



**T.C.**

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**AKŞEHİR İLÇESİNDE POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Seda DİNÇTÜRK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ersin USKUN**

**Tez. No: 194**

**ISPARTA-2019**

## KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı  
**Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma,  
aşağıdaki jüri tarafından **Yükseklisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/09/2019

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ersin USKUN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Prof. Dr. Ersin USKUN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Prof. Dr. Ahmet Nesimi KIŞIOĞLU

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye : Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri  
üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nilgün GÜRBÜZ

Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün 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.

“Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” adlı Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**Hazırlayan**

Seda DİNÇTÜRK

İmza

**Danışman**

Prof. Dr. Ersin USKUN

İmza

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, tez çalışmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla sabırlı, hoşgörölü, itinalı, disiplinli çalışma tarzı ve deneyimleri ile bana yol gösteren, zaman ve emeğini esirgemeyen ayrıca iyi ki tanıdım diyerek anlayış, olgunluk ve insanlık gibi her konuda kendime örnek aldığım değerli hocam sayın Prof. Dr. Ersin USKUN'a,

Her türlü desteğiyle tez süresi boyunca mesleki bilgi ve beceri edinmemde büyük emeği olan, yardımlarını hiç esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. A. Nesimi KİŞİOğLU'na,

Gerek eğitim, gerek tez süresi boyunca tüm destekleri için Uzm. Dr. Özgür BAŐARAN'a,

Varlıklarıyla ve dualarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili aileme ve varlığıyla bana güç veren tez yazım sürecinde bana destek olan sevgili eşim Ekrem DİNÇTÜRK'e teşekkür ederim.

## ÖZET

### Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı postpartum dönemde depresif semptomlar gösteren kadınların yaygınlığını saptamak ve postpartum depresyonu etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada; Konya ili Akşehir ilçesinde bulunan 11 aile sağlığı merkezine 1 Temmuz 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran, iki hafta ile bir yaş arası bebek sahibi olan anneler araştırmanın evrenini oluşturmuş olup tamamına ulaşılmaması hedeflendi. Verilen tarihler arasında 446 kadın aile sağlığı merkezlerine başvuru yaptı. Kadınların 96'sı vakitlerinin olmadığını belirterek, bilgilerini paylaşmak istemeyerek, araştırmaya dahil edilmek istemediklerini söyleyerek ve bebeklerinin huzursuz olduğunu dile getirerek araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olan 350 kadın ile görüşülerek araştırma tamamlandı (%78,5).

Veriler sosyo demografik veri formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi Statistical Package for Social Sciences 17,0 sürüm programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama  $\pm$  standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri, nominal değişkenler için ise olgu sayısı ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirildi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre depresif semptomlar açısından yüksek riskli sonuçları etkileyen değişkenlerin bağımsız risk faktörü olup olmadığı çok değişkenli lojistik regresyon analizi yöntemi ile belirlenerek risk katsayıları belirtildi. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kesme puanı 13 ve üzeri alınarak hesaplanan depresif semptom yaygınlığı, başka bir deyişle postpartum depresyon olasılığı yaygınlığı %9,1 idi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre postpartum depresyon olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen faktörler; eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, eş ile evlenme şekli, evde birlikte yaşanan kişiler, gebelikte hastane yatışı, kadının ruh sağlığını nasıl değerlendirdiği, kadında astım varlığı, bebeğinin beslenme şekli, bebeğinin doğum ağırlığı, kadının köy ya da ilçede yaşaması, aylık gelir ile ilişki saptandı.

**Sonuç:** Birinci basamak uygulamalarında tarama ölçeklerinin kullanılması, depresyonun saptanmasına yardımcı olabilir. Risk faktörlerinin azaltılması için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Postpartum depresyon, depresyon taraması, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

## ABSTRACT

### Frequency of Postpartum Depression in Aksehir District and Evaluation of Related Factors

**Objective:** The purpose of this study was to determine the prevalence of women with depressive symptoms in the postpartum period and to determine the factors affecting postpartum depression.

**Materials and Methods:** In this study; The mothers who applied to 11 family health centers in Aksehir district of Konya between July 1 2018 and December 31 2018, with babies between two weeks to one year old, constituted the universe of the study and aimed to reach all of them. Between the given dates, 446 women applied to family health centers. 96 of the women refused to participate in the study, stating that they did not have time, not wanting to share their information, saying that they did not want to be included in the study and that their babies were uneasy. The study was completed by interviewing 350 women who met the inclusion criteria (78,5%).

Data were collected using socio-demographic data form, Edinburgh Postpartum Depression Scale. The data were analyzed in the Statistical Package for Social Sciences version 17,0. The mean  $\pm$  standard deviation, median, minimum and maximum values were used for descriptive statistics and the number of cases and percentage (%) values were used for nominal variables.

Nominal variables were evaluated by Pearson Chi-Square or Fisher exact test. The multivariate logistic regression analysis method was used to determine whether the variables affecting high-risk outcomes in terms of depressive symptoms according to Edinburgh Postpartum Depression Scale were independent risk factors. Significance level was accepted as  $p < 0,05$ .

**Results:** In our study, the prevalence of depressive symptoms, calculated as having an EPDS cut-off score of 13 or higher, ie the probability of postpartum depression, was 9,1%. According to Edinburgh Postpartum Depression Scale, there were statistically significant relationship between the probability of postpartum depression; education status of the spouse, working status of the spouse, the type of marriage with the spouse, people living together at home, hospitalization in pregnancy, how the woman evaluates mental health, the presence of asthma in the woman, the way of feeding her baby, the birth weight of the baby, the woman living in the village or district, with monthly income relationship was detected.

**Conclusion:** The use of screening scales in primary care applications may help to detect depression. Further studies are needed to reduce risk factors.

**Keywords:** Postpartum depression, depression screening, Edinburgh Postpartum Depression Scale

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Gebelik .....	4
2.1.1. Gebelikte Oluşan Fizyolojik Değişiklikler .....	6
2.1.1.1. Genel Değişiklikler .....	6
2.1.1.2. Genital Sistem .....	7
2.1.1.3. Göğüsler .....	8
2.1.1.4. Deri ve Karın Duvarı.....	9
2.1.1.5. Kas İskelet Sistemi .....	9
2.1.1.6. Üriner Sistem .....	9
2.1.1.7. Gastrointestinal Sistem.....	10
2.1.1.8. Solunum Sistemi .....	11
2.1.1.9. Kardiyovasküler Sistem .....	12
2.1.1.10. Endokrin Sistem .....	13
2.1.2. Metabolik Değişiklikler .....	14
2.1.2.1. Kilo Alımı .....	14
2.1.2.2. Protein Metabolizması .....	14
2.1.2.3. Karbonhidrat Metabolizması.....	15
2.1.2.4. Yağ Metabolizması .....	15
2.1.2.5. Sıvı-Elektrolit Metabolizması .....	15
2.1.3. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	16
2.1.4. Gebelikte Yaşanan Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar.....	17
2.2. Depresyon.....	19
2.2.1. Depresyon Tanı Ölçütleri .....	20
2.2.2. Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Patogenez.....	22

2.3. Postpartum Duygu-Durum Bozuklukları .....	25
2.3.1. Annelik Hüznü.....	25
2.3.2. Postpartum Psikoz .....	27
2.3.4. Postpartum Depresyon.....	28
2.3.4.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı .....	29
2.3.4.2. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri .....	30
2.3.4.2.1. Sosyodemografik Faktörler .....	31
2.3.4.2.2. Biyolojik Faktörler .....	31
2.3.4.2.3. Klinik Risk Faktörleri .....	32
2.3.4.2.4. Obstetrik ve İnfantil Faktörler.....	33
2.3.4.2.5. Psikososyal faktörler .....	34
2.3.4.3. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri.....	35
2.3.4.4. Postpartum Depresyonda Tanı .....	36
2.3.4.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi .....	38
2.3.4.5.1. Psikoterapötik Tedavi.....	39
2.3.4.5.2. Farmakolojik Tedavi .....	39
2.3.4.5.3. Elektrokonvulzif Tedavi (EKT).....	40
<b>3. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>41</b>
3.1. Araştırmanın Alanı ve Özellikleri .....	41
3.2. Araştırmanın Tipi .....	41
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	42
3.5. Etik .....	42
3.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	42
3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler .....	43
3.8. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler .....	43
3.9. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	45
3.10. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	45
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analiz.....	45
3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları .....	46
3.13. Veri Toplama Formları ve Depresyon Ölçeği.....	46
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>48</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>68</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>



<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>80</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>90</b>
Ek 1. Sosyo-Demografik Soru Formu .....	90
Ek 2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	95
Ek 3. Etik Kurul İzni .....	98
Ek 4. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	101
Ek 5. Ölçek Kullanım İzni.....	104
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>105</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri .....	49
<b>Tablo 4.2.</b> Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler.....	50
<b>Tablo 4.3.</b> Eş ve Evlilik İle İlgili Özellikler .....	51
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma Grubunun Kendi İfadesi İle Sorunları.....	52
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma Grubunun Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri .....	52
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma Grubunun Gebelik İle İlgili Özellikleri.....	53
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma Grubunun Gebelik İle İlgili Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri..	54
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırma Grubunun Son Bebeğinin Tanımlayıcı Özellikleri .....	55
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma Grubunun Son Bebeğinin Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri.....	56
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı .....	57
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı.....	59
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Eş ve Evlilik ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı..	62
<b>Tablo 4.14.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Gebelik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı...	63
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Gebelik İle İlgili Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı .....	64
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Son Bebeğinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	65
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Son Bebeğinin Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	66
<b>Tablo 4.18.</b> Depresif Semptom Görülme Durumu İçin Oluşturulan Modelde İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları .....	67

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACTH</b>	: Adrenokortikotrop Hormon
<b>ADNKS</b>	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>cAMP</b>	: Adenosine Monophosphate
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DB</b>	: Duygudurum bozuklukları
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabı
<b>EDSDÖ – EPDS</b>	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>EKT</b>	: Elektro Konvülsif Tedavi
<b>FSH</b>	: Folikül Stimulan Hormon
<b>GA</b>	: Güven Aralığı
<b>HCG</b>	: Human Koryonik Gonodotrop
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases
<b>LH</b>	: Lüteinizan Hormon
<b>MDB</b>	: Mevsimsel Depresyon
<b>PDSS</b>	: Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği
<b>PP</b>	: Postpartum Psikoz
<b>PPD</b>	: Postpartum Depresyon
<b>PLH – hPL</b>	: Plasental Laktojenik Hormon
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SSGİ</b>	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitör
<b>TSA</b>	: Trisiklik Antidepresan
<b>TSH</b>	: Tiroid Stimulan Hormon
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>T3</b>	: Total triiyodotironin
<b>T4</b>	: Total tiroksin

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde ruhsal sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmış olup, ruhsal hastalıklar hem bireysel, hem de toplumsal boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal bozukluklar içerisinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur (1).

Depresyon; insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ve işgücü kayıplarına yol açan bir hastalıktır. Yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması ve intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olup, dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır (2).

Çalışmalar; kadınlarda depresyonun büyük çoğunluğunun, gebelik-doğum-lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir. Bu süreçlerden gebelik, sadece fiziksel açıdan değil, sosyal ve psikolojik açıdan da pek çok değişikliğin yaşandığı bir dönem olması, rol değişimi ve geçiş dönemini temsil etmesi nedeniyle bir kadının hayatındaki en önemli dönemlerden birisidir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olgu olarak kabul edilse de, gebelik esnasında ve doğum sonu dönemde anne sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmekte ve bazı kadınlar için duygusal ve psikolojik sorunlarla dolu bir dönem olabilmektedir (3).

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

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyondur. Gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde (% 10,0-% 30,0) doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı (%10,0-% 16,0) nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2008 milenyum kalkınma hedeflerinde, gelişmekte olan ülkelerde her 3-5 gebeden birinin, gelişmiş ülkelerde ise her 10 gebeden birinin, gebelik esnasında ve doğum sonrasında, önemli bir ruhsal problem yaşadığını belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı %10,0-% 30,0 arasında değişmekte olup, prevalansın gelişmiş ülkelerde %10,0-% 14,0, gelişmekte olan ülkelerde %15,0-% 30,0 olduğu belirtilmektedir (2, 6).

Doğumun en sık komplikasyonu olan PPD'un yaygınlığı %8-15 arasındadır. Postpartum depresyonun saptanması toplum sağlığı için önemlidir. Toplumda depresif annelerin çoğuna tanı konulamamaktadır. Tedavi edilmeyen depresif anneler kötü evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğa ilgisizlik gibi pek çok sorun yaşamaktadır (7).

Anne ve çocuk sağlığı, DSÖ'nün 2015 yılına kadar önemli kazanımlar beklediği, Milenyum Kalkınma Hedeflerinin içinde en önde gelen konular arasında yer almaktadır. Geçmiş yıllarda anne ve çocukların sadece fiziksel sağlıkları üzerinde durulmuş ve sağlığın ruhsal boyutları göz ardı edilmiş olmasına rağmen, günümüzde kanıtlar göstermektedir ki anne ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ayrılmaz bir bütündür ve biri olmadan diğesinde ilerleme sağlamak mümkün değildir. Bu nedenle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir. Erken tanı ve tedavinin, gerek anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri, gerekse anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri akıldan çıkarılmamalıdır (8).

Hem bebek hem de anne üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, sağlık kuruluşlarında, depresyon ve anksiyete açısından riskli gebelerin önceden belirlenerek takibe alınması ve gereken durumlarda tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. Postpartum dönemde hem fiziksel sağlık, hem de ruhsal sağlıklarının tam

bir iyilik halinde olabilmesi için gerekli değerlendirmeleri yapılmalı, bu izlem ve değerlendirmeler rutin gebelik takibinin bir parçası olmalıdır. Günümüzde pek çok çalışma Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile PPD taramasının yapılmasını önermektedir (9, 10). Gebeleri takip eden sağlık personeli, gebelik ve doğum sonrası depresyonun sıklığı, semptomları ve tarama yöntemleri, tanı almayan veya tedavi edilmeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri hakkında eğitilmeli, doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenleri ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Taramalar sonucunda riskli bulunan gebeler, ilgili merkezlere gerekli yerlere yönlendirilebilmelidir. Bu nedenle, çalışmanın amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

AMAÇ: Konya ili Akşehir ilçesi Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'ne 2018 yılının son 6 ayında bebeklerinin takibi için gelen kadınlarda;

- EDSDÖ ile PPD sıklığı,
- Sosyoekonomik düzeyin PPD ile ilişkisi
- İstenmeyen bebek sahibi olmanın PPD ile ilişkisi
- Gebelik esnasında alınan kiloların PPD ile ilişkisi
- Gebelik sürecinde yaşanan sağlık sorunlarının PPD ile ilişkisi
- Gebelik sürecinde sigara ve/veya alkol ve/veya madde kullanımının Postpartum depresyon ile ilişkisini belirlemek, sağlık personelinin gebelik takibi esnasında göz önünde bulundurması gereken durumlara dikkat çekmek ve bu konuda yapılacak koruyucu müdahalelere katkıda bulunmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik

Her canlının amacı yarına kalmaktır. Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu sayesinde gerçekleştirir ve güvence altına alır. İnsanda, dişi ve erkek üreme organları tarafından gerçekleştirilen bu fonksiyon sayesinde cinse özgü özellikler bozulmadan kuşaktan kuşağa aktarılabilir (11,12).

İnsan organizmasını oluşturan hücrelerin çekirdeğinde 46 kromozom bulunmaktadır. Sadece olgun cinsiyet hücreleri bu kural dışında kalmakta ve çekirdeklerinde 23 kromozom içermektedir. Her iki germ hücresinin fertilizasyon öncesi olgunlaşp üreme yeteneği kazanabilmesi için çeşitli aşamalardan geçerek kromozom sayılarının yarılanması gerekir. Bu sürece yani gametlerin olgunlaşma sürecine gametogenesis denir. Bu olay kadın üreme hücreleri için oogenesis, erkek üreme hücreleri için ise spermatogenesis adını alır (11, 13, 14).

Fertilizasyon, tubaların ampulla bölümünde gerçekleşen, ovum ve spermiumun birleşmesini ve kromozomların kaynaşmasını içeren olaydır. Ovumun fertilizasyon bölgesine transportu tamamen pasiftir. Bu geçiş, tubaların kas tabakasındaki ritmik kontraksiyonlar, epitel hücrelerindeki silia ve salgı fonksiyonu sayesinde gerçekleşir (13).

Spermiler koitustan sonra uterus ve tubalara doğru kendi hareketleriyle ilerlerler. Koitustan 1–2 saat sonra spermiumların ancak 300–500 tanesi tubaların ampulla kısmında oosit II' ye ulaşabilir. Bunlardan ise ancak bir tanesi oosit II' yi delerek hücre içine girer. Spermin ovumu çevreleyen hücreleri aşarak hücre zarından içeri girmesi ile her iki olgun germ hücresinin pronükleusları birleşir ve tek bir hücre haline dönüşür, böylece fertilizasyon gerçekleşir. Fertilizasyon ovulasyondan sonraki 24-48 saat içinde olur (11, 15).

Fertilizasyon sonucu oluşan yeni hücreye zigot adı verilir. Zigotun uterusu ulaşması 7 gün sürer. Bu sırada zigot mitoz ile çoğalarak gelişir. İlk bölünme ile ortaya çıkan iki hücrenin her birine Blastomer denir. Daha sonraki bölünmeler

sonucu zigot sırasıyla 4, 8, 16, 32, 64 hücreli hale dönüşür. Zigottaki blastomer sayısı 12–16' ya ulaşınca Morula adını alır (13,16).

Morula, uterusu ulaştıktan sonra yapısında değişimler başlar. Ortasında sıvı toplanır, hücreler kenarlara doğru itilir. Bir grup blastomer yassılaşıp kenara doğru itilirken, diğer bir grup kitle halinde kalır. Bu yapı taşlı bir yüzüğe benzetilebilir. Yüzüğün halkasını oluşturan yassı hücrelere trofoblast ya da dış hücre kümesi, yüzüğün taşını oluşturan yuvarlak hücre kümesine de embrioblast ya da iç hücre kümesi denir. Embrioblastlardan embrio, trofoblastlardan ise plasenta ve membranlar gelişmektedir. Bir iki haftalık olan bu oluşuma Blastokist adı verilir ve artık implantasyon yeteneği kazanmıştır (13, 15, 17).

İmplantasyon, fertilizasyondan 7 gün sonra blastokistin çevresinde bulunan trofoblast hücreleri tarafından endometriuma gömülme sürecidir. İmplantasyon genellikle uterusun üst bölümlerinde, fundusun ön ve arka duvarlarında olur; fertilizasyondan sonra 10. günde tamamlanır. İmplantasyonun gerçekleşmesinden sonra embriyonel ve fetal devre ile fetüs intrauterin büyüme ve gelişme sürecine girer. Gebelik süresi, son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) ya da 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür (11, 13, 14, 15).

Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte, her kadın gebeliğe karşı kendi ruhsal, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun davranışlar gösterir. Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde (trimestir) gebede emosyonel reaksiyonlar gelişmektedir. Bununla birlikte ülkemizde özellikle kentlerde, ataerkil aile yapısının yerini çekirdek aile yapısına bırakması, kadının iş hayatına atılması, aile bireylerinin yaşam felsefesi ve rollerindeki değişiklik, kadının sorumluluğunun artmasına neden olmuş ve buna paralel olarak beraberinde bazı sorunları gündeme getirmiştir (18).

Gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi, gebelik süresince verilecek düzenli kontrol, bakım ve eğitimler ile sağlanabilir. Bu bakımdan prenatal bakım gebeliğin sonuçlarının iyileştirilmesinde çoğunlukla güven vermektedir. Prenatal bakım eksikliklerine rağmen azda olsa ilerleme sağlamıştır ve Amerika'da koruyucu sağlık sistemlerinde en yaygın olarak kullanılan hizmettir (18).



Döllenme ile başlayan, doğum ile sona eren gebelik periyodu gebe için fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle düzenlenmiş doğal bir süreçtir. Bütün bu değişiklikler anne adayının gebeliğe uyumunu sağlamak amacıyla meydana gelmektedir (16).

### **2.1.1. Gebelikte Oluşan Fizyolojik Değişiklikler**

Gebelik sırasında anne organizmasında çok sayıda anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler olur. Bu değişiklikler doğumdan sonra ilk 6–8 hafta içinde normale döner. Fizyolojik değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır (19).

Gebelikte bir kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin incelenmesi, gebeliğin semptomları olarak kabul edilen durumlarında çoğunu izah eder. Aynı zamanda prenatal takipte de gebe kadının daha sağlıklı değerlendirilmesine yardımcı olur. Bu değişiklikler yalnızca genital organlarda olmaz, tüm doku ve organlarda kendine has yeni dengeler oluşur (20).

#### **2.1.1.1. Genel Değişiklikler**

İlerleyen gebeliğin en belirgin değişimleri, fazlalaşan vücut kitlesi ve farklılaşmış habitustur. Gebeliğin artan besin gereksinmesine iştah artışı ve hatta aşırı yiyecek isteği (pika) eşlik eder. Bu kapsamda “aşermek” adı verilen aşırı ve bazen sapmış istekler (kil yemek gibi) bulunur. Normal bir tekil gebelikte alınan ortalama 12,5 kilonun dağılımı şu şekilde olmaktadır:

- 1.4 kg göğüslere
- 1 kg uterusu
- 5 kg plasenta, amniotik sıvı ve fetusa
- 3.5 kg cilt altı yağ ve protein deposuna
- 1.5-2 kg interstisyel sıvıya aittir (13).

Bu değişimler döllenmenin hemen ardından başlamakla beraber, en hızlı büyüme dönemi 20. gebelik haftasından sonra başlar. Normal ilerleyen bir gebeliğe ilişkin maternal belirtiler, çabuk yorulabilmek, açlık hissi, şişme ve irileşen vücut kitlesiyle birlikte artan yağ depolarına karşı duyulan endişedir. Prenatal bakım ve eğitim, normal gebeliğin bu değişimlerinin başarıyla karşılayabilecek düzgün diyet, doğru duruş ve vücut mekaniğini bilinçli idare edebilmeyi sağlar. Ayrıca düzenli izlemler sayesinde gebenin bu değişikliklere adaptasyonu ve olası problemleri saptanmış olur (21, 22).

### **2.1.1.2. Genital Sistem**

Uterus, şeklini ve i hacmini büyük oranda değiştirme kapasitesine sahiptir. Böylece büyüyen fetüs ve eklerine uyum sağlayabilir. Normalde 50-70 gr. ağırlığına 7-9 cm. ve boyutlarına sahiptir. Miadında gebelikte ise ağırlığı 800-1000 gr. ve boyutu 32 cm. ulaşır. Uterus kas lifleri boy ve sayıca artarken endometium da kalınlaşır. Büyümeden mekanik ve hormonal mekanizmalar sorumludur (19).

Östrojen ve progesteron hormonlarındaki artış uterus kaslarında hipertrofi ve hiperplaziye neden olur. Kalınlaşma ve genişleme en çok fundusta olur. Fundus yüksekliği gebelik haftasına göre değişir. Uterustaki genişleme simetrik değildir. Uterusun büyüklüğü artıkça şekil değişiklikleri de geçirir. İlk bir iki haftada orijinal armut şeklini korur. 12. haftaya kadar yuvarlak şekil alır. Daha sonra pelvis dışına çıkan uterus ovoid bir şekil alır. Uterus pelvisten çıktıktan sonra, solda rektosigmoid kolonun varlığı nedeniyle sağa doğru rotasyon yapar (14, 21).

Gebeliğin ilk trimestirinden başlayarak uterus normalde ağrısız düzenli kontraksiyonlar geçirir. Bunlara Braxton Hicks kontraksiyonları adı verilir. Gebeliğin son üç haftasında uterusun duvarları incelik ve kontraksiyon yeteneği artar (14, 21).

Serviks fibröz bir dokudur. Gebelik süresince belirgin düzeyde yumuşar, ödemlidir ve morumsu bir renk alır. Buna Chadwick's belirtisi denir. Aynı zamanda vaskülaritesi artmıştır ve ödemlidir. Servikal mukoza bezlerinde profilerasyon artışı görülür. Servikal kanal kalın bir müköz tıkala dolar. Böylece uterus ve dış ortam arasında bir bariyer oluşarak, fetüs dış ortamdaki korunmuş olur. Oluşan tıkcacın

doğumdan hemen önce hafif kanlı müköz bir sıvı şeklinde atılmasına nişane denilir. (21).

Damarlaşma arttığından varislere eğilim artar. Vajinal sekresyon ve glikojen miktarı artar. Artan glikojenden laktik asit üretilir, böylece 3,8-4,5 olan vajen PH'ı 3-3,5'a düşer ve enfeksiyonlara karşı direnç artmış olur. Bağı dokusu gevşer, kas tabakası hipertrofiye uğrar ve mukoza kalınlaşır (13, 14, 23).

Gebelik sırasında ovulasyon ve yeni folliküllerin maturasyonu geçici olarak durur. Sekonder folikül grafit foliküle dönüşmez. Bazı primer foliküller sekonder foliküle dönüşebilir.

Gebeliğin oluştuğu taraftaki over diğerinden bir miktar daha büyüktür. Genellikle tek bir korpus luteum vardır ve gebeliğin ilk 7-8 haftası boyunca progesteron üretiminden primer sorumludur. Progesteron üretimi, 8. haftadan sonra esas olarak plasenta tarafından yapılır. Artan östrojene bağılı olarak overe gelen kan miktarı artar. Variköz sistem genişlemiştir; buna bağılı ödem oluşur. Gebelik ilerledikçe overler yukarı doğru yer değiştirirler (23).

Hormon artışı nedeniyle tubalarda ve ligamentlerde uzama, çaplarında ve damarlarında artma, hipertrofi, konjesyon ve ödem saptanır. Uterusun karın içinde yükselmesine ayak uydurarak karın boşluğuna doğru yer değiştirir (14).

Gebelikte vulva ve perinede damarlaşmanın artması ve gelişen uterusun baskısı ve pigmentasyon sonucu perine daha koyu bir renk alır. Kasları genişler, yumuşak ve esnek bir hale gelir. Labiumlar büyür ve ödemli bir görünüm kazanır. Bu bölgede de varislere eğilim söz konusudur (13).

### **2.1.1.3. Göğüsler**

Gebeliğin çok erken dönemlerinde mastodini ve göğüslerde hassasiyet görülür. Göğüslerde büyüme ve nodularite gebeliğin en erken ikinci ayında belirginleşir. Meme uçları ve aerola büyür ve pigmentasyonu koyulaşır. Gebeliğin ikinci yarısında kolostrum salgısı başlar. Göğüsler büyüdükçe deri çok incilir ve deri altındaki ince venler daha görünür hale gelir. Aerola etrafında yer alan Montgomery tüberkülleri daha belirgin bir hal alır (24, 25).

#### **2.1.1.4. Deri ve Karın Duvarı**

Gebeliğin yarısından sonra hiperpigmentasyon görülür. Pigmentasyon alanları alın, yanaklar ve burun köküdür. Yüzde olan bu pigmentasyon gebelik maskesi (chloasma uterinum) olarak isimlendirilir.

Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir renk alır ve bu duruma linea nigra denilir.

Gebeliğin ilerleyen aylarında karın duvarı gerilir, incelir ve parlak bir görünüm alır. Deri altı bağ dokusunun elastikiyetini kaybetmesi sonucu yer yer çatlamlar olur. Bu çatlaklara stria ya da linea gravidarum denir.

Bazen abdomen duvar kasları aşırı gerilime karşı koyamazlar ve rektus kasları orta hatta ikiye ayrılarak diastasis rektiği oluştururlar (13, 21).

#### **2.1.1.5. Kas İskelet Sistemi**

Hormonların etkisi kas ve iskelet sisteminde gevşemelere neden olur. Böylece vücudun denge sistemi değişir. Lordozlar ve kemik ağrıları görülür (14).

#### **2.1.1.6. Üriner Sistem**

Gebelikte üriner sistemde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler ortaya çıkar. Böbrekler hem boy hem de ağırlık olarak artar, sağ böbrek sol böbrekten daha fazla büyür. Her böbreğin uzunluğu yaklaşık 1-1,5 cm. artar. Renal pelvis, gebelik öncesi 10 ml.'lik normal hacminden 60 ml.'lik bir hacme ulaşmıştır. Bu da hidronefroza neden olur (19).

Üreterler kemik pelvisin üst kenarında, sağda sola oranla daha fazla olmak üzere dilate olur. Ayrıca uzar ve gevşerler, böylece üriner stazda artış olur. 200 ml. kadar idrar gevşemiş toplayıcı sistemde kalır. Bu artış enfeksiyon riskini artırır.

Toplayıcı sistem ve üreterlerdeki gevşemenin başlıca nedenleri:

- Progesteronun üreter düz kasları üzerindeki gevşetici etkisi
- Ovarian venin pelvis giriminin hizasında üreterlere bası yapması

- Gebe uterusunun sağa rotasyonu ile sağ üretere daha fazla olmak üzere
- bası yapması, olarak sıralanabilir (26).

Gebelikte renal fonksiyonlardaki değişiklikler maternal ve plasental hormonlardaki artışa bağlıdır. Adenokortikotropik hormon (ACTH), antidiüretik hormon aldosteron, kortisol, human koryonik gonodotrop (HCG) ve tiroid hormon bunlar arasındadır. Glomerular filtrasyon oranı erken gebelikten itibaren yaklaşık %50 artar ve bu miada kadar devam eder. Renal plazma akımı %30–50 artmıştır (19, 27).

Gebelikte glikozun glomerular filtrasyonu artar. Ancak tubuler reabsorbsiyon minimal azalma gösterir. Böylece filtrasyon reabsorbsiyon oranı bozulur ve glikozüri görülebilir. Gebelik dışında glikozüri için eşik kan düzeyi 194 mg/dl iken gebelikte 155mg/dl'dir. Glomerular filtrasyon hızının artışı ve tubuler reabsorbsiyon azalması sonucu aminoasitlerin idrarla atılımı artmıştır. Gebelik dışında fizyolojik proteinüri için üst sınır 150mg/gün iken, gebelikte 300mg/gün'dür.

Uterus büyüdükçe mesane yukarıya doğru yer değiştirir ve ön-arka çapta yassılaştır. Uterustan gelen bası ile sık sık idrara çıkma, mesane damarlanmasında artma ve kas tonusunda azalma olur. Kapasite 1500 ml.'nin üstüne çıkar. Günlük idrar hacmi %25 artmıştır. Gebelik ilerledikçe mesane kapasitesi azalır ve bu da idrar frekansını arttırır. Ayrıca uterus büyüdükçe üriner kontrol azalır ve idrar kaçırmaya “stres inkontinans” ına neden olur (14, 19, 26).

#### **2.1.1.7. Gastrointestinal Sistem**

Sindirim kanalındaki değişimler, gebelikte erken başlar ve başlıca yükselen progesteron düzeylerine bağlıdır. Hormon artışı ve büyüyen uterus nedeniyle tüm sistemde motilite azalır. Tükrük sekresyonu artabilir (pityalizm), tükrük daha asidiktir ve bazen diş çürümelerini arttırabilir. Gebelikte diş çürümleri dişlerde kalsiyum eksikliğine bağlı değildir. Hatta dental kalsiyum stabildir ve kemik kalsiyumu gibi gebelikte mobilize olmaz. Diş etleri hiperemik ve hipertroftiktir; çoğunlukla oldukça süngerimsi ve hassastırlar, kolayca kanayabilirler. Bu artmış sistemik östrojene bağlı olabilir (14).

Özafagus alt sfinkter basıncı azalmıştır. Bu azalma gebelik haftasıyla orantılıdır ve doğum sonrası 1–7. haftada normale döner. Sfinkter basıncı azalması progesteronun kas gevşetici etkisine bağlanmaktadır. Ayrıca gebelikte özafagus motilitesi de azalmıştır. Bunlar reflü özafajit sıklığının artmasına neden olurlar. Gebelikte daha sık olarak midenin asiditesi azalmıştır. Gastrin hormonunun üretimi önemli ölçüde artarak mide hacminin artmasına ve mide pH'sında düşmeye yol açar. Mide mukus üretimi artabilir. Bu değişiklikler sayesinde gebelikte peptik ülser hastalığı azalır. Gebelikte mide hem hipotoniktir hem de motilitesi azalmıştır (19, 26).

Alınan gıdaların mideden boşalması ve barsaklardan geçişi gecikir. Bunun sonucu mide yanması, bulantı ve kusmalar, kabızlık görülür. Safra kesesi fonksiyonu, gebelikte belirgin biçimde değişir. Safra kesesi boşalma süresi uzar ve hacmi artar. Bu fonksiyon azalması ve safra bileşimindeki değişim gebelikte safra taşlarına eğilimi artırır. Karaciğerde metabolizma artışı sonucu, gebelik boyunca aşırı bir kan hücumu görülür. Her türlü aktivitesinde artma vardır. Östrojen ve progesteron, bilirubin metabolizması ve atılımını etkiler. Kolestatik sarılık gebelikte sık görülür. Spider anjioma, kaşıntı, palmar eritem gebelikte fizyolojik olarak görülebilir (20, 21).

Uterus büyürken mide yukarı itilir, kalın ve ince barsağın büyük bir kısmı yukarı ve yanlara doğru yer değiştirir. İnce barsak motilitesi azalmıştır. Demir ve kalsiyum absorpsiyonu gebelik öncesine oranla artmıştır. Kolon motilitesi azalmış, su absorpsiyonu artmıştır. Gebelik sırasında hemoroidler oldukça yaygındır. Buna büyük ölçüde büyümüş uterus seviyesinin altındaki damarların yükselmiş kan basıncı ve konstipasyon neden olur (20).

#### **2.1.1.8. Solunum Sistemi**

Gebelik, solunum performansını etkileyen anatomik ve fizyolojik değişiklikleri oluşturur. Erken gebelikte, solunum kanalının tamamında kapiller dilatasyon görülür. Nazal tıkanıklık ve epistaksis sıktır. Büyüyen uterus basısının gücü diyaframı yukarı kaldırır fakat bu vital kapasiteyi azaltmaz. Gebelikte vital kapasite değişmez (26).

Gebe kadında bazal metabolizma hızı ve ağırlığın artması oksijen tüketiminde, doğumdan hemen önce normale göre %20 artışa yol açar. Karbondioksit oluşumu da buna uygun olarak artar. Bu etkiler annede solunum dakika hacminin artmasına sebep olur. Artan progesteron seviyesi de solunum hızını artırır. Çünkü progesteron solunum merkezinin karbondioksite duyarlılığını artırır. Oluşan bu değişiklikler sonucunda, beyin sapı solunum merkezinin uyarılmasına bağlı olarak gebelik dispnesi denilen olay ortaya çıkar. Gebe kadınların yaklaşık %60-70'inde görülür (25, 26).

Gebelikte akciğerlerde iki değişiklik gözlenir. Bunlardan birincisi hava yollarında dilatasyon ikincisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artmasıdır. Her iki değişiklikte hormonal aktivite ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Bu iki değişikliğe bağlı akciğerlerde gaz alışverişi kolaylaşır ve gebelikte artan oksijen ihtiyacı karşılanmış olur. Pulmoner ventilasyon %30-40 artmıştır. Vücutta bu durumu kompanse edebilmek için bazı değişiklikler oluşur. Gebeliğin bu hafif kompanse respiratuar alkalozu, solunuma duyarlılık, dispne ve hiperventilasyon gibi maternal belirtilere yol açar (13, 26).

### **2.1.1.9. Kardiyovasküler Sistem**

Gebelikte en önemli değişiklikler kardiyovasküler sistemde görülür. Bunların en önemlisi kardiak debi artışı ve renal, uterin kan akımında artmadır. Uterus büyüdükçe diyafram yükselir, kalp uzun ekseninde rotasyon yaparak yukarıya ve biraz da sola doğru yer değiştirir, böylece apeks vuruşu yana kaymış olur. Kardiyak kapasite 70-80 ml. artmıştır. Bu volüm artışına veya kardiak kasın hipertrofisine bağlı olabilir (21, 27).

Kardiak debi, atım hacmi ile kalp hızının bir ürünüdür. Tipik olarak, gebelik sırasında istirahat durumunda nabız hızı dakikada yaklaşık olarak 10-15 atış artar. Kardiak debi yaklaşık %40 kadar artar ve 20-24. gebelik haftalarında maksimuma ulaşır. Uterusa ve memelere olan kan akımı artar. Uterus kan akımındaki artış yaklaşık 500ml/dk ile 700-800ml/dk arası değişmektedir (21).

Kan hacmi erken gebelikten itibaren anlamlı düzeyde artar ve 30-34. haftada en üst seviyeye ulaşır. Kan hacminde ortalama gebelik öncesi değer %40-50'si

oranında artış vardır. Artan kan miktarının çoğu plazmadır. Plazma 1300ml. artarken, eritrosit hacmi sadece 400-500 ml. artar. Bu da dilüsyonel etki ile fizyolojik bir anemi oluşmasına neden olur. Gebelikte Hg düzeyi 11 gr.dan, Htc. Düzeyi %34'ten ve eritrositler 3-5 milyondan az olursa anemiden söz edilir (13, 20, 22).

Artan kan hacmi ve kalp atım hacmine rağmen gebelerde kan basıncı artışı olmadığı gibi bir miktar da düşüş beklenebilir. Gebelikte minimal arteriyel sistolik basınç azalması (10-15 mmHg), ancak anlamlı diastolik basınç azalması (20-25 mmHg) görülür. Pozisyon kan basıncını etkiler. Sırtüstü yatan bir gebede uterusun vena kava inferiora basısı kalbe dönen kan miktarını azaltıp, önce taşikardi, ardından bradikardi ile beraber hipotansiyona yol açabilir. Buna “supin hipotansiyon sendromu” denir. Bunu önlemek için gebelere sol yanlarına yatmaları önerilir (13, 20, 22).

Gebelik öncesi ortalama 4500/ml'de olan lökosit sayısı gebelikte artarak 20.000/ml.'ye kadar yükselir. Lenfosit ve monosit sayısı aynı kalır. Gebelik pıhtılaşmaya eğilimin arttığı bir durumdur. Trombosit sayısında belirgin bir değişiklik olmaz. Trombositopeni varlığında, otoimmün hastalık, preeklampsi veya başka bir patolojik durum aranmalıdır. Gebelikte, değişik esansiyel koagülasyon faktörleri artar. Fibrinojen yükselir. Faktör VII, VIII, IX ve X gebelik süresince

progresif olarak artar. Bu fizyolojik değişiklikler kanama ve tromboembolik hastalıkları önlemeye yardımcı olur (13, 23).

#### **2.1.1.10. Endokrin Sistem**

Hipofiz ön lobunda belirgin bir hipertrofi meydana gelir. Plasenta kaynaklı östrojen ve progesteron hormon düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle Folikül Stimülan Hormon (FSH) ve Lüteinizan Hormon (LH) 'nun salgısı minimal düzeye iner. Buna karşın Adrenokortikotrop Hormon (ACTH) düzeyleri artar. Arka lobda hipertrofi görülmez. Salgılanan oksitosin ve vazopressin, gebelik boyunca plasenta ve kandaki bazı enzimler (Oksitokinaz fermenti) ve progesteron hormonu inaktive edilirler. Prolaktin salgısı artmıştır (28).



Tiroid belli bir düzeyde hipertrofiye uğrar. Total tiroksin (T4) ve Total triiyodotironin (T3) yükselir. Paratiroid bezler de hiperplazi ve hipertrofiye uğrar.

Parathormon salgısında artma vardır. Pankreas da belli bir büyüme dikkati çeker. Langerhans adacıkları genişler ve hiperinsülinemi oluşur. Gebelik süresince adrenal bezin büyüklüğünde değişiklik olmaz. Progesteronun natriüretik etkisini karşılamak için aldosteron sekresyonu belirgin olarak artar. Total ve serbest kortizol iki ya da üç kat artar (26).

### **2.1.2. Metabolik Değişiklikler**

#### **2.1.2.1. Kilo Alımı**

Gebelikte annenin aldığı kilo fetüsün büyümesini ve doğum kilosunu etkiler. Annenin beslenme durumunu değerlendirmek için ağırlığının boya oranı değerlendirilerek Beden Kitle İndeksine (BKİ) bakılır.

$$BKİ = \text{ağırlık (kg)} / \text{boy uzunluğu}^2 (\text{m}^2)$$

Gebelikte kilo alımı 12 -16 kg. arasında olup ortalama 12,5 kg.'dır. Genç adölesanlar için üst sınır, boyu 1.57 cm'den kısa olanlar için ise alt sınır geçerlidir. Gebeliğin ilk trimestirinde kilo alımı 1-2 kg. olup yavaş ve azdır. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestirlerinde ise kilo alımı her hafta ortalama ½ kg. olup daha fazladır. Bazal metabolizma yaklaşık %20 artar, oksijen gereksinimi çoğalır. Anne organizması, bütün enerji ve besin kaynaklarını, plasenta hormonlarının yönetimi altında fetüs için seferber eder. Gebelik dışında 2100 kalori olan günlük gereksinim, gebelikte 2500 kaloriye, emzirme döneminde ise 3000 kaloriye ulaşır (13, 29).

#### **2.1.2.2. Protein Metabolizması**

Gebelikte ortalama 900 gr. protein depolanır. Bu proteinlerin yarısı fetüs ve plasentada diğer yarısı ise annenin göğüslerinde, uterus ve kan dokularında depolanır. Gebelikte doku artışı nedeniyle protein metabolizması çok hızlıdır. Plazma proteinlerinin konsantrasyonunda değişiklikler görülür. Albumin konsantrasyonu önemli ölçüde azalırken, fibrinojen yükselir. Gebeliğin erken

dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer. Bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Bu yüzden gebelikte sık aralıklarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilir (13).

### **2.1.2.3. Karbonhidrat Metabolizması**

Gebelikte beslenmenin azalması ve fetüsün glikoza olan talebinin artması ile hipoglisemiye yatkınlık artar. Gelişen hipoglisemi kadınlar tarafından 'baygınlık hissi' olarak açıklanır. Gebelikte Plasental Laktojenik Hormon (PLH - hPL), anne insülinini duyarsız hale getirerek fetüsün sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesini sağlar. Bütün bu değişiklikler gebeliğin güçlü bir diabetojenik potansiyele sahip olduğunu düşündürmektedir (13).

### **2.1.2.4. Yağ Metabolizması**

Gebelik ketozise yatkınlıkla karakterizedir. Yağ asitlerinin oksidasyonunun artmasına bağlı olarak karaciğerde hızlandırılmış ketogenezis ortaya çıkar ve 'ketonemia' görülür. Anne dolaşımında artan keton cisimleri plasentayı geçer ve amniotik maide birikerek fetüse ulaşır ve sinir gelişimin bozar. Gebelikte yağ metabolizması da hızlanmıştır. Gebeliğin devamı sırasında %25 oranında lipemi oluşur, kolesterol düzeyi artar (13, 21).

### **2.1.2.5. Sıvı-Elektrolit Metabolizması**

Artmış su retansiyonu gebeliğin normal bir fizyolojik değişikliğidir. Termde fetüs, plasenta ve amniotik sıvının su içeriği yaklaşık 3,5 litredir. Gebelikteki su retansiyonunun nedenleri;

- Plazma ve eritrosit hacmindeki artış,
- Alt ekstremitelerde venöz basıncın artması,
- Sodyum retansiyonu,
- Böbreklerde reabsorbsiyon değişiklikleri,
- Östrojen hormonu'dur.

Su retansiyonuna paralel olarak sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde birikme vardır. Gebelikte demir ihtiyacı artmıştır. Özellikle gebeliğin 3. ayından itibaren anne adayına demir preparatları başlanmalıdır. Çünkü bu aydan itibaren fetüs karaciğerinde demir depolanmaya başlar ve bu demir doğumdan sonra ilk aylarda yenidoğan tarafından kullanılır (13, 21, 25).

### **2.1.3. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler**

Kadın yaşamında gebelik dönemi, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak yorumlanır. Çince’de kriz kelimesinin bir anlamı da “fırsatlar” dır. Yani bu dönem kadın için stres dolu bir deneyimin yanında çoğunlukla güçlü ve derin duyguların yaşandığı, gelişim için bir fırsat ve kendini tanıma, yaratıcılık için de bir şans olabilir (12, 30).

Her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir (13, 22, 24).

Birinci trimestir, kadının başarması gereken gelişimsel görev, gebeliğini kabul etmesidir. Bu trimestir sonunda gebe olduğunu ifade edebilmelidir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Menstruasyona ve gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir (13, 25).

İkinici trimestirda rahatsızlık veren gebelik belirtileri geçtiği veya hafiflediğinden ve vücudu gebeliğe uyum sağladığından dolayı kadın daha mutlu ve rahattır. Ailesi ve kendisi gebelik gerçeğini kabul etmiştir. İlk aylarda soyut olan fetüs varlığı, anne tarafından hareketlerinin hissedilmesi, ultrasonografide görüntülenmesi ve kalp seslerinin duyulması ile somut bir kavrama dönüşür (11).

İkinci trimestirde kadınlar fetüsü koruma yetenekleri hakkında endişelenir. Bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini gösterir. Kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşadığı için kendisine hayran ve içe dönük tanımlanır. Kıyafetleri, yediği besinler ve yaşadığı çevre öncesine göre daha önemlidir. Çevresel

olayların fetüsü etkileyip etkilemediğini değerlendirir. Bundan dolayı bazı kadınlar işlerine ve çevredeki diğer bireylere, daha az ilgi gösterirler (11, 13).

İlk trimestirde vücut şekli çok az değişmesine rağmen, ikinci trimestirde karnın açıkça çıkıntı oluşturması, belin kalınlaşması, memelerin genişlemesi gibi değişimler gebeliğin ifadesi olur. Kadının vücudu tüm hatları ile genişler. Kendisini başkalarından ayırmayı sağlayan ve güvenlik hissi veren belirli beden sınırları giderek kaybolur. Kadının gebelik döneminde değişen bedenine karşı neler hissettiği kendini tanımlaması ile anlaşılabilir (13, 31).

Üçüncü trimestirda gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Anne bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışır. İkinci trimestirde başlayan içe dönüklük bu dönemde de sürer. Duygusal dalgalanmalar olur. Kadın gebeliği ile gurur duyar, hem de doğum ile ilgili korkuları vardır. Fiziksel görünümü daha büyümüş ve hantallaşmıştır. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar (11, 13).

Anne adayı gebeliğin son aylarında fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlı olmaya başlar. Bu dönemde kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusunu yaşar. Bu nedenle de kendine çok dikkat eder. Son ayda anne, ilk trimestir de yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar (11, 13).

#### **2.1.4. Gebelikte Yaşanan Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar**

Gebelikte sık görülen problemler, sağlık personeli tarafından minör rahatsızlıklar olarak ele alınır. Ancak bu rahatsızlıklar gebe kadın için minör değildir. Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur (13).

Bu rahatsızlıklar yapı ve şiddet olarak hamileliğin evresine göre değişirler. Özellikle ilk ve son trimestirlerde ortaya çıkarlar. Bu görüşten yola çıkarak gebeliğin üç trimestirine şu benzetmeleri yapabiliriz:

Birincisi uyum dönemidir. Bu dönem ilk üç ay boyunca sürer. Hamilelik yerleşir, organizma uyum sağlar. Organizma daha çabuk ya da daha geç tepki verir. Vakaların çoğunda üçüncü aya doğru bütünüyle yok olacak sıkıntılar ortaya çıkabilir ancak bu sıkıntılar bazen hamileliğin başlangıcını zorlu kılar. Bulantılar ve kusmalar buna verilebilecek en sık rastlanan örneklerdir (11, 32, 33).

İkinci dönem, denge dönemidir. Bu dönem yedinci aya kadar yayılır. Annenin ve çocuğun vücutları birbirlerine mükemmel şekilde uyum sağlamış gibi gözükmektedir. Sıkıntılar genellikle durmuştur. Uterus henüz rahatsız edecek kadar hacimli değildir. Düşük tehlikeleri en aza inmiştir. Bu dönem hamileliğin en hoş dönemi olarak ifade edilir (32).

Dokuzuncu aya denk gelen üçüncü dönem, bitkinlik dönemidir. İki nedene dayalı sıkıntıların ortaya çıktığı dönemdir. Öncelikle fetüsün gelişip büyümesi ve buna bağlı artan uterus hacmi, yorgunluğa ve varislere neden olabilir. Sonra organizma doğuma hazırlandığından, pelvis bağları ve eklemlerinde olan değişimler ağrı sebebi olabilir (32, 33).

Gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar;

- Bulantı-Kusma
- Kokulara karşı hassasiyet
- Mide Yanması
- İştahta Artma-Azalma ve Aşerme
- Sık İdrara Çıkma
- Konstipasyon
- Diyare
- Hemoroidler
- Varisler ve Ödem

- Bacak krampları
- Bel Ağrısı
- Baş Ağrısı
- Solunum Güçlüğü
- Yorgunluk ve Uykusuzluk
- Halsizlik

Anne gebelikte görülen olağan rahatsızlıkların tehlikeli olmadığını gebeliğin fizyolojik bir olay olduğunu, basit önlemlerle bu sıkıntıların giderilebileceğini bilmelidir (11, 13, 14, 15, 34).

## **2.2. Depresyon**

Ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen depresyon duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin işlevselliğini bozan, çeşitli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur. Depresyonu bir sendrom olarak farklılaştıran bu belirtilerin sürekli olması ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında azalmaya yol açmasıdır (35).

Genel anlamıyla depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (36, 37).

Duygudurum bozuklukları (DB), 2500 yıldan beri insanoğlunun en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmış olmasına rağmen, yakın zaman içerisinde toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. DSÖ, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu dördüncü sıraya koymuştur (38).

Depresif hastalar enerji azlığından, görevleri tamamlamakta güçlük çektiklerinden, işte veya okulda başarısız olduklarından yakınırırlar. Depresif

hastaların %80'inde uyku problemleri izlenir. Bu hastalarda en sık görülen uyku bozuklukları sabahları erken kalkma, gece boyunca sık uyanma ve uyku sırasında ruminatif olarak problemlerin zihne gelmesidir. Çoğu hastada iştah azalmıştır ve kilo kaybedilir. Bununla beraber atipik depresif hastalarda iştah artışı, kilo alımı ve aşırı uyuma görülebilir. Depresif hastalarda psikomotor ajitasyon, yerinde duramama, el ovuşturma şeklinde anksiyete belirtileri de görülebilir (39).

### **2.2.1. Depresyon Tanı Ölçütleri**

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabına (DSM-V-TR) göre major depresyon tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir (35).

#### **DSM V'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında



ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

### **2.2.2. Depresyon İçin Risk Faktörleri ve Patogenez**

Depresyon toplumda sık ve yaygın görülen bir ruhsal bozukluktur. Her beş kadından ve her on erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara yakalanmaktadır (38). Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda birçok risk etkenine ve bazı etiyolojik etkenlere de yer verilmektedir:

1. Biyolojik etkenler: Depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan etkenler kabaca ve yüzeysel olarak; biyokimyasal, genetik, psikodinamik, toplumsal-çevresel etkenler olarak dört gruba ayrılabilir. Bu ayrımın ve etkenlerin bu durumla ilgisi, kendi aralarında sürekli ve dinamik bir etkileşim içinde olmalarıdır. Örneğin, biyokimyasal ve genetik etkenler kişinin ruhsal-toplumsal etkenlere yanıtını etkileyebilir (38, 40).

2. Genetik etkenler: Depresyonun genetik etkenlerle ilişkisini araştıran ve epidemiyolojik oranları etkileyen çalışmalar aile, evlatlık, ikiz ve “linkage” (bağlantı) çalışmalarıdır. Genetik risk kadınlarda ve erkeklerde değişmemektedir, aile öyküsünde depresyonun olması depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır (hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat artmaktadır). Tek yumurta ikizlerinde diğer ikizin hastalanma oranı çift yumurta ikizlerinden belirgin düzeyde daha yüksektir (tek yumurta ikizlerinde %50, çift yumurta ikizlerinde %10-25 arasındadır). Depresyonda aile öyküsünün olması, trisiklik tedaviye veya Elektro Konvülfiz Tedavi (EKT) 'ye iyi cevap alınacağıının ön belirleyicisi olabilir (41, 42).

3. Yaş: Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40 olup olguların büyük çoğunluğunda 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda

depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (43).

4. Cinsiyet: Yapılan bütün araştırmalarda kadınlarda depresyonun erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaş grubunda daha belirgindir. Bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu konuda çeşitli görüşler vardır. Muhtemel sebepler arasında ilk akla gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menopoz dönemi için böyle bir riskin söz konusu olmadığı bilinmektedir. Psikososyal nedenler de bu farklılığın nedenleri arasında sayılabilir. Çünkü ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde kadın hem anne hem iş kadını, hem eş hem de ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır. Bir de depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olduğu göz önüne alınırsa, cinsler arasındaki farklılık bu şekilde kısmen izah edilebilir (44). Ev kadınlarında psikolojik belirtilerin çalışan evli kadınlara göre daha fazla olduğu da bulunmuştur (45).

5. Stresli yaşam olayları ve kayıplar: Stresli yaşam olayları ve kayıplar arasında en önemlileri ölüm, boşanma, erken çocukluk yıllarında anne ya da baba kaybı, sağlık ya da parayla ilgili krizler, çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımı, tehdit edici yaşam olaylarıdır. Stresli yaşam olayları herkeste bir depresif nöbete neden olmaz. Bunlardan depresyonla en çok ilişkili olduğu kabul edilenler eş ölümü ve 11 yaşından önce anne kaybıdır (44).

6. Medeni durum: Çalışmaların birçoğunda ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda depresyon olduğu bulunmuştur. Depresyonun bekârlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğüne dair yayınlar da bulunmaktadır (46).

7. Sosyoekonomik durum: Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal

kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (43).

8. Kişilik özellikleri: Depresyon için özgül bir hastalık öncesi kişilik bozukluğu yoktur. Depresyona eğilimli kişilerin öz güvenlerinin düşük, üst benliklerinin güçlü, kişilerarası ilişkilerinde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde yetersiz oldukları bulunmuştur. Kişilik bozukluğu, depresyona yatkın bireylerde olumsuz yaşam olayları karşısında depresyonun ortaya çıkmasında dolaylı bir rol oynayabilir ya da oluşturduğu kişiler arası sorunlar nedeniyle depresyonun sürmesine neden olabilir (47).

9. İş durumu: İşin niteliğindeki değişiklikler ya da uygun olmayan iş koşullarının da risk etkeni olduğu gösterilmiştir. Ayrıca uzun yıllar devam eden sosyal işlev kaybının Mevsimsel Depresyon (MDB) oluşumunun altında yatan bir neden olduğu DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı bir çalışmada dile getirilmiştir (48).

10. Puerperal etkenler: Kadınlarda puerperal dönem, depresyonun yaygınlığı açısından özellikle Batı toplumlarında çok araştırılmıştır. Doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının yüksek bulunması (%10-20), bu dönemde önemli hormonal ve duygudurum değişikliklerinin yaygın olmasına, rol değişikliklerine, ruhsal-toplumsal stresörlerdeki artışa bağlanmaktadır (49).

11. Hastalıklar: Viral hastalıklar (influenza, Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu(AIDS)), endokrin hastalıklar (diyabet, guatr), nörolojik hastalıklar (epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), Romatoid artrit, kanser (özellikle pankreas, orofarenks ve meme kanserleri), alkol ve diğer madde bağımlılıkları gibi birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar mevcuttur (50). Depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceği ve kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır (51).

12. Diğerleri: Annelerin aşırı duygu dışı vurumu “expressed emotion”, çocuklarda depresyon riskini 3 kat arttırmaktadır. Göçmen kadınlarda, evsizlerde,

ailenin birinci çocuklarında depresyon riski daha yüksektir. Ülkemizdeki bir çalışmada en yüksek depresyon oranı çekirdek ailelerdeki, bir diğesinde ise geniş ailelerdeki bulunmuştur (40).

Depresyon riskini etkilemeyen özellikler ise şunlardır:

1. Irk ve etnik köken
2. Menopoz
3. Kültür

DB'nın patogenezi bakıldığında, presinaptik ve postsinaptik reseptörler ile nörotransmitterlerin ileti bozuklukları dikkat çekmektedir. Bu nörotransmitterlerden üzerinde en fazla durulanlar serotonin, noradrenalin, dopamin ve asetilkolindir. Ayrıca hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenin düzensizliklerinin de etiolojide rol oynadığı bildirilmektedir (52).

### **2.3. Postpartum Duygu-Durum Bozuklukları**

Postpartum dönem ve DB 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 (53). Brockington doğumu tüm psikiyatrik bozukluklar için tetikleyici olabilecek yaşam olaylarından genel bir stressör olarak görmüştür (54). Bu görüş doğum sonrası ortaya çıkan tüm klinik bozukluklar için günümüzde kabul görmektedir.

Postpartum DB üç kategoriye bölünmektedir; Postpartum hüznün (annelik hüznü), Postpartum Psikoz (PP) ve nonpsikotik PPD. Bu tablolar görülme sıklığı, başlangıç ve süreç olarak birbirinden farklılık göstermektedir.

#### **2.3.1. Annelik Hüznü**

Günümüzde postpartum hüznün, doğum sonu hüznün, bebek hüznü gibi kavramlar ile de ifade edilebilen annelik hüznü, postpartum ikinci ya da dördüncü günlerde ortaya çıkan, birkaç saatten iki haftaya kadar uzayabilen, geçici duygusal

değişiklikler olarak tanımlanmıştır (55, 56). Ancak tanı kriterleri eksikliği ve metodolojik farklılıklar nedeni ile annelik hüznünün standart bir tanımı yapılması güç olmuştur (57).

Annelik hüznü çeşitli toplum ve kültürlerde çalışılmış, sıklığı %40-60 arasında bulunmuştur (58, 59, 60).

Annelik hüznünün görülme sıklığı; kültür, sosyoekonomik statü, ırk ve kadınların kendini ifade şekillerine bağlı olarak da değişebildiği gibi, araştırma yöntemleri ve tanı kriterlerindeki farklılıklar nedeniyle de değişmektedir (61, 62, 63).

Doğum sonu ilk gün annelik hüznü belirtileri başlayan olgulara rastlansa da sıklıkla 3-7. günler arasında artarak görülmekte, özellikle 5. gün en yüksek seviyesine ulaşmaktadır. Doğum sonu 1 ve 2. günlerde %62,3, 4. günde %25,5, 6. günde %13 ve 10. günde %21 oranında görüldüğü rapor edilmiştir. Belirtilerin 2 hafta içerisinde son bulması beklenir. Belirtilerin gerilememesi durumunda anneler PPD gelişimi açısından takip edilmelidir (55, 56, 59, 60). Annelik hüznü ile PPD riskinin incelendiği bir çalışmada kadınların %15,3'ünde annelik hüznü belirtilerinin gözlemlendiği ve doğum sonu ilk 3 ayda bu kadınların yarısında PPD görüldüğü rapor edilmiştir (61).

Annelik hüznünün etiyolojisi halen çözülememesine karşın, çalışmalar hormonal değişiklikler, psikolojik faktörler, ekonomik koşullar ve sosyal yaşam ile aralarında kuvvetli bir ilişki varlığını göstermektedir (64).

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde iyileşiler. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (59, 65).

Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7-10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan

düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse kadınların hastaneye başvurması önerilmelidir (66).

### **2.3.2. Postpartum Psikoz**

Doğumdan sonra ilk 2 hafta içerisinde, en çok da doğumdan 48-72 saat sonra ortaya çıkan, sonrasında mani, ağır depresyon ya da akut polimorfik (sikloid) psikoz formunu alan bir hastalıktır. Puerperal psikoz olarak da adlandırılmaktadır (54, 67).

Postpartum Psikoz sıklıkla postpartum 3-14. günlerde görülür. Belirtiler, hastaların %80'inde ilk bir ay içinde görülebilmektedir. Görülme sıklığı 1000 doğumda 1-2 arasındadır (68, 69).

Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10-20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Bir kez puerperal psikoz geçiren bir kadının, daha sonraki gebeliğinde tekrarlama oranı %25- 50'dir (67).

Lohusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, DB öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükümlülüğü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (54, 67).

Postpartum psikoz, semptomları açısından çok değişkendir. Bu nedenle PP'u tanımlarken 'mercurial' kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial, civalı bir türlü yerinde durmayan değişken anlamındadır (70).

Postpartum psikoz belirtileri yorgunluk, huzursuzluk ve aşırı aktivite, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, konfüzyonlar, halüsinasyonlar, şüphecilik, dalgınlık, bebeğin sağlığına ilişkin takıntılı düşünceler ve gün içinde çok sık değişen bir ruh hali olarak sıralanabilir. Ayrıca anne her olumsuz olayın sorumlusu olarak kendini görebilmekte ve bebeğinin kendi çocuğu olmadığını, kendisinin doğum bile yapmadığını düşünebilmektedir (71, 72).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki

acılarından kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (65).

Postpartum psikozun PPD'dan ayırıcı tanısında; PPD'un klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi PP'a göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. PP'da bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (65, 73).

Tedavide genellikle antipsikotikler tercih edilir, antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda elektrokonvülsif tedavi uygulanabilir. Özellikle, intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan anne ile bebeğin ayrılması ve annenin hastanede tedavi edilmesi gereklidir. Tedavi olan PP'lu hastaların %95'i 2-3 ay içinde iyileşmektedir (68, 74).

#### **2.3.4. Postpartum Depresyon**

Postpartum depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen bir ruhsal hastalıktır.

Postpartum depresyonda anne- bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar (77, 78, 79).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşımaktan dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları PPD tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (80, 81). Bu sebeple birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında PPD akılda bulundurulması gereken bir durumdur (80, 82).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) postpartum ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak

tanımlanmamıştır. Postpartum depresyon, DSM-IV’de “DB” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (37). ICD-10’da ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları” ana başlığı altında “Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak bir bölüm ayrılmıştır (83). Postpartum depresyonda belirtiler ‘annelik hüznü’ tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir (84).

DSM-V kriterlerinde majör depresyon tanı kriterleri açısından farklılık yoktur fakat gebelik ve doğumla ilişkili depresyon vakalarının yaklaşık %50’sinin gebelikte görüldüğü gerekçesi ile 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 (4). ICD-10 kriterleri içinde de benzer şekilde doğumu takip eden 6 hafta içinde başlayan depresyon atağı olarak belirteç bulunmaktadır. Araştırmalarda ve klinik uygulamalarda postpartum periyodun farklı tanımları bulunmakla birlikte genel olarak doğum sonrası bir yıl bu süreyi tanımlamakta kullanılabilir (85).

#### **2.3.4.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı**

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 (86).

O’Hara ve Swain’nin (1996) PPD prevalansını belirlemeye yönelik yapılmış 58 çalışmanın metaanalizi sonucunda, kadınların yaklaşık olarak %13’ü doğumdan sonraki bir yıl içinde PPD yaşamaktadır (87).

Postpartum depresyonun 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 (67, 85). Postpartum ilk 4 hafta içinde %5,5 - %50,7 aralığında bildirilen PPD sıklığı postpartum 1 yıl için %6,0-%33,2 arasında bildirilmiştir (88).

Geriye yönelik epidemiyolojik taramalar ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin gebelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönem olmakta, ancak genellikle bu süre altıncı aya kadar uzayabilmektedir (89).

Postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir (90).

Cox ve arkadaşları PPD ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle EDSÖ'ni geliştirmişlerdir (91).

Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeğinin, zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilmesi bildirilmektedir (92). Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (93).

#### **2.3.4.2. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri**

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

#### **2.3.4.2.1. 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 (87). 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 (94). Sosyoekonomik seviye ile PPD arasında zayıf ama anlamlı ilişki gösteren meta-analiz çalışmaları da bu sonuçları destekler niteliktedir (87). 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 (86).

#### **2.3.4.2.2. Biyolojik Faktörler**

Postpartum dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormon düzeyindeki değişikliklerin depresyon etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (95).

Gebelik sürecince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir (84, 96).

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir (96, 97).

Prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile PPD arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (95, 96, 97).

Harris ve arkadaşları, tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile PPD arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür (98).

Geç başlangıçlı PPD tiroid hastalıklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri doğumdan sonra tiroid stimulan hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşebilmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına inerek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabilir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtiler daha sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikörlerinin ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir (96, 97).

Serum folat düzeyindeki düşüklük (hipofolatemi) depresif doğada psikiyatrik bozukluklara neden olabilir. Gebelik dönemi hipofolatemi açısından riskli bir dönem olduğu için PPD'un hipofolatemi ile ilgili olabileceği yönünde görüşler vardır (99).

Sinir impulslarının iletiminde rolü olan siklik adenosine monophosphate'in (cAMP) PPD gelişiminde etkili olduğu ve bu dönemde ruhsal değişiklikler yaşayan kadınlarda daha fazla bulunduğu bildirilmektedir (95).

#### **2.3.4.2.3. Klinik Risk Faktörleri**

Psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve gebelikteki DB 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 (87). Gebelikteki duygudurum da PPD gelişiminde orta-güçlü rol almaktadır (100, 101). Gebelik süresindeki yüksek anksiyete seviyesinin postpartum depresif semptomları önemli ölçüde predikte ettiği gösterilmiştir (87, 102).

Aile de psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması PPD gelişiminde risk faktörlerinden biridir (100). Bununla birlikte aile öyküsünün PP gelişimi riskinde artış sebebi olduğu fakat PPD gelişiminde önemli etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (87).

#### **2.3.4.2.4. Obstetrik ve İnfantil Faktörler**

Gebelikle ilişkili preeklampsi, hiperemezis, yalancı kontraksiyonlar ve doğumla ilişkili acil sezaryen, prematüre doğum, aşırı kanama gibi komplikasyonlar PPD gelişimi için obstetrik risk faktörleridir. Bu etkenlerin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, obstetrik faktörlerin PPD gelişiminde küçük ama anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur (87). 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 (103), daha büyük örneklemelerle çalışan ve ilişki olmadığını bildiren meta-analiz çalışmaları da mevcuttur (104). 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 (104). Emzirmeme ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla birlikte (104), ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (105). 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. Ayrıca bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması veya yenidoğan komplikasyonlarının oluşması da annede PPD gelişimini tetiklemektedir (106).

#### 2.3.4.2.5. Psikososyal faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (54, 70, 107, 108)

Landy ve arkadaşları, kendi hayatlarını kendilerinden çok dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin PPD açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler (84).

Psikoanalitik kuram, PPD' da bağımsız kendineliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Anne yalnızca alıcı rolünü kaybetmiş, besleyici rolünü üstlenmiştir. Gebeliğin sona ermesi, fetüsle olan yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin ya da bir aile üyesinin kaybını hatırlatabilmektedir (96).

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (96, 97).

Ayrıca gebe kadınların kendi anneleriyle ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir (70, 96, 109, 110).

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olmaktadır (70, 96). Nicolson PPD' u açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; PPD' u bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal model de doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD' un bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir (110). Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte,

gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, entelektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir. Buna göre, PPD gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (96, 110). Aile öyküsünde postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker (108). Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (96).

#### **2.3.4.3. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri**

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80’inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzeler. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (96)

Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif epizoda benzemektedir. Bunlar arasında;

- Kendini değersiz hissetme
- Anksiyete ve hatta panik ataklar

- Suçluluk
- Bebekle ilgili endişeler
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama
- Hareket ve konuşmada yavaşlık
- Ajitasyon veya hiperaktivite
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme)
- Uyku bozuklukları
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma
- Duygusal dengesizlik
- Öfke hissi
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma
- Seksi de içeren aktivitelerde azalma yer almaktadır (81, 89, 111, 112).

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe PPD bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (90, 113).

Postpartum depresyonun tekrarlama riski DB öyküsü olmayanlarda %50'ye, DB ya da PPD öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (81, 96).

#### **2.3.4.4. Postpartum Depresyonda Tanı**

Postpartum depresyonun tanısı klinik görüşme gerektirmektedir. Tanı, DSM-IV kriterlerine göre konur (111). Buna göre; aşağıda sıralanmış belirtilerin; bir tanesi

ilk 2 belirtiden biri olmak üzere, en az beşinin gün içerisinde hemen hemen gün boyu ve en az son on beş gündür devam ediyor olması, bu durumun doğumdan sonraki 4 haftadan itibaren bir dönemde başlaması gerekir:

- Hemen her gün ve günün büyük bir kısmında gözlenen çökkün bir duygudurum hali (kendini mutsuz, ağlamaklı, kederli hissetme hali)
- Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm ya da çoğu etkinliğe karşı ilgi ve zevk almada azalma (daha önce keyif alınan işler, hobiler ve alışkanlıklardan artık hoşlanmama, bıkkınlık, cinsel isteksizlik)
- Diyet uygulanmamasına karşın önemli derecede kilo kaybı ya da alımı (bir ay içinde vücut ağırlığının %5 'inden fazlasının artması ya da azalması) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalmanın olması
- Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku hali
- Hemen her gün olağan beyinsel ve vücutsal işlevsellik, hareketlilik halinde azalma ya da huzursuzluk
- Hemen her gün halsizlik, yorgunluk hisleri, daha önceki günler kadar enerjik hissetmeme
- Hemen her gün kendini değersiz hissetme, küçük görme, kendini beğenmeme, suçlu ya da günahkar hissetme hali
- Hemen her gün düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması (konuşulanlara, okunan şeylere, izlenenlere dikkatini verememe gibi) ya da kararsızlık hali
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları veya eylemlerinin varlığı (111).

Doğum yapan tüm kadınlar ya da ruhsal birtakım semptomları olan postpartum dönemdeki tüm kadınlarla klinik görüşme yapılması hem zaman açısından hem de ekonomik yönden yüksek maliyete sahiptir. Bu nedenle, problemi ortaya koymak için, çabuk uygulanabilen ve düşük maliyetli tarama araçlarının kullanılması daha yerinde bir yaklaşımdır (114). Bu amaçla geliştirilmiş, kadının ruhsal durumunu değerlendirmek için kullanılabilen bazı standart kendini bildirim



tarama araçları da bulunmaktadır. Depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu araçlar psikolojik sıkıntının derecesi hakkında bilgi verebilir ve kadının doğum sonrası depresyonda olduğunu gösterebilirler. Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, PPD'nin başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (Postpartum Depression Screening Scale=PDSS) gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (114).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve PDSS gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (90, 114). Postpartum depresyon saptanan kadınların yaklaşık yarısı semptomlarının gebelik sırasında başladığını ifade etmesine rağmen, bu konuda yapılmış olan çalışmalar, antenatal tarama araçlarının zayıf prediktivite ve düşük sensitiviteye sahip olduğunu göstermiştir, bu nedenle yalnızca postnatal tarama önerilmektedir (108).

Cox ve arkadaşları PPD ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle EDSDÖ'ni geliştirmişlerdir (107, 108). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir (115). Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (116).

#### **2.3.4.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi**

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (96, 97).

Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk iki haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması yönünde uyarıcı olmalıdır (90, 117).

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsif tedaviden (EKT) yararlanılabilmektedir (96).

#### **2.3.4.5.1. Psikoterapötik Tedavi**

Doğumla ilişkili DB'nın tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık, PPD tedavisinde etkisini kanıtlamıştır. Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (118).

Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (119).

#### **2.3.4.5.2. Farmakolojik Tedavi**

Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSGİ) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıftan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda Trisiklik Antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir.

Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir (119, 120).

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır. Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (120).

#### **2.3.4.5.3. Elektrokonzulziv Tedavi (EKT)**

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise PPD tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (90).

Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (121).

Hamilton 300 PPD vakasının %95'inde 6-7 hafta içinde EKT uygulaması ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak EKT, doğumu takip eden ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde EKT uygulanmasının derin ven trombozu ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (89).

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Alanı ve Özellikleri**

İç Anadolu Bölgesinde bulunan Akşehir; Ege Bölgesi ile Akdeniz Bölgesine 15' er Km. uzaklıkta, üç bölgenin kesiştiği bir yerde, doğu göller bölgesinde yer almaktadır. İlçe yüzölçümü 955 km<sup>2</sup>' dir. Denizden yüksekliği 1050 m' dir. Güneybatı kesiminde yer alan Konya iline bağlı Akşehir ilçesi, Konya - Afyon karayolu üzerinde olup Konya iline 135 km. Afyon iline 90 km. mesafededir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Konya Bölge Müdürlüğünden alınan, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilere göre Akşehirin nüfusu 31 Aralık 2016 tarihi itibarıyla 94 bin 232 dir. Erkek nüfusu 46.160 olup kadın nüfusu da 48.070 kişidir.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Konya ili Akşehir ilçesi ASM'ne başvuran 18 yaş ve üstü postpartum dönemdeki (doğum sonrası 2 hafta ile 12 ay arası) kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik olarak yapılmış kesitsel, analitik tipte bir çalışmadır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Konya ili Akşehir ilçesinde bulunan 11 adet ASM'nde yürütülmüştür. Akşehir ilçesinde günlük ortalama 40 adet bebek ve anne ASM'lerine takip, izlem ve aşı için başvurmaktadır.

Akşehir'de bulunan ASM'lerinden 6 tanesi Akşehir ilçe merkezinde, 5 tanesi ise çevrede yer alan mahallelerde bulunmaktadır. Bu ASM'rinin isimleri ise; Merkez 01 No'lu ASM, Merkez 02 No'lu ASM, Merkez 03 No'lu ASM, Merkez 04 No'lu ASM, Merkez 05 No'lu ASM, Merkez 06 No'lu ASM, Atakent ASM, Adsız ASM, Altuntaş ASM, Çakıllar ASM, Doğrugöz ASM'dir.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Konya ili Akşehir ilçesinde bulunan 11 ASM'e 1 Temmuz 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran, iki hafta ile bir yaş arası bebek sahibi olan anneler araştırmanın evrenini oluşturmuş olup tamamına ulaşılması hedeflendi. Verilen tarihler arasında 446 kadın ASM'lerine başvuru yaptı. Kadınların 96' sı vakitlerinin olmadığını belirterek, bilgilerini paylaşmak istemeyerek, araştırmaya dahil edilmek istemediklerini söyleyerek ve bebeklerinin huzursuz olduğunu dile getirerek araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olan 350 kadın ile görüşülerek araştırma tamamlandı (%78,5).

### **3.5. Etik**

Araştırma öncesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 12.04.2018 tarih ve 91 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair Etik Kurul Onayı; Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.06.2018 tarih ve 806.01.03 sayılı Bilimsel Araştırma onayı alınmıştır. Araştırma grubuna araştırmanın amacı ve gizliliği konusunda bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Hipotezleri**

- Kadının sosyo demografik özelliklere göre PPD görülme sıklığı farklılık göstermektedir.
- Sosyoekonomik düzey arttıkça/azaldıkça PPD görülme sıklığı artmaktadır/azalmaktadır.
- Kadının obstetrik özelliklere göre PPD görülme sıklığı farklılık göstermektedir.
- İstenmeyen bebek sahibi olmak PPD görülme sıklığını artırmaktadır.
- Gebelik sırasında kilo alımı arttıkça/azaldıkça PPD görülme sıklığı artmaktadır/azalmaktadır.

- Gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşayanlarda PPD görülme sıklığı yüksektir.
- Gebelik sürecinde sigara ve/veya alkol ve/veya madde kullananlarda PPD görülme sıklığı yüksektir.

### **3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler**

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon leği'nden alınan puan (13'ün altında ve 13 ve üstü puan alma durumu)

### **3.8. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler**

- Kadının son bebeğinin yaşı
- Kadının yaşı
- Kadının eğitim durumu
- Kadının alışma durumu
- Kadının resmi nikah durumu
- Kadının kaçıncı evliliği olduğu
- Kadının kaç yıllık evli olduğu
- Kadının ilk evlilik yaşı
- Kadının sosyal güvencesi
- Kadının eşinin eğitim durumu
- Kadının eşinin çalışma durumu
- Kadının gelir düzeyi
- Kadının ekonomik durum algısı
- Kadının evde birlikte yaşadığı kişi sayısı
- Kadının evde birlikte yaşadığı kişiler
- Kadının yaşadığı evin kime ait olduğu

- Evlilik kararının nasıl verildiği
- Kadının son gebeliği isteme durumu
- Kadının, istemeden gebe kaldı ise, gebe kaldığında kullandığı doğum kontrol yöntem durumu
- Kadının toplam gebelik sayısı
- Kadının toplam canlı doğum sayısı
- Kadının toplam ölü doğum sayısı
- Kadının toplam kendiliğinden düşük sayısı
- Kadının toplam isteyerek düşük sayısı
- Kadının toplam yaşayan çocuk sayısı
- Kadının toplam sezaryen doğum sayısı
- Kadının toplam normal doğum sayısı
- Kadının son gebeliğindeki ağırlık artışı
- Kadının son doğum şekli
- Kadının önceki gebeliklerinde/doğum sonrası dönemde depresyon tanısı alma durumu
- Kadında tanı konmuş kronik hastalık varlığı
- Kadında gebelik sürecinde tıbbi sorun varlığı
- Kadında gebeliğe bağlı bulantı-kusma varlığı
- Kadının herhangi bir hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu
- Kadının sigara kullanma durumu
- Kadının alkol kullanma durumu
- Kadının bağımlılık yapıcı madde kullanma durumu
- Kadının son bebeğinin cinsiyeti
- Kadının son bebeğinin doğum ağırlığı

- Kadının son bebeğinin beslenme şekli
- Kadının aile içinde sorun yaşama durumu
- Kadının sorunlarını ailesi ve arkadaşları ile paylaşma durumu
- Kadının kendini nasıl hissettiği

### **3.9. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

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

### **3.10. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

Araştırmaya;

- Gebelikte ve gebelik öncesi dönemde depresyonu olan bireyler
- 18 yaşından küçük olan kadınlar
- Okur yazar olmayan kadınlar alınmamıştır.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analiz**

Verilerin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 sürüm programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama  $\pm$  standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri, nominal değişkenler için ise olgu sayısı ve yüzde (%) olarak gösterildi.

Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirildi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre depresif semptomlar açısından yüksek riskli sonuçları etkileyen değişkenlerin bağımsız risk faktörü olup olmadığı belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi



yöntemi ile belirlenerek risk katsayıları belirtildi. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edildi.

### **3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları**

Araştırma; Konya ili Akşehir ilçesi ASM'lerine başvuran kadınlar üzerinde yürütüldüğü için, sonuçları tüm topluma genellemek mümkün değildir. Bekleme salonunda bekleyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler görüşme odasına alındı. Annelere yapılacak çalışma hakkında bilgi verildi. Annelerle görüşme odasında yüz yüze görüşülerek Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1) dolduruldu. On sorudan oluşan EDSDÖ (Ek 2) içeren formlar katılımcılara dağıtılarak, gözlem altında birebir kendileri tarafından cevaplandı. Katılımcıların istekleri doğrultusunda isim soy isim ve telefon bilgileri kayıt edilmedi. Ölçeklerin puanlandırılması hemen yapıldı. Çalışmanın yapıldığı bölgede yaşayan kadınlar genel olarak gündelik işlerde çalışmaktaydı. Buna bağlı olarak çalışan kişi yüzdesi yüksek bulunmuştur. Sağlık güvencesi yüzdesinin yüksek bulunması ise özel sağlık sigortası ve eşinin bağlı olduğu güvence ile ilişkili bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan EDSDÖ tanı koydurucu bir ölçek olmadığından semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Yapılan çalışmada riskli bulunan kişiler klinik tanı ve tedavi için psikiyatriye yönlendirilmekle birlikte araştırmacı tarafından klinik doğrulaması yapılmamıştır.

### **3.13. Veri Toplama Formları ve Depresyon Ölçeği**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, annenin demografik bilgilerini ve depresyon açısından risk faktörü olabilecek özelliklerini içeren 36 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). On sorudan oluşan EDSDÖ (Ek 2) ölçeği ile birlikte toplam 46 soruluk bir anket uygulanmıştır. İki anketin uygulanması her bir kadın için ortalama 30 dakika sürmüştür.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini

ve güvenilirliğini kanıtlayarak PPD'ü tanımda kullanılabilen bir araç olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama amacıyla kullanılabilceğı bildirilmektedir (91).

Türkiye'de 2 ayrı araştırmada geçerlilik çalışması yapılmış ve kesme puanının 13 olarak alındığında gerçek depresif semptomu olan kişileri saptamada daha duyarlı olduğı bildirilmektedir. Postpartum dönemde EDSDÖ'nin duyarlılığı %86, özgülüğü %76 olarak saptanmıştır (116, 122).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğı tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ile doğrulanması gerekmektedir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğı her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini sorgulayan ve 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ölçeğidir (116). Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğı'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (26). Her bir maddeye 0-3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır.

Bu çalışmada kesme puanı 13 olarak alınmıştır. 13 ve üzeri puan alanlar PPD için riskli grup olarak kabul edildi.

Yanıtlar 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan en az 5'inin yanıtının "Pozitif" olması durumunda majör depresif bozukluk tanısı kabul edilir. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan 2-4'ünün yanıtının "Pozitif" olması durumunda minör depresif bozukluk tanısı kabul edilir (123).

## 4. BULGULAR

Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Grubun %35,7'si (n=125) ilçe merkezine yakın olan mahallelerde ikamet etmekteydi. Kadınların %49,1'i (n=172) 8 yıl ve altı formal eğitim almış, %84,9'u (n=297) çalışmakta, %87,7'sinin (n=307) sağlık güvencesi bulunmaktaydı. Kadınların %59,4'ü (n=208) gelir durumlarının orta düzeyde olduğunu ifade ederken %2,9'u (n=10) gelirlerinin kötü olduğunu ifade etmişti. Yüzde 18,9'u (n=66) eşi, çocukları ve eşinin akrabaları ile yaşarken %1,4'ü (n=5) ise eşi, çocukları ve kendi akrabaları ile yaşamaktaydı. Kadınların %46,3'ü (n=162) yaşadıkları evin kira olduğunu belirtmişti. Yüzde 8,9'u (n=31) kronik bir hastalığının bulunduğunu ifade etti. Yüzde 7,1'i (n=25) sigara kullanmakta, %52,0'ı (n=13) günde 1 paketten az sigara içmekteydi. Kadınların içerisinde alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanan kimseye rastlanmadı. Grubun %83,1'i (n=291) ruh sağlığını çok iyi-iyi olarak değerlendirdiğini belirtti.

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
<b>İkamet edilen yer</b>		
Merkez	225	64,3
Belde	125	35,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Formal eğitim almayanlar	7	2,0
8 yıl ve altı formal eğitim alanlar	172	49,1
Lise mezunu	111	31,7
Üniversite mezunu	80	17,1
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	297	84,9
Çalışmıyor	53	15,1
<b>Sağlık güvencesi durumu</b>		
Var	307	87,7
Yok	43	12,3
<b>Gelir algısı</b>		
İyi	132	37,7
Orta	208	59,4
Kötü	10	2,9
<b>Evde kimlerle yaşadığı</b>		
Eşi ve çocukları	279	79,7
Eşi, çocukları ve eşin akrabaları	66	18,9
Eşi, çocukları ve kendi akrabaları	5	1,4
<b>Evin kime ait olduğu</b>		
Kendilerinin	124	35,4
Kira	162	46,3
Aile büyüklerinin	64	18,3
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	31	8,9
Yok	319	91,1
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	25	7,1
Hayır	325	92,9
<b>Sigara kullanma miktarı*</b>		
1 paketten az	13	52,0
1 paket ve fazlası	12	48,0
<b>Kendi değerlendirmesi ile ruh sağlığı</b>		
Çok iyi -İyi	291	83,1
Orta - Kötü	59	16,9
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

\*Sigara kullananlar içinde (n=25) sigara kullanım miktarı

Kronik hastalığı olan kadınların hastalıkları ile bilgiler Tablo 4.2’de verilmiştir. Grubun %8,9’unun (n=31) kronik hastalığı bulunmakta ve bu kadınların %45,2’sinde (n=14) tiroid hastalıkları görülmekte, grubun %6,5’inde (n=2) tiroid hastalıkları ile birlikte diyabetes mellitus görülmektedir. Yüzde 6,5’inde (n=2) Hepatit B virüsü görülmekte %6,5’inde (n=2) FMF (Familial Mediterranean Fever-Ailevi Akdeniz Ateşi) hastalığı görülmekteydi.

**Tablo 4.2.** Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler

<b>Hastalık</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Tiroid hastalıkları	14	45,2
Astım	6	19,4
Hipertansiyon	3	9,7
Diabetes mellitus	2	6,5
Kalp hastalıkları	2	6,5
Hepatit B	2	6,5
Ailevi akdeniz ateşi (FMF)	2	6,5
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun eşi ve evliliği ile ilgili özellikleri Tablo 4.3’de verilmiştir. Kadınların %38,0’nın (n=133) eşi lise mezunu %2,3’ünün (n=8) eşi çalışmaktaydı. Yüzde 2,9’unun (n=10) ikinci evliliği, %0,6’sının (n=2) resmi nikahı bulunmamaktaydı. Grubun %44,6’sı (n=156) görücü usulü olarak evliliklerini gerçekleştirmişti. Yüzde 74,9’u (n=262) ailesinde sorun yaşamadıklarını %96,0’ı (n=336) ailesi ile sorunlarını paylaşabildiğini ifade etti.

**Tablo 4.3.** Eş ve Evlilik İle İlgili Özellikler

Özellikler	Sayı	%
<b>Eşinin eğitim durumu</b>		
8 yıl ve altı formal eğitim alanlar	121	34,6
Lise mezunu	133	38,0
Üniversite mezunu	96	27,4
<b>Eşinin çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	342	97,7
Çalışmıyor	8	2,3
<b>Kaçıncı evlilik olduğu</b>		
1. evlilik	340	97,1
2. evlilik	10	2,9
<b>Evlilik kararının nasıl verildiği</b>		
İsteyerek	194	55,4
Görücü usulü	156	44,6
<b>Ailede sorun yaşama durumu</b>		
Evet	88	25,1
Hayır	262	74,9
<b>Aile ile sorun paylaşma durumu</b>		
Evet	336	96,0
Hayır	14	4,0
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

Aile içinde sorun yaşadığını belirten kadınların kendi ifadeleri ile yaşadığı sorunlar (n=88) Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Grubun %10,2’si (n=9) aile içerisinde yaşanan sorunun anlaşmazlık olduğunu ifade etti, %72,7’si (n=64) aile içerisinde sorun yaşadığını belirtti, yaşanan sorunun ne olduğunu belirtmedi.

**Tablo 4.4.** Araştırma Grubunun Kendi İfadesi İle Sorunları

Sorunun Ne Olduğu	Sayı	%
Belirtmedi	64	72,7
Anlaşmazlık	9	10,2
Geçimsizlik	4	4,5
Baskı	3	3,4
Gerginlik	3	3,4
Düşüncesizlik	2	2,3
Kaba davranışlar	2	2,3
Aile içi çatışma	1	1,1
<b>Toplam</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun sayısal tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.5’de gösterilmiştir. Grubun yaş ortalaması  $28,5 \pm 5,5$  (min=18 - maks=42), ortalama evlilik süresi  $7,1 \pm 4,9$  (min=1 - maks=23), kadınların evlilik yaşı ortalaması  $21,2 \pm 3,8$  (min=15 - maks=38), gelir ortalaması  $3583,6 \pm 2557,8$  TL/ay (min= 1000 - maks= 18000 tl), ortalama evde yaşayan kişi sayısı  $4,4 \pm 1,3$ ’dü (min=2 - maks=10).

**Tablo 4.5.** Araştırma Grubunun Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Min	Maks	Median	Ort $\pm$ SS
Yaş (yıl)	18,0	42,0	28,5	$28,5 \pm 5,5$
Evlilik yılı	1,0	23,0	6,0	$7,1 \pm 4,9$
İlk evlilik yaşı	15,0	38,0	20,0	$21,2 \pm 3,8$
Gelir (TL/ay)	1000,0	18000,0	2950,0	$3583,6 \pm 2557,8$
Evde yaşayan kişi sayısı	2,0	10,0	4,0	$4,4 \pm 1,3$

Min= Minimum, Maks= Maksimum, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun gebelik ile ilgili özellikleri Tablo 4.6'da verilmiştir. İsteyerek gebe kalan kadınlar %84,6 (n=296) herhangi bir korunma yöntemi kullanmazken kadınların %15,4'ü (n=54) istemeden gebe kalmıştı. Son gebeliğini istemeyen kadınların (n=54) %7,4'ü (n=4) gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmamıştı. Gebeliği istemeyen kadınların %82,0'ı (n=41) geri çekme yöntemi ile %10,0'ı (n=5) prezervatif ile ve %8,0'ı (n=4) oral kontraseptif ile korunduklarını belirtti. Grubun %59,1'inin (n=207) son gebelikleri sezaryen doğum ile sonuçlanmıştı. Yüzde 4,6'sı (n=16) daha önceki gebeliklerinde depresyon tanısı almış, %91,7'si (n=321) gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirmemiş, %64,9'unun (n=227) gebelikte bulantı kusması olmuş, %17,7'si (n=62) gebelik sırasında herhangi bir sebeple hastaneye yatmıştı.

**Tablo 4.6.** Araştırma Grubunun Gebelik İle İlgili Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
<b>Gebeliği isteme durumu</b>		
İstemiş	296	84,6
İstememiş	54	15,4
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu*</b>		
Kullanmamış	4	7,4
Kullanmış	50	92,6
<b>Son doğum şekli</b>		
Normal doğum	143	40,9
Sezaryen doğum	207	59,1
<b>Daha önceki gebeliklerinde depresyon tanısı alma durumu</b>		
Evet	16	4,6
Hayır	334	95,4
<b>Gebelik sırasında hastalık geçirme durumu</b>		
Evet	29	8,3
Hayır	321	91,7
<b>Gebelikte bulantı-kusma durumu</b>		
Evet	227	64,9
Hayır	123	35,1
<b>Gebelikte hastaneye yatış durumu</b>		
Evet	62	17,7
Hayır	288	82,3
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

\* İstemeden gebe kalanlar içinde (n=54) gebeliği önleyici yöntem kullananlar



Araştırma grubunun gebelikle ilgili sayısal tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.7’de verilmiştir. Grubun ortalama gebelik sayısı  $2,5 \pm 1,3$  (min=1 - maks=8), ortalama canlı doğum sayısı  $2,01 \pm 1,0$  (min=1 - maks=6), ortalama ölü doğum sayısı  $0,1 \pm 0,4$  (min=0 - maks=4), ortalama kendiliğinden düşük sayısı  $0,3 \pm 0,6$  (min=0 - maks=4), ortalama isteyerek düşük sayısı  $0,1 \pm 0,3$  (min=0 - maks=2), ortalama yaşayan çocuk sayısı  $2,0 \pm 1,0$  (min=1 - maks=6), ortalama sezaryen doğum sayısı  $1,0 \pm 1,0$  (min=0 - maks=4), ortalama normal doğum sayısı  $1,0 \pm 1,2$  (min=0 - maks=6), ortalama gebelikteki ağırlık artışı  $11,7 \pm 4,6$  kg’dı (min=0 - maks=30 kg).

**Tablo 4.7.** Araştırma Grubunun Gebelik İle İlgili Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Min	Maks	Median	Ort $\pm$ SS
Toplam gebelik sayısı	1,0	8,0	2,0	$2,5 \pm 1,3$
Toplam canlı doğum sayısı	1,0	6,0	2,0	$2,1 \pm 1,0$
Toplam ölü doğum sayısı	0,0	4,0	0,0	$0,1 \pm 0,4$
Toplam kendiliğinden düşük sayısı	0,0	4,0	0,0	$0,3 \pm 0,6$
Toplam isteyerek düşük sayısı	0,0	2,0	0,0	$0,1 \pm 0,3$
Toplam yaşayan çocuk sayısı	1,0	6,0	2,0	$2,0 \pm 1,0$
Toplam sezaryen doğum sayısı	0,0	4,0	1,0	$1,0 \pm 1,0$
Toplam normal doğum sayısı	0,0	6,0	1,0	$1,0 \pm 1,2$
Gebelikteki ağırlık artışı (kg)	0,0	30,0	11,0	$11,7 \pm 4,6$

Min= Minimum, Maks= Maksimum, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun son bebeğinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Kadınların %50,3'ünün (n=176) bebeğinin cinsiyeti kızdı. Bebeklerinin beslenmesi ise 4 ay altı bebekler için %70,1'ine (n=124) şu anda sadece anne sütü verilmekte, 4 ay ve üzeri bebekler için %53,2'sine (n=92) şu anda anne sütü ve ek gıda verilmekteydi.

**Tablo 4.8.** Araştırma Grubunun Son Bebeğinin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>			
	Kız	176	50,3
	Erkek	174	49,7
<b>Bebeğin beslenme şekli</b>			
	4 ay altı (n=177)		
	Anne sütü	124	70,1
	Mama	11	6,2
	Mama ve ek gıda	2	1,1
	Anne sütü ve mama	31	17,5
	Anne sütü ve ek gıda	8	4,5
	Anne sütü, mama ve ek gıda	1	0,6
	4 ay ve üzeri (n=173)		
	Anne sütü	34	19,7
	Mama	3	1,7
	Anne sütü ve ek gıda	92	53,2
	Anne sütü ve mama	12	6,9
	Anne sütü, mama ve ek gıda	19	11,0
	Mama ve ek gıda	9	5,2
	Ek gıda	4	2,3
<b>Toplam</b>		<b>350</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun son bebeğinin sayısal tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.9'da verilmiştir. Gruptaki kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması 3173,5 ± 444,9 gr (min=1360 - maks=4390 gr), bebeklerin gün sayılarının ortalaması ise 139,7 ± 96,4'dü (min=14 - maks=362).

**Tablo 4.9.** Araştırma Grubunun Son Bebeğinin Sayısal Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Min	Maks	Median	Ort ± SS
Doğum ağırlığı (gr)	1360,0	4390,0	3200,0	3173,5 ± 444,9
Bebeğin yaşı (gün)	14,0	362,0	119,5	139,7 ± 96,4

Min= Minimum, Maks= Maksimum, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanlarına göre) depresif semptom görülme durumunun tanımlayıcı özelliklere göre dağılımları Tablo 4.10'da görülmektedir. Yaşanılan yere göre (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. İlçe merkezinde yaşayanlarda (%12,4) beldede yaşayanlara göre (%3,2) daha fazla depresif semptom görülmekteydi ( $\chi^2=8,267$  ve  $p=0,003$ ). Evde yaşanılan kişilere göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi ( $\chi^2=10,880$  ve  $p=0,004$ ). Eş ve çocukları ile yaşayanlarda (%10,4) eşinin akrabaları ile birlikte yaşayanlara göre (%1,5) daha fazla depresyon görülmekteydi ( $\chi^2=4,241$  ve  $p=0,039$ ). Kendi akrabaları ile yaşayanlarda (%40,0) eşinin akrabaları ile yaşayanlara göre (%1,5) daha fazla depresif semptom görülmekteydi ( $\chi^2=17,011$  ve  $p=0,012$ ). Kendi değerlendirmesi ile ruh sağlığı çok iyi-iyi olanlara göre orta-kötü olanlarda depresif semptom görülme sıklığı artmaktaydı ( $\chi^2=45,428$  ve  $p<0,001$ ). Tablo 4.10'da görülen diğer tanımlayıcı özelliklere göre (eğitim durumu, kadının çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir algısı, yaşadığı evin kime ait olduğu, sigara kullanma durumu, sigara kullanma miktarı) depresif semptom görülme sıklığı anlamlı farklılık göstermedi ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	EDSDÖ Puanı			
		Depresif semptom yok		Depresif semptom var	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>İkamet edilen yer</b>					
Merkez	225	197	87,6	28	12,4
Belde	125	121	96,8	4	3,2
$\chi^2=8,267, p=0,003$					
<b>Eğitim durumu</b>					
Formal eğitim almayanlar	7	6	85,7	1	14,3
8 yıl ve altı formal eğitim alanlar	172	150	87,2	22	12,8
Lise mezunu	111	106	95,5	5	4,5
Üniversite mezunu	80	56	93,3	4	6,7
$\chi^2=6,296, p=0,098$					
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	297	268	90,2	29	9,8
Çalışmıyor	53	39	92,9	3	7,1
$\chi^2=0,912, p=0,444$					
<b>Sağlık güvencesi durumu</b>					
Var	307	279	90,9	28	9,1
Yok	43	39	90,7	4	9,3
$\chi^2=0,002, p=1,000$					
<b>Gelir algısı</b>					
İyi	132	122	92,4	10	7,6
Orta	208	188	90,4	20	9,6
Kötü	10	8	80,0	2	20,0
$\chi^2=1,865, p=0,394$					
<b>Evde kimlerle yaşadığı</b>					
Eşi ve çocukları	279	250	89,6	29	10,4
Eşi, çocukları ve eşin akrabaları	66	65	98,5	1	1,5
Eşi, çocukları ve kendi akrabaları	5	3	60,0	2	40,0
$\chi^2=10,880, p=0,004$					
<b>Evin kime ait olduğu</b>					
Kendilerinin	124	114	91,9	10	8,1
Kira	162	149	92,0	13	8,0
Aile büyüklerinin	64	55	85,9	9	14,1

$\chi^2=2,282, p=0,319$					
<b>Kronik hastalık varlığı</b>					
Var	31	25	80,6	6	19,4
Yok	319	293	91,8	26	8,2
$\chi^2=4,270, p=0,050$					
<b>Sigara kullanma durumu</b>					
Evet	25	22	88,0	3	12,0
Hayır	325	296	91,1	29	8,9
$\chi^2=0,265, p=0,489$					
<b>Sigara kullanma miktarı*</b>					
1 paketten az	13	11	84,6	2	15,4
1 paket ve fazlası	12	11	91,7	1	8,3
$\chi^2=0,294, p=1,000$					
<b>Kendi değerlendirmesi ile ruh sağlığı</b>					
Çok iyi -İyi	291	278	95,5	13	4,5
Orta - Kötü	59	40	67,8	19	32,2
$\chi^2=45,428, p<0,001$					
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>318</b>	<b>90,9</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

\*Satır yüzdesi

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanlarına göre) depresif semptom görülme durumunun kronik hastalıklarına göre dağılımı Tablo 4.11’de görülmektedir. Kronik hastalığın türüne göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi ( $\chi^2=11,475$  ve  $p=0,043$ ). Astımı olan kadınlarda depresif semptom görülme sıklığı (%66,7) diğerlerinden daha fazlaydı ve bu fark anlamlıydı. Astımlı olan kadınlar analiz dışı bırakılınca anlamlı fark ortadan kaybolmaktaydı ( $\chi^2=1,708$  ve  $p=1,000$ ).

**Tablo 4.11.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı

Özellikler	Hastalıklar	Sayı	EDSDÖ Puanı			
			Depresif semptom yok		Depresif semptom var	
			Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Kronik hastalıklar*</b>						
	Tiroid hastalığı olanlar	14	12	85,7	2	14,3
	Tiroid hastalığı olmayanlar	336	306	91,1	30	8,9
$\chi^2=0,464, p=0,372$						
	Astımı olanlar	6	2	33,3	4	66,7
	Astımı olmayanlar	344	316	91,9	28	8,1
$\chi^2=24,317, p=0,001$						
	Hipertansiyonu olanlar	3	3	100,0	0	0,0
	Hipertansiyonu olmayanlar	347	315	90,8	32	9,2
$\chi^2=0,304, p=1,000$						
	Diabetes mellitusu olanlar	2	2	100,0	0	0,0
	Diabetes mellitusu olmayanlar	348	316	90,8	32	9,2
$\chi^2=0,202, p=1,000$						
	Kalp hastalıkları olanlar	2	2	100,0	0	0,0
	Kalp hastalıkları olmayanlar	348	316	90,8	32	9,2
$\chi^2=0,202, p=1,000$						
	Hepatit B'si olanlar	2	2	100,0	0	0,0
	Hepatit B'si olmayanlar	348	316	90,0	32	9,2
$\chi^2=0,202, p=1,000$						
	Ailevi akdeniz ateşi (FMF) olanlar	2	2	100,0	0	0,0
	Ailevi akdeniz ateşi (FMF) olmayanlar	348	316	90,8	32	9,2
$\chi^2=0,202, p=1,000$						
$\chi^2=11,475, p=0,043$						
<b>Toplam</b>		<b>31</b>	<b>318</b>	<b>90,9</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

\* Tüm grubun içerisinde kronik hastalığı olanlar (n=31)

\*Satır yüzdesi

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme sıklığının eş ve evlilikle ilgili özelliklere göre dağılımları Tablo 4.12’de görülmektedir. Eşinin eğitim durumuna göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi ( $\chi^2=12,983$  ve  $p=0,002$ ). Eşi 8 yıl ve altı formal eğitim almış olanlar analizden çıkarıldığında farklılık kaybolmaktaydı ( $\chi^2=0,780$  ve  $p=0,377$ ). Başka bir ifadeyle farkı oluşturan eşi 8 yıl ve altı formal eğitim almış olanlarda görülen depresif semptom sıklığıydı (%16,5). Eşi çalışmayanlarda (%37,5) çalışanlara göre (%8,5) daha fazla depresif semptom görülmekteydi ( $\chi^2=7,925$  ve  $p=0,005$ ). Eşi ile görücü usulü evlenenlerde (%13,5) isteyerek evlenenlere göre (%5,7) daha yüksek depresif semptom görülmekteydi ( $\chi^2=5,416$  ve  $p=0,020$ ). Tablo 4.12’de görülen diğer eş ve evlilik ile ilgili özelliklere göre ( kadının kaçınıcı evliliği olduğu, aile ile sorun yaşama durumu ve aile ile sorun paylaşma durumu) depresif semptom görülme sıklığı bakımından anlamlı bir fark belirlenmedi ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Eş ve Evlilik ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	EDSDÖ Puanı			
		Depresif semptom yok		Depresif semptom var	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Eşinin eğitim durumu</b>					
8 yıl ve altı formal eğitim alanlar	121	101	83,5	20	16,5
Lise mezunu	133	128	96,2	5	3,8
Üniversite mezunu	96	89	92,7	7	7,3
$\chi^2=12,983, p=0,002$					
<b>Eşinin çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	342	313	91,5	29	8,5
Çalışmıyor	8	5	62,5	3	37,5
$\chi^2=7,925, p=0,005$					
<b>Kaçıncı evlilik olduğu</b>					
1. evlilik	340	308	90,6	32	9,4
2. evlilik	10	10	100,0	0	0,0
$\chi^2=1,036, p=0,309$					
<b>Evlilik kararının nasıl verildiği</b>					
İsteyerek	194	183	94,3	11	5,7
Görücü usulü	156	135	86,5	21	13,5
$\chi^2=5,416, p=0,020$					
<b>Ailede sorun yaşama durumu</b>					
Evet	88	80	90,9	8	9,1
Hayır	262	238	90,8	24	9,2
$\chi^2=0,0, p=1,000$					
<b>Aile ile sorun paylaşma durumu</b>					
Evet	336	304	90,5	32	9,5
Hayır	14	14	100,0	0	0,0
$\chi^2=1,468, p=0,226$					
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>318</b>	<b>90,9</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

\*Satır yüzdesi

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme durumuna göre sayısal tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.13’de görülmektedir. Depresif semptom görülenlerin aylık ortalama geliri (2450,5 ± 1472,3 TL/ay) depresif semptom görülmeyenlerinkinden (3697,6 ± 2616,9 TL/ay) daha düşüktü



( $p=0,008$ ). Tablo 4.13’de görülen diğer sayısal tanımlayıcı özellikler (ortalama yaş, ortalama evlilik süresi, ortalama ilk evlilik yaşı, ortalama evde yaşanan kişi sayısı) depresif semptom görülme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Ort ± SS	EDSDÖ Puanı		<i>p</i>
		Depresif Semptom yok	Depresif semptom var	
		Ort ± SS	Ort ± SS	
Yaş (yıl)	28,5 ± 5,5	28,5 ± 5,5	28,3 ± 5,5	0,790
Evlilik yılı	7,1 ± 4,9	7,1 ± 4,9	7,6 ± 5,5	0,562
İlk evlilik yaşı	21,2 ± 3,8	21,4 ± 3,8	20,7 ± 3,4	0,325
Gelir (TL/ay)	3583,6 ± 2557,8	3697,6 ± 2616,9	2450,5 ± 1472,3	<b>0,008</b>
Evde yaşayan kişi sayısı	4,4 ± 1,3	4,5 ± 1,4	4,3 ± 1,2	0,534

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği  
Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme durumunun gebelik ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.14’de görülmektedir. Gebelik esnasında herhangi bir sebeple hastaneye yatan kadınlarda (%1,6) hastaneye yatmayan kadınlara göre (%10,8) depresif semptomlar daha az görülmektedir ( $\chi^2=5,573$  ve  $p=0,018$ ). Tablo 4.14’de görülen diğer gebelik ile ilgili özelliklere göre (gebeliği isteme durumu, son hamileliğinden önceki süreçte gebelik önleyici yöntem kullanma durumu, son bebeğinin doğum şekli, daha önceki gebeliğinde gebeliklerinde depresyon tanısı alma durumu, gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirme durumu, gebelikte bulantı/kusma durumu) depresif semptom görülme sıklığı bakımından anlamlı bir farklılık belirlenmedi ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Gebelik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	EDSDÖ Puanı				
		Depresif Semptom yok		Depresif semptom var		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
<b>Gebeliği isteme durumu</b>						
İstemiş	296	272	91,9	24	8,1	
İstememiş	54	46	85,2	8	14,8	
$\chi^2=2,473, p=0,116$						
<b>Gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu*</b>						
Kullanmamış	4	4	100,0	0	0,0	
Kullanmış	50	42	84,0	8	16,0	
$\chi^2=0,751, p=1,000$						
<b>Son doğum şekli</b>						
Normal doğum	143	130	90,9	13	9,1	
Sezaryen doğum	207	188	90,8	19	9,2	
$\chi^2=0,000, p=1,000$						
<b>Daha önceki gebeliklerinde depresyon tanısı alma durumu</b>						
Evet	16	14	87,5	2	12,5	
Hayır	334	304	91,0	30	9,0	
$\chi^2=0,227, p=0,633$						
<b>Gebelik sırasında hastalık geçirme durumu</b>						
Evet	29	27	93,1	2	6,9	
Hayır	321	291	90,7	30	9,3	
$\chi^2=0,192, p=0,661$						
<b>Gebelikte bulantı-kusma durumu</b>						
Evet	227	204	89,9	23	10,1	
Hayır	123	114	92,7	9	7,3	
$\chi^2=0,460, p=0,498$						
<b>Gebelikte hastaneye yatış durumu</b>						
Evet	62	61	98,4	1	1,6	
Hayır	288	257	89,2	31	10,8	
$\chi^2=5,573, p=0,018$						
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>318</b>	<b>90,9</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>	

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

\*Satır yüzdesi

\*İstmeden gebe kalanlar içinde (n=54) gebeliği önleyici yöntem kullananlar

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme durumuna göre gebelik ile ilgili sayısal tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4.15'de görülmektedir. Bu tabloda görülen özelliklere göre (ortalama gebelik sayısı, ortalama canlı doğum sayısı, ortalama ölü doğum sayısı, ortalama kendiliğinden düşük sayısı, ortalama isteyerek düşük sayısı, ortalama yaşayan çocuk sayısı, ortalama sezaryen doğum sayısı, ortalama normal doğum sayısı, ortalama gebelikteki ağırlık artışı) depresif semptom görülme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 4.15).

**Tablo 4.15.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Gebelik İle İlgili Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Ort ± SS	EDSDÖ Puanı		$p$
		Depresif semptom yok	Depresif semptom var	
		Ort ± SS	Ort ± SS	
Toplam gebelik sayısı	2,4 ± 1,3	2,5 ± 1,3	2,6 ± 1,6	0,630
Toplam canlı doğum sayısı	2,0 ± 0,9	2,1 ± 1,0	2,2 ± 1,0	0,388
Toplam ölü doğum sayısı	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,4	0,1 ± 0,2	0,958
Toplam kendiliğinden düşük sayısı	0,2 ± 0,6	0,3 ± 0,6	0,3 ± 0,6	0,708
Toplam isteyerek düşük sayısı	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,4	0,739
Toplam yaşayan çocuk sayısı	2,0 ± 0,9	2,0 ± 0,1	2,2 ± 1,0	0,291
Toplam sezaryen doğum sayısı	1,0 ± 1,0	1,0 ± 1,0	1,1 ± 1,1	0,664
Toplam normal doğum sayısı	1,0 ± 1,1	1,0 ± 1,2	1,1 ± 1,2	0,822
Gebelikteki ağırlık artışı (kg)	11,6 ± 4,6	11,8 ± 4,6	10,2 ± 4,7	0,073

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği  
Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme durumunun son bebeğinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.16'da görülmektedir. Bebeğin beslenme şekline göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermemektedir. Hiç anne sütü almamış olan bebeklerin annelerinde (%16,7) hem şu anda sadece anne sütü almakta olan bebeklerin annelerine göre (%4,4) hem de anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda alan bebeklerin annelerine göre (%12,6) daha fazla depresyon görülmektedir ( $\chi^2=8,018$  ve  $p=0,018$ ). Anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda alan bebeklerin annelerinde (%12,6) şu anda sadece anne sütü

almakta olan bebeklerin annelerine göre (%4,4) daha fazla depresif semptom görülmekteydi ( $\chi^2=7,007$  ve  $p=0,011$ ). Son bebeğin cinsiyetine göre depresif semptom görülme sıklığı anlamlı farklılık göstermemekteydi ( $\chi^2=0,048$  ve  $p=0,826$ ).

**Tablo 4.16.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumunun Son Bebeğinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	EDSDÖ Puanı			
		Depresif Semptom yok		Depresif Semptom var	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	176	161	91,5	15	8,5
Oğlan	174	157	90,2	17	9,8
$\chi^2=0,048, p=0,826$					
<b>Bebeğin beslenme şekli</b>					
Şu anda sadece anne sütü alan bebekler	158	151	95,6	7	4,4
Hiç anne sütü almamış olan bebekler	18	15	83,3	3	16,7
Anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda alan bebekler	174	152	87,4	22	12,6
$\chi^2=8,018, p=0,018$					
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>318</b>	<b>90,9</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

\*Satır yüzdesi

Araştırma grubunda (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme durumuna göre son bebeğinin sayısal tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.17’de görülmektedir. Depresif semptom görülen kadınların bebeklerinin ortalama doğum ağırlığı ( $3008,1 \pm 563,8$  gr) depresif semptom görülmeyenlerinkinden ( $3190,1 \pm 428,7$  gr) daha düşüktü ( $p=0,027$ ). Bebeğin (gün olarak) yaşı depresif semptom görülme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemekteydi ( $p=0,346$ ).

**Tablo 4.17.** Araştırma Grubunda (EDSDÖ Puanına Göre) Depresif Semptom Görülme Durumuna Göre Son Bebeğinin Sayısal Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Ort ± SS	EDSDÖ Puanı		p
		Depresif semptom yok	Depresif semptom var	
		Ort ± SS	Ort ± SS	
Doğum ağırlığı (kg)	3173,5± 444,9	3190,1 ± 428,7	3008,1 ± 563,8	<b>0,027</b>
Bebeğin yaşı (gün)	139,7 ± 96,4	138,1 ± 95,7	155 ± 102,6	0,346

EDSDÖ= Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği  
Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunda depresif semptom görülme durumu için oluşturulan modelde risk faktörlerinin lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 4.18'de görülmektedir. Tek değişkenli analizlerde depresif semptom görülme sıklığında farklılık oluşturduğu belirlenen değişkenler (eşinin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, eş ile evlenme şekli, evde birlikte yaşanan kişiler, gebelikte hastane yatmış olma, kadının ruh sağlığını nasıl değerlendirdiği, kadında kronik hastalıklardan astımın varlığı, son bebeğinin şu anki beslenme şekli, bebeğin doğum ağırlığı, verilerin toplandığı yer, aylık gelir) lojistik regresyon analizine alındığında model uyumu testi sonucuna göre ( $p=0,633$ ) prediksyon değeri yüksek bir model oluşturduğu belirlendi. Lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 4.17'de görülmektedir. Kişinin ruh sağlığını orta veya kötü olarak değerlendirmesi ( $OR=8,77$  ve  $p<0,001$ ), kişide astım varlığı ( $OR=108,24$  ve  $p=0,014$ ), kişinin bebeğinin şu anda hiç anne sütü almıyor olması ( $OR=0,26$  ve  $p=0,023$ ), kadınların ilçe merkezinde yaşıyor olması ( $OR=0,19$  ve  $p=0,013$ ) depresyon semptomu görülme sıklığını artıran faktörler olarak belirlendi. Gebelikte hastaneye yatmış olma ise depresif semptom görülme sıklığını azaltıcı bir faktördü ( $OR=0,06$  ve  $p=0,017$ ).

**Tablo 4.18.** Depresif Semptom Görülme Durumu İçin Oluşturulan Modelde İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

<b>Risk Faktörü</b>	<b>OR* (%95 GA*)</b>	<b>p değeri</b>
Eş eğitim durumu		0,021
8 yıl ve altı formal eğitim=0 (referans)		
Lise=1	0,30 (0,08 - 1,09)	0,067
Üniversite=2	2,38 (0,60 - 9,45)	0,216
Eş çalışma durumu (Çalışan=0 Çalışmayan=1)	1,73 (0,11 - 28,61)	0,700
Eş ile evlenme şekli (İsteyerek=0 Görücü usulü=1)	0,70 (0,23 - 2,12)	0,526
Evde yaşanan kişiler (Çekirdek aile=0 Geniş aile=1)	0,35 (0,07 - 1,70)	0,189
Gebelikte hastaneye yatış durumu (Hayır=0 Evet=1)	0,06 (0,01 - 0,60)	0,017
Ruh sağlığı (Çok iyi - iyi=0 Orta - kötü=1)	8,77 (3,04 - 25,30)	<0,001
Astım varlığı (Yok=0 Var=1)	108,24 (2,60 - 4575, 17)	0,014
Bebeğinin şu anki beslenme şekli		0,047
Sadece anne sütü=1 (referans)		
Hiç anne sütü almamak=2	0,26 (0,08 - 0,83)	0,023
Anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda=3	1,64 (0,22 - 12,41)	0,634
Verilerin toplandığı yer (Merkez=0 Belde=1)	0,19 (0,05 - 0,71)	0,013
Bebeğin doğum ağırlığı	1,00 (0,99 - 1,00)	0,001
Aylık gelir	1,00 (0,99 - 1,00)	0,023
<b>Sabit</b>	<b>153,448</b>	<b>0,012</b>
Hosmer and Lemeshow (p=0,633)		
*OR=Tahmini Rölatif Risk (Odds Ratio)		
*GA=Güven aralığı		

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 2018 yılında Konya ili Akşehir ilçe merkezinde ve beldelerindeki 11 ASM'ne başvuran 18 yaş ve üzeri olan postpartum dönem 2 hafta ile 12 ay arasında bulunan 350 kadına PPD insidansını belirlemek için EDSDÖ uygulandı. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kesme puanı 13 ve üzeri alındı(116). Çalışma sonucu olarak EDSDÖ'ne göre PPD insidansı %9,1 olarak saptandı.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan birçok çalışmada PPD insidansı %10-15 olarak tespit edilmiştir (91, 117, 124, 125). O'hara ve arkadaşlarının 59 çalışmayı dahil ettikleri kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında (n=12810) ortalama sıklık %13,0 olarak bulunmuştur (126). Türkiye'de PPD sıklığını %5,0 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 gelişmiş şehirlerdeki PPD sıklığı (%21,2), gelişmekte olan illere göre (%25) daha düşük bulunmuştur (86). Postpartum depresyonun insidansını saptamak için yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar çıkmasının nedeni, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması ve kesme puanının değişik kullanılmasıdır (127).

Araştırmaya katılan 350 kadının yaş ortalaması  $28,5 \pm 5,5$  iken ortalama ilk evlilik yaşları ise  $21,2 \pm 3,8$  idi ve postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Atasoy ve Dündar'ın yaptıkları çalışmalarda annelerin evlenme yaşı ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (128, 129). İnandı ve ark.'ın çalışmasında ilk evlilik yaşının 18'in altında olmasının; 21 ve üzerinde olmasına göre PPD riskini 1,34 kat artırdığı bulunmuştur (94). TÜİK'in 2016 yılında yapmış olduğu çalışmanın verilerine göre, kadınların en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubudur. Doğurganlık hızı 2011 yılında yapılan çalışmaya göre binde 125 iken 2016 yılında yapılmış olan çalışma da binde 133 bulunmuştur. Yani 2016 yılında 25-29 yaş grubunda ki her bin kadın başına 24 canlı doğum düşmüştür. Çalışma grubundaki kadınların ortalama yaşı doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubuna uymaktadır. Yapılan

çalışmada anne yaşı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aderibigbe ve arkadaşları postpartum 6. haftada olan 277 Nijeryalı annede yaptıkları PPD çalışmasında yaş ile EPDS skorları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuşlardır (130). Verkerk ve arkadaşları da Hollanda'da yaptıkları çalışmada EPDS'e göre PPD tanısı alan annelerin yaşları ile PPD tanısı almayan annelerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (131).

Annelerin ikamet ettikleri yer ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan literatür taramalarında köy/beldede yaşayan kadınlar ile ilçede yaşayan kadınlar arasında PPD sıklığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Annelerin eğitim durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Formal eğitim almayan kadınlarda depresif semptom görülme sıklığı %14,3 bulunmuştur. Postpartum depresif semptom ile eğitim düzeyi ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Verkerk ve arkadaşları Hollanda da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (131). Dünder, çalışmasında annelerin eğitim düzeyi ile PPD puanları arasında bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça PPD puanının azaldığını saptamıştır (129). İnandı ve arkadaşlarının çalışmalarında da eğitim düzeyi azaldıkça PPD oranının arttığı bildirilmiştir (94). Campbell ve arkadaşları 1033 kadında yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları için düşük eğitim düzeyine sahip kadınların PPD daha yatkın olduğunu belirtmişlerdir (132). Aderibigbe ve arkadaşları Nijeryalı kadınlarla yaptıkları çalışmada eğitim süresi 6 yıl ve daha altında olan annelerin PPD puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (130).

Annenin çalışma durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışan kadınlarda depresif semptom görülme sıklığı %9,8 idi. Annenin mesleği ile PPD sıklığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Nur ve arkadaşlarının Sivas'ta, İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin orta ve doğusunda



yaptıkları çalışmalarda PPD sıklığı ile annenin çalışmaması arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (94, 133). Atasoy ve arkadaşlarının Zonguldak'ta yaptıkları çalışmada ise çalışan annelerde PPD görülme olasılığı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (128).

Araştırmaya katılan 350 kadından 2 kadın resmi nikahının bulunmadığını belirtmiştir. Resmi nikah durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %97,1'i ilk evlilikleri olduğunu belirtmiş ve postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların evlilik sürelerinin ortalaması  $7,1 \pm 4,9$  idi. Evlilik süresinin postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sağlık güvencesi ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresif semptom sıklığı %9,3 iken sağlık güvencesi olanlarda %9,1 bulunmuştur. Dündar çalışmasında annelerin sağlık güvencesi ile PPD sıklığı arasında bir ilişki olmadığını saptamışken, Sünter ve arkadaşları çalışmalarında sağlık güvencesi olmayanlarda PPD 2,1 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (129, 134). Mancini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; fakirlik ve buna bağlı sağlık güvencesi yokluğu PPD için risk faktörleri arasındadır (135).

Annelerin eşlerinin eğitim durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri 8 yıl ve altı formal eğitimlilerde %16,5 olan postpartum depresif semptom sıklığı lise mezunlarında %3,8 olup, üniversite mezunlarında %7,3 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Dündar Manisa'daki çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile PPD sıklığı arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (129). Ekuklu ve arkadaşları Edirne'deki çalışmalarında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi düştükçe PPD sıklığının arttığını saptamışlardır (136). Sünter ve arkadaşları Samsun'daki çalışmalarında eşlerin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olma durumunda PPD sıklığını 2 kat daha fazla bulmuşlardır (134).

Annelerin postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile eşlerinin çalışma durumu arasında tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DüNDAR, Manisa'daki çalışmasında eşlerin çalışma durumu ile PPD sıklığı arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur (129). Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'deki çalışmasında, eşleri çalışmayan annelerde PPD sıklığının arttığını saptamışlardır (136). Nur ve arkadaşlarının Sivas'taki çalışmasında PPD sıklığı ile eşlerin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınlarda PPD daha çok görülmüştür (133).

Annelerin aileleri ile sorun yaşama ve sorunlarını paylaşma durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eşi ile ilişkilerini "kötü-iyi değil" şeklinde tanımlayanlarda, evliliğinde problem yaşayan ve evlilik yaşantısından memnun olmayanlarda depresyon daha fazla görülmüştür (36). Güncel birçok çalışmayı inceleyen bir çalışmada da sosyal destek eksikliği ve aile içi ilişkilerde sorunlar risk etmeni olarak gösterilmiştir (128).

Yapılan çalışmada ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailelerin aylık gelir ortalaması  $3583,6 \pm 2557,8$  idi. Ailenin aylık gelir düzeyi ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında, ailenin aylık gelir düzeyi ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ailenin gelir düzeyi kötü olanlarda PPD 3,30 kez, çok kötü olanlarda 6,15 kez daha fazla bulunmuştur (94). Danacı ve arkadaşları çalışmalarında, ailenin aylık gelir düzeyi ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (137).

Evde yaşanan kişi sayısının ortalaması  $4,4 \pm 1,3$  idi ve postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Evde birlikte yaşanan kişiler ile depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çekirdek aile olarak yaşayanlarda depresyon sıklığı %10,4 iken, geniş aile ile olup kendi ailesi ile birlikte yaşayanlarda %40,0, geniş aile olup eşinin akrabaları ile birlikte yaşayanlarda ise %1,5 bulunmuştur. Vural ve Akkuzu'nun, vaginal yolla ilk canlı doğumunu yapan annelerde yaptıkları çalışmada, Ekuklu ve

arkadaşlarının Edirne'deki; Danacı ve arkadaşlarının Manisa'daki çalışmasında, aile tipi ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (136, 137, 138).

Annelerin oturdukları evin kendilerine ait ya da kira olması ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile büyüklerine ait evde oturan kadınlarda %14,1 iken, kendi evinde oturanlarda postpartum depresif semptom sıklığı %8,1, kirada oturanlarda ise %8 bulunmuştur. Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'de, Hocaoğlu ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları çalışmada, annelerin oturdukları evin kendilerine ait ya da kira olması ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (136, 139).

Annelerin eşleri ile evlenme şekilleri ve postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşi ile isteyerek evlenenlerde depresyon sıklığı %5,7 iken, eşi ile görücü usulü evlenenlerde %13,5 bulunmuştur.

Gebeliğin istenme durumu ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gebeliği isteyen kadınların %8,1'inde depresif semptom görülürken istemeyerek gebe kalan kadınların ise %14,8'inde görülmüştür. Gebeliği istemeyen 54 kadının içerisinde gebeliği istememiş olup yöntem kullanan kadınların %16,0'ında depresif semptom görülmüştür. Sünter ve Hocaoğlu'nun yaptıkları çalışmada PPD sıklığı ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (134, 139). Bloch ve arkadaşlarının İsrail'de yaptıkları çalışmada da gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (140). Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik olan annelerde PPD sıklığı %63,6 iken, istenen gebelik olan kadınlarda PPD sıklığı %32,8 olarak saptanmıştır. İstenmeyen gebeliğin PPD sıklığını neredeyse iki kat artırdığı bulunmuştur (136). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise gebeliğin istenme durumu ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İstemeden gebe kalan kadınlarda PPD 1,56 kez daha çok görülmüştür (94). Lane ve arkadaşlarının İrlanda'da yaptıkları çalışmada da istenmeyen gebelik yaşayan annelerde PPD sıklığının arttığı saptanmıştır (141).

Yapılan çalışmada gebelik sayısı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Türkistanlı ve arkadaşlarının İzmir’de, Sünter ve arkadaşlarının Samsun’da, Hocaoğlu ve arkadaşlarının Trabzon’da yaptıkları çalışmalarda gebelik sayısı ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (134, 139, 142).

Annelerin canlı doğum sayısı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ölü doğum sayısı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Atasoy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ölü doğum öyküsü ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (128).

Annelerin düşük sayısı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Atasoy ve Sünter’in yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde düşük öyküsü ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (128, 134). Kitamura ve arkadaşlarının Japonya’da, Eberhard-Gran ve arkadaşlarının Norveç’te yaptıkları çalışmalarda da düşük öyküsü ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (143, 144). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınlarda PPD görülme oranı, düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2,4 kat daha yüksek bulunmuştur (94).

Annelerin yaşayan çocuk sayıları ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ülkemizde Türkistanlı, Ekuklu ve Dündar’ın yaptıkları çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (129, 136, 142). Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesine neden olan önemli bir etmen olarak belirlenmiştir (137). Portekiz’de bir kent merkezinde 352 anneden oluşan örnekleme yapılan çalışmada da çocuk sayısının fazla olması yüksek depresyon puanlarına yol açan bir etmen olarak gösterilmiştir (145).

Annelerin şimdiye kadar olan toplam sezaryen doğum ve normal doğum sayıları ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yapılan çalışmada doğum şekli ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Normal doğum yapanlarda postpartum depresif semptom sıklığı %9,1 iken, sezaryen ile doğum yapanlarda %9,2 olup birbirine çok yakın bir sonuç elde edilmiştir. Ekuklu ve Atasoy'un yaptıkları çalışmalarda doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (128, 136). Baker ve arkadaşlarının ABD'de 151 kadında, Tammentie ve arkadaşlarının Finlandiya'da 373 kadında yaptıkları çalışmalarda da doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (146, 147). Gümüş ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları çalışmada normal doğumun PPD'yi artırdığı ve normal doğum yapanların sezaryene göre EPDS puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (148). Türkistanlı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Normal doğum yapanlarda PPD sıklığı %36,7 iken, sezeryan ile doğum yapanlarda depresyon sıklığı % 17,5 bulunmuş ve normal doğum yapan annelerde PPD'a daha çok rastlanmıştır (142).

Annenin gebeliği süresindeki ortalama ağırlık artışı  $11,6 \pm 4,6$  kg olarak bulunmuş olup postpartum depresif semptom görülme sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Annelerin gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirme ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeliği süresince herhangi bir hastalık geçiren annelerde PPD 1,67 kez daha fazla görülmüştür (94). Ekuklu ve Sünter'in yaptıkları çalışmada ise gebeliği süresince herhangi bir hastalık geçiren anneler ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (134, 136).

Annelerin önceki gebeliklerden sonra ruhsal sorun yaşamaları ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Önceki gebeliklerinde ruhsal sorun yaşayan annelerde PPD sıklığı %12,5 iken, sorun yaşamayanlarda depresyon sıklığı %9,0'dır. Önceki gebeliklerinde ruhsal sorun yaşamayan annelerde postpartum depresif semptom sıklığı %9,0 dolayında iken, sorun yaşamış olan 16 annenin 2'sinde postpartum depresif semptom

gelişmiştir. Danacı ve arkadaşlarının çalışmasında daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında ruhsal sorun yaşamış annelerin sonraki gebeliklerinde PPD görülme riski 8,87 kat artmıştır (137). Areias ve arkadaşlarının Portekiz’de yaptıkları bir çalışmada annede depresyon öyküsü olması, PPD açısından en önemli risk etmenlerinde biri olarak değerlendirilmiştir (149).

Yapılan çalışmada bebeğin beslenme şekli ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmanın sonucuna göre hiç anne sütü almamış olan bebeklerin annelerinde hem şu anda sadece anne sütü almakta olan bebeklerin annelerine göre hem de anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda alan bebeklerin annelerine göre PPD sıklığı daha fazla idi. Gümüş ve ark.’ın (2012) çalışmasında emzirmeyen annelerde EPDS puan ortanca değerinin emziren annelere göre anlamlı olarak daha yüksek çıktığı görülmüştür (148).

Bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İsveç’te Sylven ve ark.’ın (2017) yapmış oldukları çalışmada bebek cinsiyeti PPD gelişimi ile ilişkili bulunmazken (150), Çin’de Deng ve ark.’ın (2013) çalışmasında kız bebeğe sahip olmanın PPD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (151). 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 (86). Yapılan çalışmalar sonucunda bebeğin cinsiyetinin PPD gelişimi üzerindeki etkisinin kültürle ilintili olarak değişkenlik gösterdiği bulunmuştur.

Bebeğin doğum ağırlığı ile postpartum depresif semptom görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresif semptom görülmeyen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı  $3190,1 \pm 428,7$  iken depresif semptom görülen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı  $3008,1 \pm 563,8$  bulunmuştur. Türkiye’de yapılmış benzer çalışmalarda ise doğum kilosu ile PPD belirtisi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (148).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; Konya ili Akşehir ilçesi ASM'ne 1 Temmuz 2018 – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran, iki hafta ile bir yaş arası bebek sahibi olan 350 anne tarandı. Tarama aracı olarak EDSÖ ile Sosyodemografik Veri Formu kullanıldı. Taramanın amacı olarak depresif semptomlar açısından riskli kadınların yaygınlığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek hedeflendi.

Çalışmamızda EDSÖ kesme puanı 13 ve üzeri alınarak hesaplanan depresif semptom yaygınlığı, başka bir deyişle PPD olasılığı yaygınlığı %9.1 bulundu. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre PPD görülme olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen faktörler:

- Eşinin eğitim durumu
- Eşinin çalışma durumu
- Eşi ile evlenme şekli
- Evde birlikte yaşanan kişiler
- Gebelikte hastaneye yatış
- Kadının ruh sağlığını nasıl değerlendirdiği
- Kadında astım varlığı
- Bebeğinin beslenme şekli
- Bebeğinin doğum ağırlığı
- Kadının köy ya da ilçede yaşaması
- Aylık gelir olarak saptandı.

Literatürde PPD için risk faktörleri arasında sayılan; yaş, çocuk sayısı, meslek sahibi olma durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, sigara, alkol kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sosyal destek varlığı, bebek yaşı, bebeğin doğum şekli, bebeğin cinsiyeti gibi etmenlerle anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu 8 yıl altı formal eğitim almıştı, çalışmaktaydı ve sağlık güvenceleri yoktu. Kadınların yarıya yakını kirada oturmaktaydı. Sigara kullanan kadınların yarısından fazlası günde bir paketten az sigara içmekteydi.

İsteyerek gebe kalan kadınlar çoğunlukla herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmazken istemeden gebe kalanların çoğunluğu ise geri çekme yöntemi kullanmaktaydı.

Yaşanılan yere göre (EDSDÖ puanına göre) depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. İlçe merkezinde yaşayanlarda beldede yaşayanlara göre daha fazla depresif semptom görülmekteydi. Evde yaşanan kişilere göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. Çekirdek aile olarak yaşayanlarda geniş aile olarak yaşayanlara göre daha fazla depresif semptom görülmekteydi. Kendi değerlendirmesi ile ruh sağlığı çok iyiden kötüye doğru gittikçe depresif semptom görülme sıklığı artmaktaydı.

Kronik hastalığın türüne göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. Astımı olan kadınlarda depresif semptom görülme sıklığı diğerlerinden daha fazlaydı.

Eşinin eğitim durumuna göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. Eşi 8 yıl ve altı formal eğitim almış olanlarda depresif semptom görülme sıklığı daha fazla idi. Depresif semptom görülen kadınların aylık ortalama geliri depresif semptom görülmeyenlerinkinden daha düşüktü.

Gebelik esnasında herhangi bir sebeple hastaneye yatan kadınlarda hastaneye yatmayan kadınlara göre depresif semptomlar daha az görülmekteydi.

Kadınların yarısından fazlasının bebeğinin cinsiyeti kız idi. Depresif semptom görülen kadınların bebeklerinin ortalama doğum ağırlığı depresif semptom görülmeyenlerinkinden daha düşüktü. Bebeğin beslenme şekline göre depresif semptom görülme sıklığı farklılık göstermekteydi. Hiç anne sütü almamış olan bebeklerin annelerinde hem şu anda sadece anne sütü almakta olan bebeklerin annelerine göre hem de anne sütü ve/veya mama ve/veya ek gıda alan bebeklerin annelerine göre daha fazla depresyon görülmekteydi.



Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Toplumun her kesiminden katılımcıların yer aldığı, farklı bölgeler ve kültürlerde, örneklem sayısı daha yüksek, çok merkezli çalışmaların yapılması önerilir.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı; PPD başlangıç zamanını; gebelikte ve doğum sonrası ilk dört haftayı kapsayacak şekilde peripartum başlangıçlı olarak belirlemiştir. Bu araştırmada, doğum sonrası ilk bir yıl içerisindeki kadınlar yer almıştır. Gebe kadınlar ile birlikte postpartum dönemde ki kadınlara yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Bu araştırmada, depresif semptomların saptanmasında EDSDÖ tarama ölçeği kullanıldı. Postpartum depresyon tanısı için altın standart tanı yöntemi olan klinik görüşme yapılmadığından, bu ölçeğin PPD’u saptamadaki performansı değerlendirilemedi. Birinci basamakta, kullanılacak en iyi tarama aracının belirlenmesi için klinik görüşmelerin de uygulandığı çalışmalar yapılmalıdır.
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği peripartum depresyonun saptanmasında geçerli ve güvenilir bir tarama ölçeğidir. Sağlık Bakanlığı doğum sonu bakım yönetim rehberinde EDSDÖ yer almakla birlikte, rutinde ne kadar uygulandığı ile ilgili veriler yoktur. Ayrıca PPD taramasının uygulanabilirliği, taramanın klinik sonuçlar üzerine olan etkileriyle ilgili ülkemizde, henüz çalışmalar yapılmamıştır. Bu konular ile ilgili araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Psikiyatri dışı tıp dallarında çalışan kişilerin PPD ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını araştıran çalışmalar yapılmalıdır. Gerekirse, eğitim desteği ve deneyim desteği sağlanmalıdır.
- Yapılan ve yapılması planlanan taramalar sonucunda, PPD olasılığı yüksek saptanan kadınların birinci basamakta yönetimi, tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda kılavuzlar oluşturulmalıdır.

- Postpartum depresyon sıklığını azaltmak; anne-bebek bağlanmasının daha sağlıklı oluşmasını sağlayacağından ve aile içi sorunları azaltacağından aile hekimlerine ve yardımcı sağlık elemanlarına sık sık eğitimler yapılması bu konuda faydalı olacaktır.



## KAYNAKLAR

1. The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope: World Health Organization: 2001.
2. World Health Organization. Mental health gap action programme. Scaling Up Care For Mental, Neurological and Substance Use Disorders: 2008.
3. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive Symptomatology in Pregnancy. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004; 39: 975-979.
4. American Psychiatric Association, et al. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS; 2013.
5. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M ve ark. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord, 2000; 59: 31-40.
6. Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S. Depression and Anxiety Levels in Infertile Turkish Women. The Journal of Reproductive Medicine. 2006; 51; 5: 421-26.
7. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG et al. Maternal Depression During Pregnancy and The Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms For Offspring Depression At Age 18 Years. JAMA Psychiat. 2013; 70(12): 1312-9.
8. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal Mental Health. J Nerv Ment Dis, 2011; 199: 575-7.
9. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. Am J Psychiatry, 2010; 13: 357-65.
10. Bergink V, Kooistra L, Lambregtse-Van Den Berg MP, Winjen H, Bunevicius R, Van Baar A, Pop V. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. J Psychosom Res, 2011; 70: 385-9.
11. Karanisoğlu H. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. (1.baskı). Anadolu Üni. Web-Ofset, Eskişehir 1996.
12. Dökmen Ü. Varolmak Gelişmek Uzlaşmak. (7. baskı). Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2003.
13. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (10. baskı). Sistem Ofset, Ankara, 2011.
14. Kömürcü N. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. (11. baskı). Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 2000.
15. Arısan K. Doğum Bilgisi. (3. baskı). Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1989.
16. Top M. Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine Bir Araştırma. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Enst. Ankara, 1998.

17. Akın A, Aklan C, Ergin A ve ark. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Programları İçin Bilgi-Eğitim- İletişim Rehberi. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müd. Ankara, 1997.
18. Demirci H. İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi. YL. Tezi, İstanbul Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İstanbul, 1996.
19. Kişnişçi H, Gökşin E ve ark. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.
20. Atasü, T, Türkmenoğlu İ. Pratik Doğum Bilgisi. (1. baskı), Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1994.
21. Jack A, Paul C, Norman F. Williams Obstetrics. Yılmaz İ, Eds. 17th ed. Prentice Hall Int. Inc. & Güneş Kitabevi, Ankara, 1989.
22. Kutlugil Y. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1997.
23. Fakirullahoğlu AS. Anne ve Çocuk Sağlığı. (3. baskı), Merve Basım Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2000.
24. Rosemarry H, Kelly M. Somatic complaints among pregnant Women. General Hospital Psychiatry, 2001; 23, 107-113.
25. Karanisoğlu H. Gebelerde Ruhsal Durum ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni. 1991; 19, 49-51.
26. Sakala E. Obstetrics and Gynaecology. Alper M. Eds. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999.
27. Pernoll ML. Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik&Teşhis&Tedavi. Saraçoğlu F. Eds. Barış Kitabevi, İstanbul, 1994.
28. William B. Kadın Hastalıkları ve Doğum. Uçar A. Eds. 4th ed. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1998.
29. Azak M. Güler Ç. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1993.
30. Miram B, Rosenthal M et al. Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri. Kükner S. Eds. Barış Kitabevi, İstanbul, 1994.
31. Bobak IM, Jenden DM. Essentids of Maternity Nurning The Nurse and Childbearing Family. Masby Co. London, 1987.
32. Pernaud L. Bir Çocuk Bekliyorum. Gülcan T. Eds. (1. Baskı), E yayınları, İstanbul, 1995.
33. Eisenberg A, Murkoff H, Hahaway S. Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler. Sercan M. Eds. (1.Baskı), Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 1998.
34. Fawcett D, York R. Spouses Phycial and Psychological Symptoms During Pregnancy and Pospartum. Nursing Research. 1986; 35, 144-148
35. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı(DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (E.Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.

36. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatri Dergi 2000; 11: 3-16.
37. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV- TR). (Çeviri: E. Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
38. Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: Tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı (Çeviri: B. Öncü). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007; s.1559-74.
39. Sadock ve ark. Synopsis Of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Prof. Dr. Ali Bozkurt (Çeviri Editörü), (11. Baskı), 2015.
40. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi 2000; 1: 29-38.
41. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum Dizisi 2001; 6: 277-82.
42. Kelsoe JR. Genetik özellikler (Çeviri: HA. Savaş). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007; s.1582-93.
43. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, 2-3 Aralık 1999, s.11-17.
44. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. (Çeviri: M. Erdem, A. Bozkurt). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007, s. 1575-81.
45. Çilli AS, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Derg 2004; 14(1): 1-5.
46. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
47. Ünal S. Depresyon ve kişilik. Duygudurum Dizisi 2000; 2: 72-6.
48. Akkaya C. Depresyon, sosyal işlevsellik ve farklı kimyasal ileticilerle ilişkileri. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2004; 3(1): 1-13.
49. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010; 20(3): 141-8.
50. Önen Sertöz Ö, Elbi Mete H. Bedensel hastalıklarda depresyon. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 2: 63-9.
51. Elbi Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008; 11(Ek 3): 3-18.
52. Çayköylü A. Affektif bozukluklar ve kolesterol. Duygudurum Dizisi 2001; 6: 264-71.

53. Hamilton J. The identity of postpartum psychosis. *Motherhood and mental illness* 1982; 1: 1-17.
54. Brockington I. Postpartum Psychiatric disorders. *The Lancet* 2004; 363: 303-310
55. Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research* 1980; 24(3-4): 165-171.
56. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*. 2011; 19(2): 247-256.
57. Yüksekol DÖ, Arguvanlı SB, Başer M. Annelik hüznü ve hemşirelik. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014; 2(1): 56-61.
58. Rohde LA, Busnello E, Wolf A, Zomer A, Shansis F, Martins S, Tramontina S. Maternity blues in brazilian women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997; 95(3): 231- 235.
59. Adewuya OA. The maternity blues in western nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 193: 1522-1525.
60. Hau FWL, Levy VA. The Maternity blues and hong kong chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 72(2): 197-203.
61. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, Tanaka K. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008; 29(3): 206-212.
62. Rondon MB. Maternity blues: cross cultural variations and emotional changes. *Prim Care Update Ob/Gyns*. 2003; 10(4): 167-171.
63. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 91: 97-111.
64. Abdulrahuman, Ramanujam GA study on prevalence and symptoms of postpartum blues. *Indian Journal of Applied Research*. 2016; 3(6): 480-482.
65. Aşkın Rüstem. *Depresyon el kitabı*, (2. Baskı), Konya, 1999: 116-118
66. Kurt A, Kısa C. Postpartum hüznü. *3P Dergisi Aralık 2004 (ek 4)*; 7-11.
67. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 662-673.
68. McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Research* 2007; 152: 95-102.
69. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database System Review* 2013; Feb 28;2: CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
70. Unterman RR, Posner NA, Williams KN and et al. Postpartum depressive disorders: Changing trends. *Birth* 1990; 17: 131-137.

71. Karagöz Y. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. DURAN), 2011.
72. Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası psikoz. Konuralp Tıp Dergisi. 2014; 6(1): 74-77.
73. Ahokas A, Aito M, Turianen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 167-169.
74. Noble RE. Depression in women. Metabolism 2005; 54(5): 49-52.
75. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale Journal of Affective Disorders 2004; 78: 163-169
76. Boyd RC, Le HN and Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Archives of women's mental health 2005; 8: 141-153
77. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 1179-1185. <http://dx.doi.org/10.1080/00016340600697595> (erişim tarihi: 08.12.2018)
78. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. Archives of women's mental health 2006; 9: 95-102
79. Beck CT. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 1999; 29: 623-629
80. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 639-645.
81. Desai DH, Jann WM. Major depression in women: a review of the literature. Journal of American Pharmaceutical Association 2000; 40(4): 525-537
82. Özmen E, Sağduyu A. Temel sağlık hizmetlerinden depresyon: Tanı sorunları ve öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997; 8: 93-101
83. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ (Editörler). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993; 184-187
84. Landy S, Montgomery J, Walsh S and et al. Postpartum depression: A clinical view. Maternal Child Nursing Journal 1989; 18: 1-29
85. Miller LJ. Postpartum depression. Jama 2002; 287: 762-765.
86. 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.
87. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(1): 37-54.

88. 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.
89. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201-220.
90. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000; 2: 64-70.
91. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R and et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
92. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 288-290.
93. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1996; İzmir (Yayımlanmamış uzmanlık tezi)
94. 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.
95. Kruckman L, Smith S. An introduction to postpartum illness. <http://www.postpartum.net> (erişim tarihi: 27.11.2018).
96. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 58-67.
97. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. *Comprehensive textbook of psychiatry*, (6. Baskı), cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock. Eds. Baltimore, Williams & Wilkins 1995; 1059-1066.
98. Harris B, Johns S, Fung H and et al. The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 660-667.
99. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD and et al. Folates and postpartum depression. *J Affective Disord* 1992; 25: 235-242.
100. 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.
101. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C and et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99: 223-228.
102. 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.
103. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency. *Med J Australia* 1992; 157: 172-174.



104. 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.
105. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive psychiatry* 2007; 48: 343-347.
106. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96: 237-241.
107. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of Women's Health* 2004; 59(3): 181-197
108. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN. The American journal of maternal child nursing* 2000; 31 (2):121-126
109. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH and et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of consulting and clinical psychology* 1989; 57: 269-274.
110. Nicolson P. Understanding postnatal depression: another-centred approach. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15: 689-695.
111. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Washington, 1992. (Çeviri: E. Koroğlu). Medikomat, Ankara, 1995.
112. Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. *La Revue de médecine interne* 2005 Jul; 26 Suppl 2:S226-9.
113. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M and et al. Postpartum depression and postpartum adaptation: Overlapping constructs. *Journal of Affective Disorders* 1989; 17: 251-254.
114. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon ölçeği, Türkçede geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(3)
115. Roy A, Gang P, Cole K and et al. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American Population. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 1993; 17: 501504
116. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar sempozyumları 1. Kitabı. Psikiyatri derneği yayınları, Ankara, 1996, S:51-52
117. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
118. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ* 1986; 134: 31-37.
119. Ekşi A. Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü: Ben hasta değilim. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1999: 22-25.
120. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *Engl J Med* 2002; 347: 194-199
121. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 89-95.

122. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NNS. Validation of The Turkish Version of The Edinburgh Postnatal Depression Scale Among Women Within Their First Postpartum Year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 (6): 483-6.
123. Corapcioglu A, Ozer GU. Adaptation of Revised Brief PHQ (Brief-PHQ-R) For Diagnosis of Depression, Panic Disorder and Somatoform Disorder In Primary Healthcare Settings. *Int J Psychiat Clin.* 2004; 8 (1): 11-8.
124. Harris B, Huckle P, Thomas R and et al. The use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813-817.
125. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191-195.
126. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International review of psychiatry* 1996; 8: 37-54.
127. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM and et al. Prospective study of postpartum depression: Prevalance, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93: 158-171.
128. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L ve ark. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14: 252-257.
129. Dündar PE. Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri.  
<http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm> (erişim tarihi: 06.09.2018).
130. Aderibigbe YA, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal emotional disorders in Nigerian women. A study of antecedents and associations. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 645- 650.
131. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL and et al. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high- risk women. *J Affect Disord* 2004; 83: 43-48.
132. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
133. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26: 55- 59.
134. Sünter AT, Güz H, Ordulu F ve ark. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri.  
<http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.33.htm> (erişim tarihi: 19.10.2018).
135. Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of the postpartum depression screening scale in the collaborative obstetric practice. *J of Midwifery & Women's Health* 2007; 52(5): 429-34.
136. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler.

<http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.26.htm> (erişim tarihi: 09.02.2019)

137. Danacı EA, Dinç G, Devenci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 204- 211.
138. Vural G, Akkuzu G. Normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1999; Cilt:1 Sayı 3: 33-37.
139. Hocaoğlu Ç, Ayvaz S, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 243-251
140. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 3-8.
141. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 550-555.
142. Türkistanlı E, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi, 2002.  
<http://www.dicle.edu.tr/halks/> (erişim tarihi: 20.10.2018).
143. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K and et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 121-130.
144. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-433.
145. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM and et. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26: 135-141.
146. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R. Healthy Start CORPS. Prevalence of postpartum depression in a native American population. *Matern Child Health J.* 2005; 9: 21-25.
147. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 2002; 8: 240-246.
148. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium*, 2012; 50 (3), 145-154.
149. Areias ME, Kumar R, Barros H and et al. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 36-41.
150. 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.

151. Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific journal of tropical medicine* 2014; 7: 244-249.



## EKLER

### Ek 1. Sosyo-Demografik Soru Formu

Tarih:...../...../.....

Anket Numarası:.....

Adınız-Soyadınız:.....

Telefon Numaranız:.....

Son Bebeğinizin Doğum Tarihi:.....

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| a) Okur-yazar değil | d) Ortaokul   |
| b) Okur yazar       | e) Lise       |
| c) İlkokul          | f) Üniversite |

3. Çalışıyor musunuz?

- a) Çalışmıyor
- b) Çalışıyor
- c) Gebelikte ayrıldı

4. Resmi nikah durumunuz nedir?

- a) Var
- b) Yok

5. Şu anki evliliğiniz kaçınıcı evliliğiniz?.....

6. Kaç yıllık evlisiniz? .....

7. İlk evlilik yaşınız nedir?.....

8. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

9. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| a) Okur-yazar değil | d) Ortaokul   |
| b) Okur yazar       | e) Lise       |
| c) İlkokul          | f) Üniversite |

10. Eşiniz çalışıyor mu?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

11. Evinize giren ortalama aylık toplam gelir ne kadar? (çalışanların maaşı, emekli maaşı, kira vb. toplamı).....

12. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

13. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

14. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

- a) Eşim (ve varsa çocuklarım)
- b) Eşim (ve varsa çocuklarım) ve eşimin akrabaları
- c) Eşim (ve varsa çocuklarım) ve kendi akrabalarım

15. Oturduğunuz ev kime ait?

- a) Kendimizin
- b) Kira
- c) Aile büyüklerinin (Kimin?).....

16. Eşinizle evlenmeye nasıl karar verdiniz? .....

17. Son gebeliğinize nasıl hamile kaldınız?

- a) İsteyerek
- b) İstemeden

18. Yukarıda ki soruya istemeden yanıtını verdiyseniz hamile kaldığınızda hangi yöntemle korunuyordunuz?

19. Şimdiye kadar olan toplam:

- a) Gebelik Sayısı:
- b) Canlı Doğum Sayısı:
- c) Ölü Doğum Sayısı:
- d) İstemsiz Düşük Sayısı:
- e) İstemli Düşük Sayısı:
- f) Yaşayan Çocuk Sayısı:
- g) Sezaryen Doğum Sayısı:
- h) Normal Doğum Sayısı:

20. Son gebeliğinizde, gebelik başında kaç kiloydunuz ve kaç kilo aldınız?.....

21. Son doğum şekliniz nasıldır?

- a) Normal doğum
- b) Sezaryen doğum

22. Daha önceki gebeliklerinizde/doğum sonrası dönemde, doktor tarafından depresyon tanısı aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

23. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? İlaç kullanıyorsanız lütfen belirtiniz.....

- a) Yüksek Tansiyon
- b) Şeker
- c) Troid Bezi Hastalığı
- d) Kalp Hastalığı
- e) Böbrek Hastalığı
- f) Kronik Solunum Yolu Hastalığı
- g) Astım
- h) Diğer.....

24. Gebelik sırasında herhangi bir başka hastalığınız/sorununuz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

Olduysa lütfen kısaca açıklayınız:

25. Gebelik esnasında gebeliğe bağlı bulantı-kusmanız oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

26. Gebelik boyunca herhangi bir sebeple hastaneye yatarak tedavi gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Sigara kullanım durumu:

- a) Evet: .....adet/gün.....yıldır
- b) Hayır
- c) Gebelik nedeniyle bıraktım

28. Alkol kullanım durum:

- a) Evet:.....adet/gün.....yıldır
- b) Hayır
- c) Gebelik nedeniyle bıraktım

29. Bağımlılık yapıcı madde kullanım durumu:

- a) Evet:.....adet/gün.....yıldır
- b) Hayır
- c) Gebelik nedeniyle bıraktım

30. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- a) Kız
- b) Erkek



31. Bebeğinizin doğum ağırlığı nedir?.....

32. Bebeğinizin beslenmesi nasıldır?

33. Aile içinde sorun, eş/başka birisiyle geçimsizlik, huzursuzluk, kötü davranış var mı?

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| a) Evet, her zaman | d) Nadiren             |
| b) Evet, sıklıkla  | e) Hayır, hiçbir zaman |
| c) Evet, bazen     |                        |

34. Eğer kötü davranış varsa bu nasıl bir davranıştır? Ne kadar süredir devam etmektedir?

35. Anne, baba, kardeşleriniz veya arkadaşlarınız ile sorunlarınız paylaşabiliyor, gerektiğinde onlardan destek ve yardım alabiliyor musunuz?

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| a) Evet, her zaman | d) Nadiren             |
| b) Evet, sıklıkla  | e) Hayır, hiçbir zaman |
| c) Evet, bazen     |                        |

36. Genel olarak, ruh sağlığınız için ne dersiniz?

- |            |                |
|------------|----------------|
| a) Çok iyi | c) Orta, vasat |
| b) İyi     | d) Kötü        |

## Ek 2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

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

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

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

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

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

Son 7 gündür;

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

- Hayır, hiç bir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

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

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

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

Son 7 gündür

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

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

Son 7 gündür

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

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

Son 7 gündür

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

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

### Ek 3. Etik Kurul İzni



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572.050.01.04- 116149  
Konu : Etik Kurul Kararı

12 -04- 2018

Sayın Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU  
Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 04/04/2018 tarih ve 91 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Mekin SEZİK  
Başkan

Eki : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA  
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165  
e-posta : [tipetik@sdu.edu.tr](mailto:tipetik@sdu.edu.tr) İnternet Adresi : [www.tip.sdu.edu.tr](http://www.tip.sdu.edu.tr)

Bilgi için : İ.Etem YETİŞEN  
Bilgisayar İşletmeni  
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. (04.04.2018 tarih ve 91 sayılı karar)
---	---

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
	DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/> Anket Örneği ve Ölçekleri			

Prof. Dr. Mekin SEZİK  
Etik Kurul Başkanı



**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Araştırmanın Açık Adı		Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörlerin						
Araştırmanın Protokol Kodu		Değerlendirilmesi.						
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No: 91</b>		<b>Tarih: 04.04.2018</b>					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
	<b>SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>							
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Prof. Dr. Mekin SEZİK						
<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Araştırma ile ilişkisi</b>		<b>Katılım *</b>	<b>İmza</b>
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	SORUMLU ARAŞTIRICI
Doç. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	YARDIMCI ARAŞTIRICI
Uzman Dr. Seçkin AYDIN SAVAŞ	Plastik ve Estetik Cerrahi	Isparta Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	SDÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\* : Toplantıda Bulunma

## Ek 4. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 94723667-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma.

Sn: Sedat... DİNÇTİRK

İlgi : .../.../2018 tarihli müracaatınız,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

*e-izimlidir.*

Uz.Dr. Tarık ACAR  
İl Sağlık Müdürü a.  
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi  
Cihaz Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Yazı (2 adet)

DAĞITIM :  
Ekli Liste

Konya İl Sağlık Müdürlüğü  
Zekiye Özlem YILMAZ  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA  
Faks No:(0332)3517268 Bilgi İçin: Sağlık Hizmetleri İzleme Değerlendirme ve Denetim Birimi.  
e-Posta:zekiyeozlem.yilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi:  
konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e3018101-ca03-410e-a543-78e8468c9aa4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Zekiye Özlem YILMAZ  
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0332 310 43 62





T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK  
HİZMETLERİ İZLEME DEĞERLENDİRME VE DENETİM  
BİRİMİ



Sayı : 94723667-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

*e-imzalıdır.*

Uz.Dr. Tarık ACAR  
Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi  
Cihaz Hizmetleri Başkanı

OLUR  
.../.../2018

*e-imzalıdır.*  
Prof.Dr.Mehmet KOÇ  
İl Sağlık Müdürü

Konya İl Sağlık Müdürlüğü  
Zekiye Özlem YILMAZ  
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA  
Faks No:(0332)3517268 Bilgi İçin: Sağlık Hizmetleri İzleme Değerlendirme ve  
Denetim Birimi.  
e-Posta:zekiyeozlem.yilmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi:  
konya.kamusaligi@saglik.gov.tr

Bilgi için:Zekiye Özlem YILMAZ  
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0332 310 43 62

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b5048340-3h07-4682-a046-7848367309128 kodlu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Hem. Seda DİNÇTÜRK	Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.	Akşehir.
2	Uz.Dr.Kerim YEŞİLDAĞ (Halk Sağlığı)	İlimizde 2. ve 3. Basamak Hastaneye Yatırılarak Tedavi Edilen Astım ve KOAH hastalarının Maliyet Analizi Yapılarak; İlimizdeki Maliyeti ve Maliyeti Arttıran Nedenleri Tespit Etmek. (2.-3. Basamak Hastanelerden veri alınması)	2. ve 3. Basamak Hastaneler
3	Dr. Tuba Esra Şahlar	Aile Planlaması Yöntem Değişikliği Talebi ile Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Değiştirme Nedenleri.	Konya 1 nolu AÇSAP
4	Öğr.Gör. Seyhan ÇANKAYA	Ebelerin Travmatik Perinatal Deneyimlerinin Post Travmatik Stres Semptomlarını, İş Yaşam Kalitesine ve Bilişsel Durumuna Etkisi	Müdürlüğümüzde Bağlı Kurum ve Kuruluşlar.
5	Rabia Nur ATA	Dış Hekimlerinde Gövde Rotasyonu İle El Becerisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.	Beyhekim Ağız ve Diş Merkezi.
6	Burcu CEYLAN	Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Atılganlık Becerileri Eğitiminin Hastaların Benlik Saygısı ve İçselleştirilmiş Damgalama Düzeylerine Etkisi.	Numune Hastanesi TRSM
7	Ayşe GÜNEY	Kadınlarda Fonksiyonel Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler.	Konya Numune Hastanesi Çalışanları

Konya İl Sağlık Müdürlüğü  
Zarflı ve Çıktımlı MAZ  
Sağlık Bilim Merkezi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e3018101-ca03-410e-a543-78e8468c9aa4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 5. Ölçek Kullanım İzni

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla  
Dr.Nur Engindeniz

8 Mar 2018 tarihinde 13:53 saatinde, [REDACTED] > şunları yazdı:

Merhaba Nur Hanım iyi günler.

Öncelikle kendimi tanıyım. Ben Seda Dinçtürk, Selçuk Üniversitesi ebelik bölümü mezunuyum, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünde yüksek lisans yapıyorum.

Tez konum Postpartum depresyon ile ilgili ve tezimde izniniz olursa Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen, sizin tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini kullanmak istiyorum.

Şimdiden çok teşekkür ederim kolay gelsin.

## ÖZGEÇMİŞ

**Seda DİNÇTÜRK**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

Doğum Tarihi : 01.01.1993  
Adres : 33733 sok. No: 84/9 Akşehir/KONYA  
E-mail : seda\_dakduklu@hotmail.com

### **İŞ TECRÜBESİ**

2015-2016 Akşehir Özel Sağlık Meslek Lisesi - Meslek Öğretmeni  
2016-2017 Çankırı Orta İlçe Devlet Hastanesi - Ebe  
2017- Akşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü - Ebe

### **EĞİTİM BİLGİLERİ**

Lise : 2006-2010 Yalvaç Sağlık Meslek Lisesi Acil Tıp Teknisyenliği  
Bölümü - Ortalama: 87,26  
Lisans : 2010-2014 Selçuk Üniversitesi /Konya  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - Ortalama:  
2,95  
Yüksek Lisans: 2016- Süleyman Demirel Üniversitesi /Isparta  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

### **SEMİNER ve KURSLAR**

12.2008 Tıp Sekreterliği Sertifikası  
05.2011 Beden Dili ve İmaj Yönetimi Sertifikası  
04.2012 Diksiyon Kursu Sertifikası  
04.2014 I. Uluslararası V. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi  
03.2015 Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu

### **BİLGİSAYAR BİLGİSİ**

Microsoft,  
Ofis Programları,  
Mac,  
Outlook

### **YABANCI DİLLER**

İngilizce: Dinleme ve okuma; B1  
Konuşma ve yazma; A2