulmuşlardır (152). Çalışmamızda eşi ile iletişimini ‘orta-kötü’ olarak tanımlayanlarda (%16,7) ‘iyi-çok iyi’ olarak tanımlayanlara (%5,5) göre, Eşin ailesi ile iletişimini ‘orta-kötü’ olarak tanımlayanlarda (%12,8) ‘iyi-çok iyi’ olarak tanımlayanlara (%5,2) göre, kendi ailesi ile iletişimini ‘orta-kötü’ olarak tanımlayanlarda (%14) ‘iyi-çok iyi’ olarak tanımlayanlara (%6,9) göre ve evlilikten memnuniyetini ‘orta-kötü’ olarak tanımlayanlarda (%13,6) ‘iyi-çok iyi’ olarak tanımlayanlara (%6,7) göre PPD sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Kanada’da yapılmış bir çalışmada postpartum dönemde hiç sosyal destek olmamasının her zaman olmasına göre PPD riskini 5,10 kat artırdığı bulunmuştur (159). Katar’da Bener ve ark.’ın (2012) birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptıkları bir çalışmada ise aile desteğinin olmaması PPD riskini 1,6 kat arttırmaktadır (164). Aydın ve ark.’ın çalışmasında eş desteğinin olmamasının PPD riskini 1,9 kat artırdığı belirtilmiştir (81). Çalışmamıza katılan kadınlarda alınan sosyal destek ve eş destek puanlarının yüksek olması PPD varlığını azaltmakta, karşılanmamış sosyal destek puanlarının yüksek olması PPD varlığını arttırmaktadır. Sosyal destek, sorunların ve problemlerin paylaşılmasında ve çözümünde önemli bir faktördür. İnsanlar bir sorunla karşılaştıklarında öncelikli olarak profesyonel kişilerden ziyade kendilerine en yakın hissettikleri kişilerle iletişime geçerler ki, bunlar da çoğu zaman birinci derece akrabalar, eş ve eşin ailesidir. Bu destek kaynaklarının yokluğunun veya ilişkilerin kötü olmasının PPD riskini artırması beklenen bir sonuçtur. Bunun yanı sıra depresyon yaşayan kadınların aldıkları sosyal desteği depresyon durumunun kendilerinde oluşturduğu genel olumsuz bakış açısı ile

olduğundan az olarak bildirmeleri de bu ilişkinin bulunmasına sebep olmuş olabileceğinden ihtiyatla yorumlanmalıdır.

5.5. Çalışmanın Sınırlılık ve Güçlü Yanları

Ülkemizde postpartum depresyonun sosyal destek ve eş desteğiyle ilişkisini araştıran az sayıda çalışma bulunması ve çalışmamızın literatüre bu konuda ışık tutması araştırmamızın güçlü yanlarından. Toplumumuzda hassas gruplar arasında sayılan postpartum dönemdeki kadınlar için önemli bir ruh sağlığı problemi çeşitli yönleri ile ele alınmıştır. Çalışmamıza farklı SES gruplarından ASM'lerinin dahil edilmesi SES ile ilişkili gelir, eğitim durumu, çalışma durumu faktörlerin etkisinin daha net ortaya çıkmasını sağlamıştır. Çalışmamızda cevaplama oranı (%95) ve ulaşılması hedeflenen örneklem sayısına ulaşma oranı (%79) oldukça yüksektir.

Çalışma kesitsel olduğundan neden ve sonuç ilişkilerinde bias oluşmuş olabilir. Örneğin sigara kullanımı depresyonun nedeni değil sonucu olabilir. Çalışma verisinin sadece yaz aylarında toplanmış olması ve depresif kadınların bebekleri için sağlık hizmeti alma durumunun azaldığı düşünülürse çalışma verisinin ASM'lere başvurular sırasında toplanmış olması PPD sıklığını etkileyebileceği için çalışmamız için bir sınırlılık olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum dönemde kadınların PPD sıklığı ile ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda postpartum 0-6 ay dönemde her 10 anneden birinin PPD yaşadığı sonucuna varılmıştır. Yüksek eğitim seviyesi, toplam gelir ve KBDG PPD gelişimi konusunda koruyucu sosyodemografik faktörler olarak bulunmuştur. Aktif olarak çalışma, PPD sıklığını artıran bir durumdur. Kronik hastalık varlığı ve sigara kullanmanın katılımcıların EPDS puanlarını artırdığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınlarda İlk gebelik yaşının küçük olması, gebeliğin plansız olması, gebelikte sigara kullanımı, gebelikte sağlık problemi yaşama, gebelikte stresli bir olay yaşama, adet görmeye başlama, bebekte DDA olması PPD sıklığını artıran üreme sağlığı ve yenidoğanla ilgili faktörlerdir. Bebeği sadece anne sütü ile besleme de EPDS toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur.

Psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması, ilk evlilik yaşının küçük olması, eş ile orta-kötü iletişim, kendi ailesi ile orta-kötü iletişim, eşin ailesi ile orta-kötü iletişim ve evlilik ilişkisinin orta-kötü olması PPD sıklığını arttırmaktadır. PPD tarama pozitif katılımcılarda alınan sosyal destek ve eş desteği puanları düşük, karşılanmamış sosyal destek puanları ise yüksek bulunmuştur.

Çok değişkenli analizler sonucunda; KBDG'nin düşük olması ve karşılanmamış sosyal destek puanının yüksek olması PPD riskini arttırmaktadır. Ayrıca PPD; aktif olarak çalışanlarda çalışmayanlara göre 5,9 kat, çocuk sayısı bir olanlarda iki olanlara göre 10,4 kat, gebelikte stresli bir olay yaşayanlarda yaşamayanlara göre 3,6 kat, gebeliği planlı olmayanlarda olanlara göre 2,8 kat, bebeğinde DDA olanlarda olmayanlara göre 6,7 kat daha fazla görülmektedir.

Çalışmamızda PPD taraması pozitif bulunan 30 kişi ile yaklaşık 1 ay sonra telefon yolu ile tekrar görüşüldüğünde, 15'inin şikayetlerinin gerilediği ve kendini daha iyi hissettiği, 3'ünün şikayetlerinin devam ettiğini ancak maddi sebepler veya yoğunluktan dolayı psikiyatri ziyareti yapamadıkları, 3 kişinin psikoterapi tedavisine

başladığı, 1 kişinin ise antidepresan ilaç tedavisine başladığı görülmüştür. Sekiz kişiye ise ulaşılammıştır.

Çalışmamızın sonuçları ışığında getirilecek öneriler şu şekildedir;

- Çalışmamızda PPD sıklığının yaklaşık %10 bulunması ve maternal morbidite ve mortalitenin önemli bir sebebi olması tarama konusunun önemini arttırmaktadır. Başta aile hekimliği ziyaretleri olmak üzere, sağlam çocuk poliklinik ziyaretleri ve jinekoloji poliklinik ziyaretleri sırasında annenin psikiyatrik durumu ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Riskli durumda olan annelere gerekli bilgilendirme ve yönlendirme sağlanmalıdır.
- Birçok sağlık probleminde olduğu gibi PPD açısından da düşük eğitim ve gelir düzeyleri temel risk faktörleri olmuştur. Ülkemizde kız çocuklarının net okullaşma oranının artırılması ve çalışma hayatında kadın istihdamının artırılması gelir düzeyiyle birlikte kadının toplum içinde yeri ve değerini artırarak yaşam refahını artıracaktır. Fakat doğum sonrası dönemde toplumumuzun kadın cinsiyete yüklediği çocuk bakma, ev işleri gibi sorumlulukların yanında kadının aktif olarak çalışması çalışmamızda bulunduğu gibi iş yükü ve stresini artırdığı için annede depresyona yatkınlık oluşturabilir. Çalışan annelere yöneltilen bu sorumluluklar eş ve sosyal çevresi tarafından paylaşılmalıdır.
- Erken yaşta evlilikler ve erken yaşta gebeliklerin getireceği olumsuz sonuçlar konusunda toplumda farkındalık oluşturulmalıdır. 18 yaş altında reşit olmayan kız çocuklarının resmi olmayan yollarla evlendirilmesinin toplum ve devlet politikası olarak önüne geçilmelidir.
- Plansız gebelikler etkin aile planlaması yöntemleri ile en aza indirilmeli özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında başka çocuk sahibi olma istekleri sorgulanarak özellikle çocuk sayısı 3 veya daha fazla olan kadınlar olmak üzere 15-49 yaş grubu tüm kadınlara aile planlaması danışmanlık ve hizmetleri ücretsiz olarak sunulmalıdır.
- Gebelikten önce ve gebelik sırasında sigara içen kadınlara sigara bırakma danışmanlıkları verilmeli, sigaranın özellikle bebek üzerindeki olumsuz etkileri konusunda anne adayları bilgilendirilmelidir.

- Gebelik sürecinde sağlık problemi yaşayan annelerin aile hekimleri ve jinekologları tarafından yakın takibi yapılmalıdır. Sayı ve içerik olarak efektif gebelik takipleri ile hem anne sağlığı hem de yenidoğan sağlığı iyileştirilebilir.
- Gebelik gibi anne için fiziksel ve ruhsal olarak zorlu ve hassas olan bu süreçte öncelikle kadının eşi/partneri olmak üzere aile, eşin ailesi, kadının kendi ailesi, hekimi ve yardımcı sağlık personelinin hatta komşularının sağlayacağı duygusal, fiziksel ve bilgisel desteğin toplumdaki PPD sıklığını azaltacağı düşünölmektedir.
- Aile Sağlığı merkezlerinde, sağlık kuruluşlarında gebe kadınlar arasında destek grupları oluşmasına destek verilerek doğum öncesi ve sonrasında birbirlerine destek olmaları sağlanabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Hendrick V, Altshuler L, Cohen L, Stowe Z. Evaluation of mental health and depression during pregnancy: position paper. *Psychopharmacology bulletin* 1998;34:297.
2. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry* 1996;8:37-54.
3. Musters C, McDonald E, Jones IR. Management of postnatal depression. *British Medical Journal (BMJ)* 2008;337:399-403.
4. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)* 2004;59:181-191.
5. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis G, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112:233-236.
6. Depresyon GLDS. Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:58-67.
7. 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.
8. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
9. Leveno K, Cunningham F. Williams doğum bilgisi el kitabı. 21. Baskı; 2004.
10. Norbeck JS. Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research* 1985.
11. Boyd RC, Le H, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health* 2005;8:141-153.
12. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health 2003.

13. Depression N. The treatment and management of depression in adults (CG90). National Institute for Health and Clinical Excellence 2009.
14. Marcus M, Yasamy M, Omeren M. Depression—A global public health concern 2012. World Health Organization http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf 2014.
15. The Oxford English Dictionary. 11 ed. New York: Oxford University 2008. Depression.
16. Cesar J, Chavoushi F. Background Paper 6.15 Depression. 2013.
17. Organization WH. The global burden of disease: 2004 update: Available: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Accessed; 2011.
18. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M-L, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *Journal of psychosomatic research* 2001;50:199-204.
19. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia* 2009;190:54-60.
20. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1998;33:587-595.
21. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychological medicine* 2005;35:673-682.
22. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* 2012;75:959-975.
23. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology* 2001;110:585.

24. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet* 2007;370:841-850.
25. Rollman BL, Weinreb L, Korsen N, Schulberg HC. Implementation of guideline-based care for depression in primary care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2006;33:43-53.
26. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017.
27. 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.
28. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization* 2004;82:858-866.
29. Hamilton J. The identity of postpartum psychosis. *Motherhood and mental illness* 1982;1:1-17.
30. Robling S, Paykel E, Dunn V, Abbott R, Katona C. Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychological Medicine* 2000;30:1263-1271.
31. Oakley A, Chamberlain G. Medical and social factors in postpartum depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1981;1:182-187.
32. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry* 1991;48:801-806.
33. Handley SL, Dunn T, Waldron G, Baker JM. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *The British Journal of Psychiatry* 1980;136:498-508.
34. Miller LJ. Postpartum depression. *Jama* 2002;287:762-765.
35. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health* 2006;15:352-368.
36. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of affective disorders* 1994;30:77-87.

37. Wisner KL, Gracious BL, Piontek CM, Peindl K, Perel JM. Postpartum disorders: phenomenology, treatment approaches, and relationship to infanticide. *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* 2003;35-60.
38. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of general psychiatry* 2009;66:189-195.
39. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama* 2006;296:2582-2589.
40. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *FOCUS* 2012;10:51-66.
41. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *RCP*; 2003.
42. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefter A, Vojtechovsky M, Nilsson A, et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *Journal of affective disorders* 2000;61:31-39.
43. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck Jr PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:1873-1875.
44. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry* 2007;64:543-552.
45. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis, and treatment. *American Journal of Psychiatry* 2009;166:1217-1221.
46. Arvilommi P, Suominen KS, Mantere OK, Leppamaki S, Valtonen H, Isometsa ET. Adequacy of Treatment Received by Diagnosed and Undiagnosed Patients With Bipolar I and II Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68:102-110.

47. Hudak R, Wisner KL. Diagnosis and treatment of postpartum obsessions and compulsions that involve infant harm. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:360-363.
48. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry* 1999;60:176-180.
49. 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.
50. O'Hara M. Postpartum depression: Causes and consequences (Series in psychopathology). New York, NY: Springer-Verlag; 1994.
51. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of general psychiatry* 1978;35:773-782.
52. Association AP. Diagnostic criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association [Washington], 1994.
53. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4.
54. Stewart DE. Perinatal depression. Elsevier; 2006.
55. Nylen KJ, O'hara MW, Brock R, Moel J, Gorman L, Stuart S. Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology* 2010;78:757.
56. 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;10:141-145.
57. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry* 2003;182:412-419.
58. Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of disease in childhood* 2010;95:690-695.

59. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011;50:460-470.
60. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clinical obstetrics and gynecology* 2009;52:441-455.
61. Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders* 2015;175:34-52.
62. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry* 1987;150:662-673.
63. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International journal of epidemiology* 2002;31:1201-1207.
64. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, Chung TK. Screening for postnatal depression using the double-test strategy. *Psychosomatic medicine* 2000;62:258-263.
65. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research* 2001;50:275-285.
66. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry* 2003;44:234-246.
67. Byrnes EM, Byrnes JJ, Bridges RS. Increased sensitivity of dopamine systems following reproductive experience in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2001;68:481-489.
68. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 2011;36:1886-1893.
69. Workman JL, Barha CK, Galea LA. Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral neuroscience* 2012;126:54.
70. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience* 2011;13:89.

71. Kennedy R, Malabu U, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. *Journal of obstetrics and gynaecology* 2010;30:774-783.
72. 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;35:69-74.
73. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99:223-228.
74. Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's health (Hillsdale, NJ)* 1995;1:51-75.
75. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency. *Med J Australia* 1992;157:172-174.
76. Warner R, Appleby LS, Whitton A, Faragher BA. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry* 1996;168:607-611.
77. 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;160:777-780.
78. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive psychiatry* 2007;48:343-347.
79. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1987;96:237-241.
80. 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.
81. Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women & health* 2005;41:1-12.

82. Logsdon MC, Birkimer JC, Usui WM. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2000;25:262-266.
83. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:569-573.
84. Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of abnormal psychology* 1984;93:378.
85. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of affective disorders* 1995;33:11-22.
86. 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;8:189-206.
87. Beck CT. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research* 2002;12:453-472.
88. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American journal of Psychiatry* 2002;159:43-47.
89. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *Journal of reproductive medicine* 2004;49:908-914.
90. 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;24:176-183.
91. Upadhyaya A, Creed F, Upadhyaya M. Psychiatric morbidity among mothers attending well-baby clinic: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;81:148-151.
92. Schaper A, Rooney B, Kay N, Silva P. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *The Journal of reproductive medicine* 1994;39:620-624.

93. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;107:10-17.
94. 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;58:145-154.
95. 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;21:144-148.
96. McLennan JD, Offord DR. Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002;41:28-35.
97. Haggerty RJ, Mrazek PJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academies Press, 1994.
98. Lorion RP. Targeting preventive interventions: Enhancing risk estimates through theory. *American Journal of Community Psychology* 1991;19:859-865.
99. 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;161:1290-1292.
100. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Ruttenger A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry* 1995;38:814-818.
101. Llorente 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 & Gynecology* 2003;188:1348-1353.
102. Doornbos B, Van Goor S, Dijck-Brouwer D, Schaafsma A, Korf J, Muskiet F. 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;33:49-52.
103. Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P. Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and

neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *Jama* 2010;304:1675-1683.

104. Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet L, 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;3:141-146.

105. Mokhber N, Namjoo M, Tara F, Boskabadi H, Rayman MP, Ghayour-Mobarhan M, et al. Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011;24:104-108.

106. Harris B, Oretti R, Lazarus J, Parkes A, John R, Richards C, et al. Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *The British Journal of Psychiatry* 2002;180:327-330.

107. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:555-562.

108. 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;158:638-640.

109. 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;163:1443-1445.

110. Crockett K, Zlotnick C, Davis M, Payne N, Washington R. A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of women's mental health* 2008;11:319.

111. Zlotnick C, Capezza NM, Parker D. An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of women's mental health* 2011;14:55-65.

112. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services* 2009;60:313-321.

113. Gao L-l, Xie W, Yang X, Chan SW-c. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies* 2015;52:22-29.
114. 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;32:1039-1047.
115. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei medical journal* 2008;49:553-562.
116. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, Csator dai S, Tóth É, Szabó D, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychotherapy and psychosomatics* 2012;81:98-107.
117. Mao HJ, Li HJ, Chiu H, Chan WC, Chen SL. Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in Chinese women. *Perspectives in psychiatric care* 2012;48:218-224.
118. Austin M-P, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders* 2008;105:35-44.
119. Le H-N, Perry DF, Stuart EA. Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of consulting and clinical psychology* 2011;79:135.
120. Silverstein M, Feinberg E, Cabral H, Sauder S, Egbert L, Schainker E, et al. Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial. *Archives of women's mental health* 2011;14:317-324.
121. Hagan R, Evans SF, Pope S. Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004;111:641-647.
122. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25:215-219.

123. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth* 2005;32:11-19.
124. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *Bmj* 2000;321:1043-1047.
125. Small R, Lumley J, Toomey L. Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomised trial [ISRCTN24648614]. *BMC medicine* 2006;4:3.
126. Tam WH, Lee DTS, Chiu HFK, Ma KC, Lee A, Chung TKH. A randomised controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003;110:853-859.
127. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of women's mental health* 2015;18:41-60.
128. Gilliland AL. Beyond holding hands: the modern role of the professional doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2002;31:762-769.
129. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *Jama* 2002;288:1373-1381.
130. Nikodem V, Nolte A, Wolman W, Gülmezoglu A, Hofmeyr G. Companionship by a lay labour supporter to modify the clinical birth environment: long-term effects on mother and child. *Curationis* 1998;21:8-12.
131. Gjerdingen DK, McGovern P, Pratt R, Johnson L, Crow S. Postpartum doula and peer telephone support for postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Journal of primary care & community health* 2013;4:36-43.
132. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior* 2011;52:145-161.
133. Hopkins J, Campbell S. Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health* 2008;11:57-65.

134. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2002;31:394-402.
135. Gottlieb BH, Bergen AE. Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research* 2010;69:511-520.
136. Sorias O. Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi; Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi* 1992;9:33-49.
137. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry* 2004;26:289-295.
138. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56:588-599.
139. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery* 2011;27:745-749.
140. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 1996;150:64-69.
141. Nicole L, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis CL, Rinaldi CM, et al. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2007;36:441-449.
142. Engindeniz N, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi İzmir: Ege Üniversitesi 1996.
143. Kalaycıoğlu S, Kardam F, Tüzün S, Ulusoy M. Türkiye için bir sosyoekonomik statü ölçütü geliştirme yönünde yaklaşım ve denemeler. *Toplum ve Hekim* 1998;13:126-137.
144. Logsdon MC, Usui W, Birkimer JC, McBride AB. The postpartum support questionnaire: Reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement* 1996;4:129-142.
145. Cronenwett LR. Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research* 1985;34:93-99.

146. House JS. Work stress and social support pdf. 1981.
147. Logadon M, McBride A. Help after childbirth--do women get what they expect and need? Kentucky nurse 1989;37:14-15.
148. Longsdon M. The Postpartum Support Questionnaire. Social Support and Quality of Life 2004;16:199-212.
149. Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007.
150. ŞAHİN NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. ERKEN LOHUSALIK SÜRECİNDE KADINLARIN ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2014;17:73-79.
151. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. BMJ open 2015;5:e006456.
152. Gümüfl AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler.
153. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8:31-46.
154. SÜNTER AT, GÜZ H, CANBAZ S, DÜNDAR C. SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYONU PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ.
155. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ulas SC, Özmen E. Association between perceived social support and postpartum depression in Turkey. British Journal of Medicine and Medical Research 2014;4:2025.
156. Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. European Psychiatry 2017;42:77-85.
157. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. International journal of nursing studies 2009;46:1355-1373.
158. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. 2009.

159. Kim TH, Connolly JA, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC pregnancy and childbirth* 2014;14:162.
160. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2008;62:331-340.
161. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research* 2014;215:341-346.
162. Sylvén 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.
163. Deng A-W, Xiong R-B, Jiang T-T, Luo Y-P, Chen W-Z. 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;7:244-249.
164. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International journal of women's health* 2012;4:191.

8. EKLER

Ek 1. Anket

POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Tarih:

Anket No:

ASM:

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Mesleğiniz nedir?.....
3. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Dul (eşi vefat etmiş)
4. Evinize giren aylık gelir kaç TL'dir?.....
5. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
6. Evinizde anne, baba ve çocuklar dışında sürekli kalan biri var mı?
 1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
7. Kronik bir hastalığınız var mı?
 1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
8. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
 1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
9. Sigara içiyor musunuz?
 1. Evet, hergün içerim
 2. Hergün olmamakla birlikte ara-sıra içerim
 3. Hayır, bıraktım
 4. Hayır, daha önce de içmedim

(Eğer içiyorsanız günde kaç adet içersiniz?).....
10. Alkol kullanıyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır
11. Spor ya da fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?
 1. Hiç spor/fiziksel egzersiz yapmıyorum
 2. Halen ara-sıra spor/fiziksel egzersiz yapıyorum
 3. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat yürüyüş, bahçe işleri bisiklete binme gibi aktiviteler yapıyorum
 4. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat koşma, hızlı tempo ile yürüme, yüzme gibi aktiviteler yaparım
12. Boy (cm):
13. Kilo (kg):

SOSYOEKONOMİK SEVİYE

1. Oturduğunuz İlçe:

2. Oturduğunuz Mahalle:

3. Cadde/Sokak:

4. Evde ısınma için aşağıdakilerden hangisi kullanılmaktadır?

Doğalgaz sobası Odun/Kömür sobası Kalorifer/kombi Diğer
(belirtiniz).....

5. En son bitirdiğiniz okul hangisidir?

Yüksekokul Lise Ortaokul İlkokul Okur yazar Okur
yazar değil

6. Eşinizin en son bitirdiği okul hangisidir?

Yüksekokul Lise Ortaokul İlkokul Okur yazar Okur
yazar değil

7. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

Yok Genel Sağlık Sigortası Özel sigorta Diğer
(belirtiniz).....

8. Eşiniz herhangi bir işte çalışıyor mu?

Hayır Evet

9. Eşinizin çalıştığı iş ile ilgili aşağıdakilerden uygun olanı işaretleyiniz.

İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran) Serbest meslek sahibi
 Yönetici (6 veya daha fazla kişiden sorumlu çalıştıran) İşveren (en fazla 5 işçi
çalıştıran)
 Çiftçi (2 veya daha fazla işçi çalıştıran) Memur
 Kendi başına çalışan İşçi
 Emekli, Çiftçi (en fazla 1 işçi
çalıştıran)
 İşsiz Diğer (lütfen belirtiniz)..

10. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

Hayır Evet Ücretli izindeyim Ücretsiz izindeyim

11. Çalıştığınız iş ile ilgili aşağıdakilerden uygun olanı işaretleyiniz.

İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran) Serbest meslek sahibi
 Yönetici (6 veya daha fazla kişiden sorumlu çalıştıran) İşveren (en fazla 5 işçi
çalıştıran)
 Çiftçi (2 veya daha fazla işçi çalıştıran) Memur
 Kendi başına çalışan İşçi
 Emekli, Çiftçi (en fazla 1 işçi
çalıştıran)
 İşsiz/ev kadını/diğer (lütfen belirtiniz)

12. Oturduğunuz ev kime ait?

- Evde yaşayanlardan birinin Kira
 Lojman Para ödenmeden oturuluyor
 Diğer(belirtiniz).....

13. Hanenizde bulunan araçları işaretleyiniz.

- Araba Bilgisayar Bulaşık makinesi
 Otomatik çamaşır makinesi VCD Müzik seti
 Fotoğraf makinesi

ÜREME SAĞLIĞI ÖZELLİKLERİ

1. Doğum sayısı.....
2. Yaşayan çocuk sayısı.....
3. İstemli düşük sayısı.....
4. Kendiliğinden düşük sayısı.....
5. Ölü doğum sayısı.....
6. İlk gebelik yaşı.....

SON DOĞUM VE YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ

1. Gebeliğiniz planlı mıydı?
1. Evet 2. Hayır
2. Gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi?
1. Evet 2. Hayır
3. Gebeliğin oluşmasında yardımcı üreme teknikleri (aşılama, tüp bebek vs) kullanıldı mı?
1. Evet 2. Hayır
4. Gebeliğiniz süresince sağlık personelinen kaç defa bakım aldınız?.....
5. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
6. Gebeliğiniz süresince sigara kullandınız mı?
1. Evet 2. Hayır
7. Gebelik süresince kaç kilo aldınız?.....
8. Doğum sonrası adet görmeye başladınız mı?
1. Evet 2. Hayır
9. Şuanda doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
10. Nerede doğum yaptınız?
1. Ev 2. Devlet hastanesi 3. Üniversite/eğitim ve araştırma hastanesi 4. Özel hastane
11. Hangi yolla doğum yaptınız?
1. Normal doğum 2. Sezaryen

12. Normal doğum yaptıysanız forceps/vakum kullanıldı mı?
1. Evet 2. Hayır
13. Gebeliğiniz hangi tipti?
1. Tekil 2.Çoğul
14. Gebeliğinizde hayatınızı etkileyecek stresli bir olay yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır
15. Bebeğinizin doğum tarihi nedir? (gün/ay/yıl).....
16. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
1. Kız 2. Erkek
17. Bebeğinizin kaç haftalık doğdu?.....
18. Bebeğiniz kaç gram doğdu?.....
19. Bebeğiniz yeni doğduğunda yoğun bakımda kaldı mı?
1. Evet 2. Hayır
20. Bebeğinizde doğuştan herhangi bir sakatlık-kalıtsal hastalık var mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
21. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?
1. Emzirme 2. Formül mama 3. Her ikisi 4. Diğer
(belirtiniz).....

PSİKOLOJİK ÖZELLİKLER

1. Daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı aldınız mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
2. Daha önce antidepresan ilaç kullandınız mı?
1. Evet 2. Hayır
3. Ailenizde psikiyatrik hastalık tanısı almış birey var mı?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
4. Son 6 ay içerisinde 1. Derece bir yakınınızı kaybettiniz mi?
1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır
5. Daha önceki doğum sonrası dönemlerinizde mutsuzluk, hayattan zevk almama, çökkünlük gibi şikayetler yaşamış mıydınız?
1.Evet yaşadım, depresyon tanı ve tedavisi aldım
2.Evet yaşadım, depresyon tanısı almadım
3.Hayır yaşamadım

SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLER

1. İlk evlilik yaşınız nedir?.....
2. Bu kaçınıcı evliliğiniz?.....
3. Evlenme biçiminiz nedir?
1.Anlaşarak 2.Görücü usulü 3.Ailenin zoruyla 4.Ailelerin isteği dışında
5. Diğer (belirtiniz).....

4. Eşinizle kaç yıldır evlisiniz?.....
5. Eşinizle akraba mısınız? 1. Evet 2. Hayır
6. Eşinizle iletişiminiz nasıldır?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
7. Eşinizin ailesi ile ilişkileriniz nasıldır?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
8. Kendi aileniz ile ilişkileriniz nasıldır?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
9. Evliliğinizden memnuniyetiniz nasıldır?
1.Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
10. Doğum sonrası bakıma yönelik eğitim/bilgi aldınız mı?
1. Evet (nereden/kimden aldığınızı belirtiniz).....
2. Hayır

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

<p>Son 7 gündür; 1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum. 0 Her zaman olduğu kadar 1 Artık pek okadar değil 2 Artık kesinlikle okadar değil 3 Artık hiç değil</p> <p>Son 7 gündür; 2) Geleceğe hevesle bakıyorum. 0 Her zaman olduğu kadar 1 Her zamankinden biraz daha az 2 Her zamankinden kesinlikle daha az 3 Hemen hemen hiç</p> <p>Son 7 gündür; 3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum. 3 Evet, çoğu zaman 2 Evet, bazen 1 Çok sık değil 0 Hayır, hiç bir zaman</p> <p>Son 7 gündür; 4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum. 0 Hayır, hiç bir zaman 1 Çok seyrek 2 Evet, bazen 3 Evet, çoğu zaman</p> <p>Son 7 gündür; 5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum. 3 Evet, çoğu zaman 2 Evet, bazen 1 Hayır, çok sık değil 0 Hayır, hiç bir zaman</p>	<p>Son 7 gündür; 6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor. 3 Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum 2 Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum 1 Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum 0 Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum</p> <p>Son 7 gündür; 7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum. 3 Evet, çoğu zaman 2 Evet, bazen 1 Çok sık değil 0 Hayır, hiç bir zaman</p> <p>Son 7 gündür 8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum. 3 Evet, çoğu zaman 2 Evet, oldukça sık 1 Çok sık değil 0 Hayır, hiç bir zaman</p> <p>Son 7 gündür 9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum. 3 Evet, çoğu zaman 2 Evet, oldukça sık 1 Çok seyrek 0 Hayır, asla</p> <p>Son 7 gündür 10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu. 3 Evet, oldukça sık 2 Bazen 1 Hemen hemen hiç 0 Asla</p>
---	---

DOĞUM SONRASI DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular doğumdan sonraki ihtiyaçlarınızla ilgili belirlemeler yapmak amacıyla hazırlanmıştır. Öncelikle her bir soruda sözü geçen yardımın sizin için ne kadar önemli olduğunu, daha sonra bu konuda ne kadar yardım aldığınızı belirtmeniz gerekmektedir. Lütfen duyu veya düşüncenizi en iyi anlatan rakamı yuvarlak içine alınız.

	İHTİYACIN ÖNEMİ		ALINAN DESTEK													
	Önemli Değil 0	Çok Önemli 7	Destek Yok fazla 0	Destek Çok 7												
1. Yemek pişirirken yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Sadece “bir anne” olmaktan öte bir önemim olduğunu hissetme ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Bebeğin doğumunu takiben vücudumun iyileşmesi için bakım konusunda bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Bebeğin davranışları hakkında diğer yeni annelerle konuşma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Çamaşır yıkamada yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Bebekte olabilen cilt kızarıklıklarının normal olup olmadığına dair bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Bebeğimin uyku düzeninin normal olup olmadığına dair bilgi gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Yemek yemek, banyo yapmak ya da kendime vakit ayırmak için bebeğin bakımında, yardım alma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Arkadaşlarım ve hoşlandığım aktiviteler için (egzersiz, spor, klüp parti) zaman ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Özel olduğumu hissettirecek şekilde davranacak kişilere ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Ev temizlemede yardım ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Bebeğimin bakımı ile ilgili başkaları tarafından takdir edilme ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Düşünce, fikir ve yaptığım şeylerin doğru veya kabul edilebilir olması ile ilgili başkaları tarafından onaylanma ihtiyacı	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Bebeğimin barsak hareketleri hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Benim yardıma ihtiyaç duyduğum konuları başkalarının onaylamasına ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Bebek bakımının nasıl olacağı hakkında diğer yeni annelerle konuşma gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Cinsel ilişkiye yeniden başlama ve/veya doğum kontrolü hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Annelik rolüne nasıl uyum sağlayacağım hakkında diğer yeni annelerle konuşmaya ihtiyaç duymak	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7

19. Daha fazla uyuyabilmem için yardıma ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
20. İlgilendiğim ve önemseydiğim konular hakkında benimle konuşacak ve beni dinleyecek birine ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
21. Emzirme hakkında bilgilendirilme gereksinimi	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
22. Bakkal/eczaneye gidebilmek için yardıma ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Partnerim/eşimle yalnız geçireceğimiz bir zamana sahip olmak için bebeğe bakacak birine ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Bebeğimin ağlaması (niçin ağladığı ve onu nasıl rahatlatılabileceğim) ile ilgili bilgilendirilme gereksinimi	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Kaygı ve endişelerimin diğerleri tarafından ciddiye alınmasına ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
26. Stres ve/veya huzursuzlukla baş edebilmek için bilgilendirilme gereksinimi	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
27. Başkalarının, bebeğim için sorumluluk almada yalnız olmadığımı bana hissettirmeleri	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
28. Bebeğimin göbek bakımını nasıl yapacağım konusunda bilgilendirilme gereksinimi	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
29. Bebek bakım ürünleri, giysileri vb. en iyi nereden temin edilebileceği hakkında, diğer yeni anneyle konuşma ihtiyacı	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
30. Bebeğimin doğumu ve sonrasında onun için gerekli olan malzeme ve gereçlerin masraflarını karşılayacak paraya ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
31. Bebeğin hıçkırıkları hakkında bilgilendirilme gereksinimi (neden hıçkırık, ne yapılır)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
32. Doğum deneyimim hakkında diğer yeni anneyle konuşma ihtiyacı	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
33. Başkalarının dokunma, öpme ve sarılmasına ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
34. Sorumluluk sahibi ve yeterli olduğumu bana hissettirecek kişilere ihtiyaç duymak	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

ERKEN LOHUSALIK SÜRECİNDE KADINLARIN ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki önermeler doğum sonrası dönemde kadınların algıladıkları eş desteğini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için en uygun olan seçeneği işaretlemeniz gerekmektedir.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde bana sevgi ve şefkat gösterdi.					
2. Eşimden gebeliğimde ve doğum sonu dönemde ihtiyacım olan duygusal desteği aldım.					
3. Eşim gebeliğim sırasında yaşadığım değişiklik ve sıkıntılarda beni rahatlattı.					
4. Eşim her ihtiyacım (fiziksel/ sosyal/ruhsal/ ekonomik) olduğunda yanımda/destek oldu.					
5. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde bana zaman ayırdı.					
6. Eşim erken lohusalık döneminde yapamadığım fiziksel aktivitelerde (tuvalete gitme, yürüme gibi) bana yardımcı oldu.					
7. Eşim doğum sonrasında bebek bakımına katıldı.					
8. Eşimle gebeliğimde ve doğum sonu dönemde sorunlarımızı konuşmakta zorlandık.					
9. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde yaşadığımız olumsuzlukları çözümlenmede pasif/kararsız kaldı.					
10. Eşim bebek bakımının kendi sorumluluğu olmadığını düşünür.					
11. Eşimle gebeliğime ve doğum sonu döneme ilişkin tüm kararları birlikte aldık.					
12. Eşim bebeğimizin bakımına katılmakta istekli değildir.					
13. Eşim bebeğimizin sorumluluğunu paylaşır.					
14. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde evle ilgili sorumluluklarda bana yardımcı olmadı.					
15. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde yaşadığım sorunları iş yoğunluğu nedeniyle paylaşmadı.					
16. Eşim gebeliğimde ve doğum sonu dönemde bana her zamankinden daha anlayışlı davrandı.					

Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu

DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) DEPRESYON BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Katılımcı,

Gebelikle birlikte başlayan ve doğum sonrasına uzanan yaşam dönemi hormonal, sosyal, kültürel veya psikolojik birçok faktörün etkisiyle kadınlar için zorlu bir süreçtir. Bu dönemde kadınlık hormonlarının kan seviyesindeki değişiminin yanında yaşanan olumsuz olaylar, sosyal destek eksikliği, kültürel normların getirdiği baskılar gibi birçok etkenin neticesinde çökkün ruh hali, ilgi kaybı, hayattan zevk almama, suçluluk yada değersizlik hissi, uyku ve iştah problemleri, düşük enerji ve konsantrasyon kaybı gibi depresif bulgular ortaya çıkabilir. Gebelik süreci ve doğum sonrası 4-6 hafta doğum sonrası depresyon için en riskli dönemler olarak kabul edilse de doğum sonrası 1 yıla kadar risk devam etmektedir. Bazı kadınlar bu süreci ‘annelik hüznü’ olarak hafif bir şekilde geçirseler de bazı kadınlarda bu durum bireyin günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini engelleyecek kadar ciddi olabilir ve tedavi gerektirebilir.

Doğum sonrası depresyonun anne ve bebeği üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Doğum sonrası depresyon geçiren annelerde ilerleyen dönemlerde depresyon tekrarlayabilmektedir. Annedeki depresyon bebeğine vereceği bakım davranışlarını da olumsuz etkilemektedir. Erken dönemde bu anneler emzirme ve bebeğin temel bakımlarında daha başarısız olmakla birlikte, ilerleyen dönemde bebeğin fiziksel, psikolojik ve hatta zihinsel gelişimi bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir. Fakat riskli grupların önceden belirlenmesi ile erken tanı imkanı bulunmaktadır. Risk faktörlerine yönelik müdahale programları ile anneye verilecek destek artırılabilir ve anne üzerindeki stres faktörlerinin azaltılabilir. Ayrıca doğum sonrası depresyon için etkin tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

Doğum sonrası depresyonun belirlenmesinde, bazı tarama ölçekleri ve kesin tanı koyduran tanı kriterleri kullanılır. Araştırmamız dahilinde sizlere uyguladığımız ‘Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği’ doğum sonrası depresyon taramasında

kullanılmaktadır. Bu ölçekten en düşük 0 en yüksek 30 puan alınmaktadır. 13 ve üzerinde puan alan kadınlar depresyon riski yüksek olarak kabul edilmektedir. Tanının kesinleştirilip gerekli psikoterapi ve gerekirse ilaç tedavisinin düzenlenmesi için psikiyatri hekimini ziyaret etmesi önerilmektedir.



Ek 3. Etik Kurul Raporu



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.635
	PROJE ADI	İstanbul'un Bir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi'
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Dilşad SAVE

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 03.11.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek projenin yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi		Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>

[Signature]
Dr. Aynur Mirza
Aynur Mirza

Ek 4. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 71211201-605.99
Konu : Araştırma İzni

Sayın Dr. Neşe KESKİN
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Başbüyük Mah. Maltepe / İstanbul)

Prof. Dr. Dilşad SAVE sorumluluğunda yapmak istediğiniz "İstanbul'un Bir İlçesinde Pospartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya ilişkin izin talebiniz Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Karşılıklı imza altına alınan Protokol ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Sacit TÜRÜDÜ
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Protokol

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ar-Ge ve Projeler Birimi

Bilgi için: Mustafa ERATA

Faks No:

Unvan: UZMAN

e-Posta: mustafa.erata@saglik.gov.tr İnt. Adresi:

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0d416bb3-d7d9-4b74-8e75-29ed66e3a3f7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Prof. Dr. Dilşad SAVE sorumluluğunda Dr. Neşe KESKİN
Çalışmanın Türü	Uzmanlık Tezi
Çalışmanın adı:	İstanbul'un Bir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	İstanbul Maltepe İlçesi ASM'leri
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	01.01.2018 - 01.07.2018

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Dr. Neşe KESKİN (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başıbüyük / Maltepe - İstanbul) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

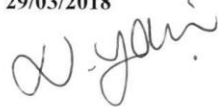
Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasını durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (makale, poster, bildiri, sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya araştırma sonucunun bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere PDF formatında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Geliştirilmesi Birimi'nin ist.sagligingel@saglik.gov.tr ve istanbul.sagligelistirme@gmail.com adresine iletilecektir.

**Araştırmacı
Adı-Soyadı:**

**Dr. Neşe KESKİN
29/03/2018**



**Op. Dr. Kemal TEKESİN
Başkan**



OLUR
Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek 5. İntihal Raporu

İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 3	% 2	% 2	% 0
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
2	ÇATAK, Binali, ÖNER, Can, KILINÇ, Ahmet Selçuk, SÜTLÜ, Sevinç and ŞENBAYRAM, Sırrı. "Yaşlılara evde bakım verenlerde ruhsal belirti sıklığı ve etkileyen faktörler", Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012. Yayın	<% 1
3	www.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	TÜRKOĞLU, Nihan, ÇELİK SİS, Aslı and PASİNLİOĞLU, Türkan. "Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının ve Alınan Desteğin Belirlenmesi", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2014. Yayın	<% 1
5	www.slideserve.com İnternet Kaynağı	<% 1