



**T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**BURDUR İLİNDE LOHUSALARDA POSTPARTUM  
DEPRESYON PREVALANSI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Sevinç SÜTLÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ**

**Tez No: 143  
ISPARTA-2016**

## 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 **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:27/12/2016

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

S.D.Ü. Halk Sağlığı A.B.D. Öğretim Üyesi

Üye: Prof. Dr. A. Nesimi KIŞIOĞLU

S.D.Ü. Halk Sağlığı A.B.D. Öğretim Üyesi

Üye: Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Celal Bayar Ü. Tıp. Fak. Halk Sağ. A.B.D. Öğretim Üyesi

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

**Doç. Dr. Mustafa KAYAN**

**Enstitü Müdürü**

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

### 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.

Tezi Hazırlayan

Sevinç SÜTLÜ

İmza

Danışman

Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

İmza

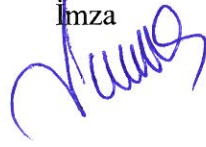
## BEYAN

“Burdur İlinde Lohusalarda Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler” adlı Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Sevinç SÜTLÜ

İmza



Danışman

Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

İmza



## ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Danışmanım Doç. Dr. Yonca Sönmez'e gerek yüksek lisans eğitimim döneminde gerekse tez çalışmam sürecindeki desteği ve emeği, paylaştığı bilgisi, iyi niyeti, sabrı ve gülen yüzü için teşekkür ederim.

Halk Sağlığı yüksek lisansım boyunca mütevazılığı ve bilgi birikimi ile yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Mustafa Öztürk'e teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca, kişilikleri ve akademik duruşlarıyla bizi şekillendiren Prof. Dr. Nesimi Kışioğlu ve Prof. Dr. Ersin Uskun'a teşekkür ederim.

Sahada veri toplama süresince titizlikleri, zaman zaman uyarıları ile benimle olan Burdur Merkez Toplum Sağlığı Merkezi saha ekibine teşekkürlerimi sunarım.

Halk sağlığını sevdiren, akademi ile sahayı harmanlamadan başarıya ulaşılamayacağını öğreten Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Binali ÇATAK'a ve Yüksek lisans yapmam konusunda beni yönlendiren Burdur Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı Dr. A. Selçuk KILINÇ'a teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, manevi desteğini ve sabrını esirgemeyen eşim Erdiñ'e, beraber ders çalıştığım oğullarım Ali Emre ve Emir Can'a teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>2</b>
2.1. Postpartum Depresyon .....	2
2.1.1. Tarihçe .....	3
2.1.2. Epidemiyoloji .....	4
2.1.3. Risk Faktörleri/Nedenleri .....	7
2.1.3.1. Genetik Faktörler .....	8
2.1.3.2. Psikolojik Faktörler .....	8
2.1.3.3. Çevresel Faktörler .....	8
2.1.3.4. Sosyal Faktörler .....	8
2.1.3.5. Biyolojik Faktörler .....	9
2.1.3.6. Hormonal Faktörler .....	9
2.1.4. Postpartum Depresyon Bulguları.....	10
2.1.5. PPD’de Tanı.....	11
2.1.5.1. Edinburg Postpartum Depresyon Skalası.....	11
2.1.5.2. EPDS Kullanım Kılavuzu .....	14
2.1.6. PPD’de Tedavi.....	14
2.1.6.1. PPD’de Hospitalizasyon Kriterleri.....	14
2.1.6.2. Önleyici Stratejiler .....	15
2.2. Diğer Postpartum Duygu Durum Bozuklukları.....	15
2.2.1. Lohusalık (Annelik) Hüznü .....	15
2.2.1.1. Lohusalık Hüznü Nedenleri .....	15
2.2.1.2. Lohusalık Hüznü Belirtileri.....	16
2.2.1.3. Lohusalık Hüznünün Tedavisi .....	16
2.2.2. Postpartum Psikoz .....	17
2.2.2.1. Postpartum Psikoz Belirtileri .....	17

2.2.2.2. Postpartum Psikoz Tedavisi .....	18
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar .....	19
3.3.1. Bağımlı Değişken: Postpartum Depresyon.....	19
3.3.2. Bağımsız Değişkenler ve Tanımlamalar.....	20
3.4. Veri Toplama Formunun Ön Denemesinin Yapılması.....	23
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	24
3.9. Araştırmanın Zamanlaması .....	24
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>25</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>47</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>50</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>51</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>58</b>
Ek-1. Postpartum Depresyon Değerlendirme Anketi.....	58
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>66</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AH** : Aile Hekimi
- ASE** : Aile Sağlığı Elemanı
- CRH** : Corticotropin Releasing Hormon
- DÖB** : Doğum öncesi Bakım
- DSM IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition
- EKT** : Elektro Konvülsiv Tedavi
- EPDS** : Edinburg Postpartum Depresyon Skalası
- LR** : Lojistik Regresyon
- MS** : Milattan Sonra
- OR** : Odds Ratio
- PPD** : Postpartum Depresyon
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- TSH** : Tiroid Stimule edici Hormon
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Doğum sonrası duygudurum bozukluklarının gelişimindeki risk faktörleri .	7
<b>Tablo 2.</b> İş planı.....	24
<b>Tablo 3.</b> Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikler .....	25
<b>Tablo 3.</b> Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikler (Devamı).....	26
<b>Tablo 4.</b> Kadın ve eşinin sosyoekonomik özellikleri .....	27
<b>Tablo 5.</b> Kadınların biyodemografik özellikleri.....	28
<b>Tablo 6.</b> Kadınların doğum özellikleri .....	29
<b>Tablo 7.</b> Kadınlarda PPD görülme sıklığı .....	30
<b>Tablo 8.</b> Doğumdaki yaşın PPD üzerine etkisi.....	30
<b>Tablo 9.</b> Kadının ve eşinin eğitim durumlarına göre kadında PPD varlığı .....	30
<b>Tablo 10.</b> İkamet yeri, aile tipi ve evde yaşayan kişi sayısının PPD üzerine etkisi ..	31
<b>Tablo 11.</b> Evlenme şekli, resmi nikah ve eş ile akrabalığın PPD üzerine etkisi .....	32
<b>Tablo 12.</b> Sağlık güvencesinin PPD üzerine etkisi.....	33
<b>Tablo 13.</b> Doğumun gerçekleştiği haftanın PPD üzerine etkisi .....	33
<b>Tablo 14.</b> Sosyoekonomik özelliklerin PPD üzerine etkisi .....	34
<b>Tablo 15.</b> Doğum öncesi bakım (DÖB) alma durumunun PPD üzerine etkisi .....	35
<b>Tablo 16.</b> Doğum yapıldığı yer ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi .....	35
<b>Tablo 17.</b> Bebeğin cinsiyetine göre kadınlarda PPD varlığı .....	36
<b>Tablo 18.</b> Kendiliğinden ve isteyerek düşük öyküsünün PPD üzerine etkisi.....	36
<b>Tablo 19.</b> Ölü doğum ve bebek ölümü öyküsünün PPD üzerine etkisi.....	37
<b>Tablo 20.</b> Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebeliğin PPD üzerine etkisi.....	37
<b>Tablo 21.</b> Backward LR lojistik regresyon analizi sonuçları tablosu.....	38

## 1. GİRİŞ

Kadınlar erkeklere göre iki kat fazla duygu durum bozuklukları yaşar ve çocuk doğurma yaşlarında bu hastalıkların insidansı tepe noktasına ulaşır. Doğum sonrası dönem kadının duygu durum bozukluklarına en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde annede gelişen psikiyatrik hastalık hem çocuğun gelişimini olumsuz etkilemekte hem de annede belirgin hastalıklara yol açmaktadır (1).

Doğum sonu duygu durum bozuklukları; lohusalık hüznü, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Annelik hüznü yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkiler. Türkiye’de bu sıklık %6,3 ile %50,7 arasında değişmektedir. PPD ise doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde başlamakta, doğumdan sonra 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilmekte ve %6-16 sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Postpartum psikoz vakaları ise oldukça nadir görülmektedir (%01-2) (2).

PPD çoğunlukla gözden kaçırılmaktadır. Birçok kadın mutlu olmaları gereken bir dönemde depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duyar ve belirtileri saklarlar (1). Birinci basamak doğum sonu izlemlerinde PPD mutlaka değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan 03.05.2010 tarih 2010/27 sayılı Doğum Sonu İzlem Genelgesi gereği Edinburg Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) ile her lohusanın depresyon açısından değerlendirilmesi zorunlu kılınmıştır.

PPD’nin yaygınlığı, anne, bebek ve ailenin yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle konunun irdelenmesine karar verilmiştir

## 2. GENEL BİLGİLER

Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depressus” dur. Aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, meyus etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamına gelir. Depresyon karşılığı olarak Türkçede ruhsal çöküntü ya da çökkünlük kullanılmaktadır. Temelinde elem doğrultusunda artmış olan duygu durumunun bulunduğu, bedensel, ruhsal ve toplumsal belirti ve yakınmaların bütünüdür (3).

Depresyonun belli başlı belirtileri hayattan eskisi kadar zevk almama, isteksizlik, uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, unutkanlık ve cinsel ilgide azalmadır.

İnsanlar çok eski çağlardan beri duygulanım bozukluklarını tanımışlar ve yaşamışlardır. Amerikan Psikiyatri Derneği'nin DSM IV sınıflandırmasına göre Affektif Bozukluklar grubunda yer alan depresyon en sık görülen affektif bozukluktur (4).

### 2.1. Postpartum Depresyon

Annelik duygusu kadın psikolojisindeki en temel duygulardan birisidir. Canlılar içerisinde çok özel bir his olarak tanımlanmakta hatta bazı filozoflar “İyilik duygusunun dünyaya girdiği kapı, annelik duygusudur” demektedir (5). Bir bebeğin doğumu; heyecan, sevinç, korku ve anksiyete gibi güçlü duygular karmaşasına neden olur. Ama aynı zamanda beklenmeyen bir durum olan depresyon ortaya çıkabilir. Yeni annelerin birçoğu bebeğin doğumunu takiben duygu durum değişimleri ve ağlama nöbetlerini içeren annelik hüznü yaşar. Bazı annelerse bunun biraz daha ağır ve uzun süreli olan formuyla karşılaşabilir ki buna PPD adı verilir (6).

Kadın sağlığı, aile ve toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinde öncelik taşıyan bir konudur. Kadın yaşam sürecinde, adolesan, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (7, 8).

Özellikle, 15–49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk döneminde yer alan doğum sonu dönem, fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreç olması nedeniyle anne ve bebek

için risk taşımaktadır. Bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Bu bakımdan doğum sonu dönem aile için kriz ortamına neden olabilmektedir (9).

Doğumdan sonra kadınların %70'inde hafif, orta ve şiddetli olmak üzere farklı oranlarda duygulanım değişiklikleri yaşanır. Hafif üzüntü, ağlamanın yanında artan korkular bunun belirtileridir. "Annelik hüznü" olarak da tanımlanan bu dönem doğaldır. Doğum gibi güç bir olayın vücutta yaptığı değişimlerle ilgilidir. Kortizol gibi stres hormonlarının bu dönemde yükseldiği bilinir. Stres hormonlarının yükselmesi annelik hüznünün depresyona dönüşmesi riskini oluşturur.

Doğum sonrasında, yeni bebeğin sorumluluğunu alma, çocuğu kaybetme ihtimali, bebeğe zarar verme korkusu gibi durumlar aile işleyişini değiştirerek bazı uyum bozukluklarına yol açabilir. Ancak uyum bozuklukları aşırıya kaçarsa psikiyatrik yardım şarttır. Bu dönemin hafif geçmesi annenin desteklenmesiyle mümkündür (5).

Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne değil beraberinde bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Depresif annelerin bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çektiği bilinmektedir (10).

### **2.1.1. Tarihçe**

Depresyon ve depresyon belirtilerine ilişkin ilk gözlem Gılgamış Destanında yer almaktadır (3).

Antik çağlardan itibaren depresyon örneklerine ait kayıtlar bulunmaktadır. Tarih öncesi dönemlerde Niobe ağlayan bir taşla ölümsüz biçimde sembolleştirilmiştir. Manisa'nın Spil dağında yer alan Niobe'nin taş yüzü tarihte belki de ilk bildirilen stuporlu depresyon olgusudur. Altı erkek ve altı kız çocuğu ile Leto'dan daha fazla çocuğu olduğuyula övünen Niobe'nin gururuna karşı duyulan kızgınlık sonucu, Apollo ve Artemis (Leto'nun çocukları) tüm çocuklarını öldürür. Bu trajik olay sonucu Niobe'nin yoğun üzüntüsüne karşı tanrılar onu taşla çevirir ve ağlayan taş yüz olarak depresyonu sembolize eder (11).

Samuel'in Kutsal Kitabında Kral Saul'un öyküsünde depresif bir sendrom tanımlanmıştır. Depresyonun ona eziyet vermek için tanrı tarafından gönderilen kötü bir ruh olduğu belirtilmiştir (12).

Türk ve Arap dünyasında ise İbni Sina ve İshak İbni İbram gibi hekimler önemli gelişim göstermişlerdir. İbni Sina (MS 980-1037) ruhu beynin bir işlevi gibi görmüş, burada oluşan bir bozukluğun hastalığı ortaya çıkardığını söylemiştir. Melankolide farklı duygulanım durumlarını tanımlamış ve farklı depresif görünümlerin vücut sıvılarının farklı oranlarda karışımından kaynaklandığı düşüncesi ile modern nörotransmitter varsayımlarının öncüsü olduğu söylenebilir. İshak İbni İbram ise melankolinin, babanın zarar görmüş sperminin neden olduğu doğum öncesi genetik faktörlerle, özel mizaç türlerinde oluşan aşırı zihinsel yorgunluğun uyku-uyanıklık döngüsünü bozması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (13).

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

Depresyon, hem kadınları hem erkekleri etkileyen bir hastalık olmakla beraber kadınlarda iki kat fazla görülmektedir (1).

Depresyonun kadınlarda hayat boyu prevalansı %10-25 olarak bildirilmektedir. Bu rakam erkeklerdeki prevalansın 1,5-2 katı kadardır. Kadınlarda en sık doğurganlık yaşlarında depresyon görülmektedir.

Depresif bozukluk; üzüntü, ümitsizlik, kaybolmuş ilgi ve zevk alma duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk ve düşünme ve yoğunlaşmada zorlanma gibi bulgularla kendisini gösterir ve kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki misli fazla görülür. Depresyon sıklığında cinsiyetler arası fark ergenlikte ortaya çıkar ve menopoz sonrası azalır. Cinsiyetler arası farkın olası sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Günümüz koşullarında maddi manevi büyük yük altında olan kadınlar eş, anne, iş kadını ve ev hanımı gibi rollerin ağırlığını yüklenmişlerdir. Kadınların sağlık kuruluşlarına başvurarak yardım alma eğilimlerinin de daha sık olduğu dikkate alınırca cinsiyetler arasındaki farklılığın bir sebebi daha ortaya çıkar. Kadınlar minör depresyon için de hekimlere başvururken erkekler daha çok ağır depresyonda ve genellikle aile zoru ile doktora başvurmaktadır (14, 15, 16).

Kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteron kadının adet görmesini, gebe olmasını sağlarken kadın vücudunda birçok organı etkiler. Beyin de etkilenen organlardan birisidir. Kadınlık hormonlarının miktarı her ay artma ve azalma gösterir. Dolayısıyla kadınların ruh halleri de buna paralel dalgalanmalar gösterir.

Gebelikte östrojen normalin 50 katına progesteron ise 10 katına çıkar. Doğum sonrası her 2 hormon da hızla gebelik öncesi seviyesine iner. Bu ani değişiklik bazı kadınların depresyona girmesine neden olur (1).

Gebelikte veya menapozda depresyon riski açısından değişim gözlenmezken lohusalık döneminde depresyon riskinde artış görülür.

1845’de Esquirol, doğum sonrası süreçle ilişkili birkaç çeşit duygu durum bozukluğunu ve onların laktasyon dönemi ile ilişkilerini tanımlamıştır. Daha sonraki yıllarda, Marce adındaki Fransız hekim gebe, yeni doğum yapmış ve laktasyon dönemindeki kadınlardaki ruhi bozuklukları yayınlamıştır.

PPD, doğumu takiben sıklıkla kadınları nadiren erkekleri etkileyen bir klinik depresyon türüdür. Yapılan klinik çalışmalara göre sıklığı farklılık göstermekle birlikte kadınlarda %5-25 arasında, erkeklerde ise %1,2-25 arasında oranlar bulunmaktadır (17, 18).

Aydın il merkezinde yapılan bir çalışmada, kadınların son gebeliklerinde doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %12,5 olarak tespit edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde kadının yaşam şeklinin, aile içinde stres, evliliğinde sorun yaşamasının, eşinden şiddet görmesinin, gebeliğin istenmemesinin, gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşamasının, eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olmasının, aile veya arkadaş ilişkilerinin kötü olmasının doğum sonrası depresyon görülme durumunu etkilediği tespit edilmiştir (19).

Trabzon ili merkezinde yapılan bir çalışmada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’ne göre PPD sıklığı %28,1’dir (20).

İki farklı çalışmada PPD prevalansı; Konya il merkezinde %19,4 (21), Sivas il merkezindeki %28,0 olarak bulunmuştur (22).

Yaman ve ark. (2009) tarafından Gazi Üniversitesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran son 1 yıl içinde doğum yapmış 214 kadınla yapılan araştırmada %23,4'ünün PPD yaşadığı belirtilmektedir(23).

İstanbul'da bir hastanede sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada PPD semptomatolojisine sahip annelerin oranı %30,6 olarak bulunmuştur (24).

Etkin emzirme eğitimi alan PPD'li anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi çalışmasında gebelik sonrası depresyon oranı %40,9 bulunmuştur (25).

Yapılan çeşitli çalışmalarda PPD sıklığı doğumdan sonraki 5. günde %20,3 (26), 7. günde %18 (27), 6. haftada %22,6 (28), 3. ayda %12 (29) olarak bildirilmiştir.

Elli dokuz çalışmayı içeren bir metaanalizde doğumu takip eden 1 yıl içerisinde annelerin %13'ünün depresif bozukluklar yaşadığı ve bunların yarısının PPD olduğu belirtilmektedir (30, 31).

PPD; psikiyatrik tanı sistemlerinden DSM-IV'de "Duygu durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Kadınlarda sık görülen bir durum olmasına rağmen, kadın ve ailesi bu durumun destek ve tedavi gerektiren bir durum olduğunun farkında değildir. PPD'yi başarıyla yenebilmenin yolu arkadaş, akraba, sağlık personeli ve sosyal çalışmacıların desteğidir. Sağlık çalışanlarına tedavinin yanı sıra PPD'nin tanısında da önemli görev düşmektedir (32).

PPD annelik hüznüne göre daha şiddetlidir ve daha uzun sürer. PPD; annelik hüznünde yaşanan belirtilerin yanında depresif kişiliğe, yoğun anksiyeteye, ümitsizliğe ve intihar düşüncesine neden olmaktadır (9). Kaynaklarda, bu annelerin %41'nin bebeklerine zarar vermeye yönelik düşünceler taşıdıkları, hatta bu annelerin %10'unda düşüncenin eyleme dönüştüğü belirtilmektedir (33, 34).

### 2.1.3. Risk Faktörleri/Nedenleri

Doğum sonu duygu durum değişimlerine ait risk faktörleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Doğum sonrası duygudurum bozukluklarının gelişimindeki risk faktörleri(35)

	Doğum Sonu Hüzün	Doğum Sonu Depresyon	Doğum Sonu Psikoz
Antenatal	Kişideki depresyon öyküsü Ailede depresyon öyküsü Premenstruel depresyon Kötü sosyoekonomik durum Stresli yaşam olayları Doğum korkuları Gebelikte ilgili tezat duygular	Kişideki depresyon öyküsü Ailede depresyon öyküsü Premenstruel depresyon Kötü sosyoekonomik durum Stresli yaşam olayları İstenmeyen gebelik Gebelik süresince anksiyete ve depresyon varlığı	Doğum sonrası psikoz öyküsü Bipolar depresyon öyküsü Ailede bipolar depresyon öyküsü
Postnatal	İnfanntın medikal problemleri Doğum sonrası hüzün		

PPD’nin etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Bazı çalışmalarda PPD’nin vitamin eksikliğinden kaynaklandığını göstermekteyken bazı çalışmalarda hamilelik süresince kadınlardaki hormon değişimleri neden olarak gösterilmektedir (36). Diğer kanıtlar ise sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olayları işaret etmektedir.

2009 yılında Amerika’da yayınlanan bir araştırmada hamileliğin 25. haftasındaki plasental Corticotropin Releasing Hormone (CRH) seviyesinin PPD gelişiminde etkili olduğu iddia edilmiştir (37).



Çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygudurum değişikliklerinde biyolojik genetik, çevresel ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğuna ilişkin görüş birliği içindedir.

#### **2.1.3.1. Genetik Faktörler**

Genetik faktörlerle ilgili bilgiler tam açıklığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte gebelik/lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilişkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin iç içe olduğu ve araştırılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir.

#### **2.1.3.2. Psikolojik Faktörler**

Gebenin depresyon veya anksiyete yaşaması, geçmişinde depresyon öyküsünün olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi durumlar gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir.

Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır.

#### **2.1.3.3. Çevresel Faktörler**

Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında tek faktör olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır.

#### **2.1.3.4. Sosyal Faktörler**

Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması,

yaşamdaki majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir.

#### **2.1.3.5. Biyolojik Faktörler**

Biyolojik faktörlerle maternal depresyonun (gebelik/lohusalık) ilişkisini belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyona zemin hazırlarlar. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

#### **2.1.3.6. Hormonal Faktörler**

Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, troid stimüle eden hormon (TSH), triiodothyronine/thyroxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (10).

PPD belirleyici faktörleri aşağıdaki şekilde listelenebilir:

- Emzirme yerine formülle bebeğini besleyenler
- Depresyon öyküsü
- Sigara içimi
- Düşük benlik saygısı
- Çocuk sahibi olma stresi
- Doğum öncesi depresyon
- Doğum öncesi anksiyete
- Düşük sosyal destek
- Hayat stresi
- Kötü evlilik ilişkisi

- Bebek mizaç problemleri / kolik
- Annelik hüznü
- Evli olmamak
- Düşük sosyoekonomik durum
- İstenmeyen / planlanmamış gebelik

Bunlardan üç faktörün (formülle beslenme, depresyon öyküsü, sigara) additif etkileri olduğu gösterilmiştir (39, 40).

#### **2.1.4. Postpartum Depresyon Bulguları**

PPD, çok farklı bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bu bulgular aşağıdaki gibi sıralanabilir <sup>(41)</sup>:

- Üzüntü
- Umutsuzluk
- Düşük benlik saygısı
- Suçluluk
- Boğulmuş hissi
- Uyku ve yeme bozuklukları
- Rahat olamama
- Tükenmişlik
- Boşluk hissi
- Anhedoni (Genelde haz verici duygular uyandıran etkinliklerden haz alma yetisini kaybetme)
- Sosyal geri çekilme
- Düşük veya hiç enerji
- Kolay sinirlenme
- Bebeğin bakımı yetersiz hissetmek

- Bozulmuş konuşma ve yazma
- Başkalarına karşı öfke
- Artan anksiyete ve panik atak
- Azalmış cinsel dürtü

### **2.1.5. PPD’de Tanı**

Birçok kadın mutlu olmaları gereken bir dönemde depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duyar ve belirtileri saklarlar. Bu nedenle PPD tablosu kolaylıkla gözden kaçabilir. Birinci basamak doğum sonu izlemlerinde PPD mutlaka değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan 03.05.2010 tarih 2010/27 sayılı Doğum Sonu İzlem Genelgesi gereği EPDS ile her lohusanın depresyon açısından değerlendirilmesi zorunlu kılınmıştır.

#### **2.1.5.1. Edinburg Postpartum Depresyon Skalası**

**Özellikleri:** Doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir.

**Uygulama:** Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır (42).

Özgün adı, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) olup Cox ve Holden tarafından geliştirilmiştir (30).

Türkçe formu, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” olarak Nur Engindeniz, Levent Küey, Savaş Kültür tarafından uyarlanmıştır (42).

EPDS 10 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular;

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

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
  - a. Her zaman olduğu kadar
  - b. Artık pek o kadar değil
  - c. Artık kesinlikle o kadar değil
  - d. Artık hiç değil
2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
  - a. Her zaman olduğu kadar
  - b. Her zamankinden biraz daha az
  - c. Her zamankinden kesinlikle daha az
  - d. Hemen hemen hiç
3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
  - a. Evet, çoğu zaman
  - b. Evet, bazen
  - c. Çok sık değil
  - d. Hayır, hiçbir zaman
4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
  - a. Hayır, hiçbir zaman
  - b. Çok seyrek
  - c. Evet, bazen
  - d. Evet, çoğu zaman

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

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, bazen
- c. Hayır, çok sık değil
- d. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- a. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- b. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- c. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- d. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, bazen
- c. Hayır, çok sık değil
- d. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, oldukça sık
- c. Hayır, çok sık değil
- d. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- a. Evet, çoğu zaman
- b. Evet, oldukça sık
- c. Çok seyrek
- d. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- a. Evet, oldukça sık
- b. Bazen
- c. Hemen hemen hiç
- d. Asla

### **2.1.5.2. EPDS Kullanım Kılavuzu**

EPDS doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve kişiler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır (42). 12 ve üzerindeki değerleri alan annelerin sevk edilmeleri önerilmektedir (43).

### **2.1.6. PPD'de Tedavi**

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 koyulmaz ve etkin bir tedavi yapılmaz ise belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir. Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. PPD'nin şiddetine göre psikoterapotik tedavi, farmakolojik tedavi ve Elektro Konvülviz Tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir (44).

#### **2.1.6.1. PPD'de Hospitalizasyon Kriterleri**

PPD 'da hospitalizasyon, sık olmamakla birlikte,

İntihar düşüncesi olması

Yeterli sosyal desteğe sahip olmaması

Bedensel bir rahatsızlığının olması durumunda gerekmektedir (44).

### **2.1.6.2. Önleyici Stratejiler**

Aile hekimleri (AH), aile sağlığı elemanları (ASE), kadın doğum uzmanları, hemşireler ve çocuk doktorları gibi kadınlarla gebelik dönemi ve doğum sonrasında ilişki içinde olan sağlık çalışanlarının gebelik ve doğum sonrası depresyon konusunda yeterli bilgileri ve farkındalıklarının olması gerekmektedir. Gebelik ve lohusalık döneminde annenin vücudunda gerçekleşen bütün değişiklikler nasıl takip ediliyorsa ruh durumunda ortaya çıkan değişiklikler de o şekilde takip edilmeli ve zamanında müdahale edilmelidir. Hangi kadının doğum sonrası dönemde psikiyatrik rahatsızlık geçireceğinin güvenilir bir tahmin yöntemi bulunmamakla birlikte doğum sonrası depresyon tespiti için EPDS kullanımı taramada yararlı olacaktır (43).

## **2.2. Diğer Postpartum Duygu Durum Bozuklukları**

PPD dışında lohusalık döneminde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları,

1. Lohusalık (Annelik) Hüznü (Postpartum Blues)
2. Postpartum psikoz olarak sınıflandırılmaktadır.

### **2.2.1. Lohusalık (Annelik) Hüznü**

Doğum yapan kadınların neredeyse %80'inde görülen ilk 1 ay hatta ilk iki hafta içinde (3-5. günler) görülen geçici ve kendini sınırlayan duygu durum değişikliğidir.

#### **2.2.1.1. Lohusalık Hüznü Nedenleri**

Lohusalık hüznünün görülmesine neden olan çeşitli etmenler belirlenmiştir;

- Gebe kalmadan önce adet öncesi gerginliği şiddetli yaşayanlar,
- İstmeden gebe kalanlar,
- Gebelik konusunda tereddüt yaşayanlar,
- Gebeliğin zor olduğu ve kaldıramayacağı şeklinde olumsuz düşünceleri olanlar,



- Doğumdan korkanlar,
- Gebelik ve sonrası hakkında karamsar olanlar daha sık lohusalık hüznü yaşar (1).

### **2.2.1.2. Lohusalık Hüznü Belirtileri**

Şiddetli olmayan ve genellikle birkaç gün içerisinde kendiliğinden düzelen belirtileri mevcuttur.

Üzüntü

- Karamsarlık
- Mutsuzluk
- Zevk alamama
- Ağlama
- Zihin bulanıklığı (“Aptal gibi oldum; insanlar konuşup duruyor ben bir şey anlamıyorum.” derler.)
- Endişe
- Yorgunluk ve bitkinlik
- Baş ağrısı

### **2.2.1.3. Lohusalık Hüznünün Tedavisi**

Lohusalık hüznü tedavi gerektirmez. Genellikle 2 hafta içinde belirtilerin şiddeti azalarak kendiliğinden geçer. Annelerin; ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmesi ve bilgilendirilmesi gereklidir.

Ancak lohusalık hüznü geçirenlerin %20’sinde bir yıl içerisinde depresyon geliştiği bildirilmektedir.

### 2.2.2. Postpartum Psikoz

Yaklaşık olarak 500 kişide 1 oranında görülmektedir. Önceki hamileliklerinde psikoz tablosu görülenlerde risk 3 kişide 1'e yükselmektedir. PPD'den farklı olarak hezeyan ve halüsinasyonlar da ortaya çıkar. Bu bulgular depresyon belirtilerine eşlik eder.

#### 2.2.2.1. Postpartum Psikoz Belirtileri

Rahatsızlığın en üzücü tarafı bu rahatsızlıkta hastaların %4'ünde rastlanabilen bebeğini öldürme (enfantisid veya filisid) davranışıdır. Yine %4'lük bir kesim anne de kendi hayatına son vermektedir. Bu sebeple hastalık kişinin çevresince önemsenmeli ve dikkatli olunmalıdır (1).

- Uykusuzluk,
- Gerginlik,
- Baş ağrıları,
- Duygusal açıdan aşırı tepkisellik,
- Huzursuzluk ve gün içinde sıkça dalgalanan bir ruh hâli
- Kendini her tür kötü olayın sorumlusu olarak görme,
- Doğan çocuğun aslında kendi çocuğu olmadığını, hatta doğumu bile kendisinin yapmadığı,
- Bebeğe bir sağlık sorunu olduğu, ona yeterince bakamayacağı ve acı çektirebileceği için onu ya da kendini öldürerek acılara son verme düşünceleri, bebeğini öldürmesi, kurban etmesi yolunda olmayan sesler duyma gözlenmektedir.
- Kendilerine zarar verileceği, çevrelerinde olan olayların kendilerine yönelik olup, özel anlamları olduğu, haklarında konuşulduğu şeklinde düşüncelerle birlikte olabileceği gibi aşırı neşe veya öfke, yerinde duramama, uyumaya ihtiyaç duymama, kendini çok büyük, her türlü güce

sahip ve önemli bir kişi olarak algılama ve bu yönde sesler duyup, ona göre davranma gibi halüsinasyon ve hezeyanlarla da seyredebilir.

- Bazen nerede olup, ne yaptığını bilememe, yaptıkları ve yaşadıklarını unutma, hatırlayamadığı kısımları kendine göre uydurarak doldurma (konfabulasyon) gibi belirtiler, konuşulan konu veya içinde yaşanan durumlara uygun olmayan yüz veya diğer vücut lisanı ile cevap verme görülebilir.
- Davranışlarda yavaşlama veya saldırganlaşma şeklinde olan değişimler gözlenmektedir (1).

#### **2.2.2.2. Postpartum Psikoz Tedavisi**

Anne ve bebeğin güvenliği açısından hastaneye yatırılma, emzirmenin kesilmesi ve ilaç tedavisi, tedaviye cevapsızlık ve ölüm düşünceleri halinde EKT düşünülmelidir (1).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Burdur ilinde, 1 Ocak–31 Mart 2012 tarihinde doğum yapmış 709 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örnek seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler, 27 Nisan-31 Temmuz 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma sonunda evrenin %92,4'üne ulaşılmıştır (n=655). Kadınlara ulaşamama nedenleri komşu illerde oturan ebeveynlerin yanına geçici olarak gitmeleri (19 kadın), Antalya, Denizli, Isparta gibi komşu illerde ikamet etmesi (14 kadın), il dışı kalıcı göçler (11 kadın) ve adreste bulunmamasıdır (10 kadın).

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar

##### 3.3.1. Bağımlı Değişken: Postpartum Depresyon

PPD'yi ölçmek için EPDS kullanılmıştır (Ek:1). EPDS doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve kişiler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır (42). 12 ve üzerindeki değerleri alan annelerin sevk edilmeleri önerilmektedir (43).

### 3.3.2. Bağımsız Değişkenler ve Tanımlamalar

#### Sosyodemografik Özellikleri:

**1. Kadının Yaşı:** Sorgulama “Kaç yaşındasınız?” açık uçlu sorusuyla yapılmış olup değerlendirme aşamasında yaş grupları (19 yaş ve altı, 20-29 yaş, 30 yaş ve üzeri) oluşturulmuştur.

**2. Eşinin Yaşı:** Sorgulama “Eşiniz kaç yaşında?” açık uçlu sorusuyla yapılmış olup değerlendirme aşamasında yaş grupları (19 yaş ve altı, 20-29 yaş,30 yaş ve üzeri) oluşturulmuştur.

**3. İkamet Yeri:** Köy/belde, ilçe merkezi ve il merkezi olarak sorgulanmıştır.

**4. Aile Tipi:** ” Sizin, eşinizin ve çocuklarınızın dışında evde anne, baba, dede, amca dayı vb. gibi başka kimse yaşıyor mu?” sorusu ile aile tipi sorgulanmıştır. Sonrasında çekirdek ve geniş aile olarak gruplandırılmıştır.

**5. Evlenme Şekli:** “Evlenmeniz görücü usulü ile mi oldu?” sorusu ile sorgulanmış, verilen yanıtta göre görücü usulü ile/anlaşarak şeklinde gruplandırılmıştır.

**6. Resmi Nikah:** “Kadınlara resmi nikahınız var mı?” diye sorulmuş, resmi nikah var/yok olarak gruplandırılmıştır.

**7. Eş ile Akrabalık:** “Eşinizle aranızda kan bağı, yani akrabalık var mı?” sorusuna cevap vermesi beklenmiş, akrabalık var/yok olarak gruplandırılmıştır.

**8. Evde Yaşayan Kişi Sayısı:** “Sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?” sorusu açık uçlu sorulmuş, verilen yanıtlar 4 ve altı, 5 ve üzeri olacak şekilde gruplandırılmıştır.

#### Sosyoekonomik özellikler:

**1. Kadının Eğitimi:** Kadının okuryazar olup olmadığı ve bitirdiği okul sorgulanmıştır. Analizlerde ortaokul ve altı, lise ve üstü şeklinde karşılaştırma yapılmıştır.

**2. Eşinin Eğitimi:** Eşinin okuryazar olup olmadığı ve bitirdiği okul sorgulanmış. Analizlerde ortaokul ve altı, lise ve üstü şeklinde karşılaştırma yapılmıştır.

**3. Sağlık Güvencesi:** Sağlık güvencesinin durumu sosyal güvenlik kurumu (ES, SSK, Bağ-Kur), yeşil kart ve sağlık güvencesi yok olarak sorgulanmış tır.

**4. Kadının İşi:** “Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?” sorusuna evet cevabı veren kadınlara; devlet işi, özel sektör, kendi hesabına (esnaf), iş buldukça ara işlerde (ev temizliği, çocuk bakımı vb.), ev kadını/çiftçi seçenekleri üzerinden işinin ne olduğu sorulmuştur. Hayır cevabı verenlere bir sonraki soruda gündelik ev işleri, çocuk bakımı, ev halkı için yağ, peynir, salça vb yapımı, kendi bağ bahçesinde çalışma durumu ve evde yaptığı ya da bağ bahçesinde ürettiğini gelir için satıp satmadığı sorulmuş ve ev kadını, devlet işi, özel sektör, ev eksenli üreten ve ücretsiz aile işçisi olarak gruplandırılmıştır.

**5. Eşinin İşi:** Kadına eşinin bir işte çalışıp çalışmadığı işsiz, devlet işinde, özel sektörde, kendi hesabına (esnaf), buldukça ara işlerde çalışıyor (inşaat işçisi, amele vb.), diğer şeklinde sorgulanmış ve diğer cevabının ne olduğu kayıt altına alınmıştır. İşsiz/iş buldukça ara işlerde çalışan, devlet işinde, özel sektörde, kendi hesabına(esnaf) ve çiftçi olarak gruplandırılmıştır.

**6. Eve Giren Gelir Düzeyi:** Eve giren toplam gelir; evin geçimine rahat yetiyor, evin geçimine ancak yetiyor ve evin geçimine yetmiyor şeklinde sorgulanmıştır. Analizlerde rahat yetiyor ve yetmiyor/ancak yetiyor şeklinde gruplandırılmıştır.

#### **Kadının biyodemografik özellikleri:**

**1. Kendiliğinden Düşük Öyküsü:** “Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde; düşük yaptınız mı?” diye sorulmuştur. Evet cevabı verenlerde ise “kaç kez” olduğu sorgulanmış; analizlerde var ve yok olarak gruplandırılmıştır.

**2. İsteyerek Düşük Öyküsü:** “Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde; isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız mı?” diye sorulmuştur. Analizlerde var ve yok olarak gruplandırılmıştır.

**3. Ölü Doğum Öyküsü:** “Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde; ölü doğum yaptınız mı?” diye sorulmuştur. Analizlerde var ve yok olarak gruplandırılmıştır.

**4. Bebek Ölümü Öyküsü:** “Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde; 12 ayını doldurmadan ölen bebeğiniz oldu mu?” diye sorulmuştur. Evet cevabı verenlerde ise “kaç kez” olduğu sorgulanmış; analizlerde var ve yok olarak gruplandırılmıştır.

**5. Yaşayan Çocuk Sayısı:** “Bu gebelik hariç, yaşayan toplam kaç çocuğunuz var?” diye sorularak alınan sayısal cevap kaydedilmiştir. Analizlerde 2 ve altı, 3 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

**6. Toplam Gebelik Sayısı:** Mevcut gebeliği dahil; düşük, isteyerek düşük, ölü doğan, doğup ölen ve hali hazırda yaşamakta olan çocukları dahil toplam gebelik sayısı sorgulanmıştır. Analizlerde 2 ve altı, 3 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

**7. İlk Doğumunu Yaptığı Yaş:** Sorgulama “İlk doğum yaşı?” açık uçlu sorusuyla yapılmış olup değerlendirme aşamasında yaş grupları (19 yaş ve altı, 20-29 yaş, 30 yaş ve üzeri) oluşturulmuştur.

**8. İlk Gebelik Yaşı:** Sorgulama “İlk gebelik yaşı?” açık uçlu sorusuyla yapılmış olup değerlendirme aşamasında yaş grupları (19 yaş ve altı, 20-29 yaş, 30 yaş ve üzeri) oluşturulmuştur.

**9. Çocuk Ölümü Öyküsü:** “Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde; 1-5 yaş arasında ölen çocuğunuz oldu mu?” diye sorulmuştur.

#### **Doğum özellikleri:**

**1. Doğumun Olduğu Yer:** Doğum evi/devlet hastanesi, özel hastane/ muayenehane, üniversite hastanesi ve diğer olarak gruplandırılmış; diğer cevabının ne olduğu kayıt altına alınmıştır.

**2. Doğum Şekli:** Sezaryen ve normal doğum olarak sorgulanmıştır.

**3. Bebeğin Cinsiyeti:** Kız veya erkek olarak gruplandırılmıştır.

**4. Doğumun Gerçekleştiği Gebelik Haftası:** Bu doğumu gebeliğinizin kaçınıcı haftasında yaptınız? açık uçlu sorusuyla yapılmış olup değerlendirme aşamasında 24-31, 32-37, 38 hafta ve üzeri şeklinde gruplar oluşturulmuştur.

**5. Doğum öncesi bakım alma durumu:** Doğum yaptığınız bu gebeliğinizde gebelikle ilgili şikâyetiniz olsun ya da olmasın tansiyon ölçümü, kilo ölçümü, kan, idrar tahlili yaptırmak, USG çekirme için sağlık personeline hiç gebelik muayenesi

oldunuz mu? diye sorulmuş; “hayır hiç olmadım, sadece AH/ASE’ye oldum, sadece kadın doğum uzmanına oldum ve hem AH/ASE hem kadın doğum uzmanına oldum” seçeneklerinden birini tercih etmesi sağlanmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Formunun Ön Denemesinin Yapılması**

Veri toplama formunun ön denemesi 2011 Aralık ayında doğum yapmış 10 kadınla yapılmıştır. Ön denemeden çıkan sonuçlar doğrultusunda veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Veriler Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden gerekli izinler (Ek: 2) alındıktan sonra 27 Nisan-31 Temmuz 2012 tarihleri arasında Burdur Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verileri toplamadan önce standardizasyonu sağlamak için, veri toplayacak ebe ve hemşirelere eğitim programı hazırlanmıştır. İki saatlik eğitim programı; araştırmanın konusu, amacı, soruların tek tek neyi hedeflediği, hangi değişkenlerle ilgili bilgi toplanacağı ve veri toplama aşamasında dikkat edilmesi gereken durumları içermiştir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verisi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı versiyon 10,0 ile değerlendirilmiştir (SPSS 1983). Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Analitik değerlendirmelerde ki-kare testi kullanılmıştır. Gerekli durumlarda çok gözlü düzende ki-kare ve eğitimde ki-kare testlerinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer olarak  $p < 0,05$  alınmıştır. PPD nedenlerini belirlemek amacıyla çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler ile model oluşturulmuş, geriye doğru azaltma (backward elimination) yöntemi ile analiz yapılmıştır.



### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler aile hekimine kayıtlı doğum yapmış kadınlar üzerinde yapılmıştır. Aile hekimine kayıtlı olmayan lohusaların olma olasılığı araştırmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmuştur.

### 3.9. Araştırmanın Zamanlaması

**Tablo 2.** İş planı

	06.20 12	07.20 12	08.20 12	09.20 12	10.20 12	11.20 12	12.20 12	01.20 13	02.20 16
<b>KONU SEÇİMİ</b>	X								
<b>KAYNAK TARAMA</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>HAZIRLIK</b>	X	X							
<b>VERİ TOPLAMA</b>			X	X	X				
<b>VERİ GİRİŞİ/DEĞERLENDİRME</b>					X	X			
<b>ANALİZ</b>							X	X	
<b>YAZIM</b>								X	X

#### 4. BULGULAR

Kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikler

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Kadının yaşı</b>		
19 yaş ve altı	51	7,8
20–29	385	58,8
30 yaş ve üzeri	218	33,3
<b>Eşinin yaşı</b>		
19 yaş ve altı	3	0,5
20–29	672	41,8
30 yaş ve üzeri	375	57,7
<b>Kadının eğitimi</b>		
Okuryazar değil/Okuryazar	16	2,4
İlkokul	196	29,9
Ortaokul	175	26,7
Lise	170	26,0
Üniversite	98	15,0
<b>Eşin eğitimi</b>		
Okuryazar değil/Okuryazar	5	0,8
İlkokul	189	28,9
Ortaokul	149	22,7
Lise	171	26,1
Üniversite	141	21,5
<b>Toplam</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 3.** Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikler (Devamı)

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
<b>İkamet yeri</b>		
Köy/belde	199	30,4
İlçe merkezi	261	39,8
İl merkezi	195	29,8
<b>Aile tipi</b>		
Geniş aile	110	16,8
Çekirdek aile	545	83,2
<b>Evlenme şekli</b>		
Görücü usulü ile	331	50,5
Anlaşarak	324	49,5
<b>Resmi nikâh</b>		
Var	640	97,7
Yok	15	2,3
<b>Eş ile akrabalık</b>		
Var	58	8,9
Yok	597	91,1
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>		
4 ve altı kişi	440	67,2
5 ve üzeri kişi	215	32,8
<b>Toplam</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>

Kadınların yaş ortalaması 27,0 ve standart sapması 7,8'dir. %58,8'i 20–29 yaş grubundadır. Gerek kadın (%29,9) ve gerekse eşleri arasında (%28,9) en fazla ilkökul mezunu bulunmaktadır. Diğer yandan kadınların %2,4'ünün, erkeklerin ise %0,8'inin formel eğitimi bulunmamaktadır. Kadınların %15,0'i, eşlerinin %21,5'i üniversite mezunudur. Kadınların %30,4'ü kırsalda yaşamakta, %16,8'i geniş ailede yaşamakta, yaklaşık yarısı görücü usulü ile evlenmiş, %2,3'ünün resmi nikâhı bulunmamakta, %8,9'u eşi ile akraba, %32,8'inin evinde 5 ve daha fazla kişi yaşamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Kadın ve eşinin sosyoekonomik özellikleri

Sosyoekonomik özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Kadının sağlık güvencesi</b>		
Yok	14	2,1
Yeşil kart	39	6,0
Sosyal güvenlik kurumu	602	91,9
<b>Kadının işi</b>		
Ev kadını	106	16,2
Devlet işi	55	8,4
Özel sektör	42	6,4
Ev eksenli üreten	136	20,8
Ücretsiz aile işçisi	316	48,2
<b>Erkeğin işi</b>		
İşsiz/iş buldukça çalışan	51	7,8
Devlet işinde çalışan	106	16,2
Özel sektörde çalışan	289	44,1
Kendi hesabına (Esnaf)	129	19,7
Çiftçi	80	12,2
<b>Eve giren gelir</b>		
Evin geçimine rahat yetiyor	275	42,0
Evin geçimine ancak yetiyor	278	42,4
Evin geçimine yetmiyor	102	15,6
<b>Toplam</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4’de kadının ve eşinin sosyoekonomik özellikleri görülmektedir. Kadınların %91,9’unun sağlık güvencesi bulunmakta ve % 48,2’si ücretsiz aile işçisi olarak çalışmakta iken erkeklerin %44,1’i özel sektörde çalışmaktadır. Araştırma grubunun %15,6’sı eve giren gelirin geçinmelerine yetmediğini belirtmektedir.

**Tablo 5.** Kadınların biyodemografik özellikleri

<b>Biyodemografik özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kendiliğinden düşük öyküsü</b>		
0	529	80,8
1	102	15,6
2 ve üzeri	24	3,7
<b>İsteyerek düşük öyküsü</b>		
0	628	95,9
1	24	3,7
2 ve üzeri	3	0,5
<b>Ölü doğum öyküsü</b>		
0	646	98,6
1	9	1,4
<b>Bebek ölümü öyküsü</b>		
0	644	98,3
1	11	1,7
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
1	254	38,1
2	266	40,6
3	120	18,3
4 ve daha fazla	15	2,3
<b>Toplam gebelik sayısı</b>		
1	214	32,7
2	231	35,3
3	129	19,7
4 ve daha fazla	81	12,4
<b>Toplam</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5’de kadınların biyodemografik özellikleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların %15,6’sının 1, %3,7’sinin 2 düşük öyküsü olup,

%1,4'ünün ölü doğumu, %1,7'sinin bebek ölümü olmuştur. Kadınların %38,1'inin 1, %2,3'ünün 4 ve daha fazla çocuğu bulunmakta iken, %32,7'si 1, %12,4'ü ise 4 ve daha fazla gebelik yaşamıştır.

Ayrıca kadınların % 20,2'sinin ilk gebeliklerini, %15,7'sinin ise ilk doğumlarını 18 yaş ve altında yaşadığı, % 99,5'nin daha hiç çocuk ölümü yaşamadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 6.** Kadınların doğum özellikleri

<b>Doğum özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Doğumun olduğu yer</b>		
Doğum evi	447	68,2
Özel/muayenehane	146	22,3
Üniversite	61	9,3
Ev	1	0,2
<b>Doğumun Gerçekleştiği Hafta *</b>		
24-31	12	1,6
32-37	99	15,2
38 ve üzeri	541	83,2
<b>Doğum şekli</b>		
Normal yoldan	260	39,7
Sezaryen	395	60,3
<b>Bebegin cinsiyeti</b>		
Kız	333	50,8
Erkek	322	49,2
<b>Toplam</b>	<b>655</b>	<b>100,0</b>

\* 3 veri eksik

Tablo 6'da kadınların doğum özellikleri görülmektedir. Buna göre kadınların %83,2'sinin 38 hafta ve üzerinde doğum yapmıştır. %68,2'sinin doğumu doğum evinde, %22,3'ünün özel hastanede, %9,3'ünün üniversite hastanesinde ve %0,2'sinin evde gerçekleşmiştir. Kadınların %60,3'ü sezaryenle doğum yapmış ve bebeklerin % 50,8'i kız bebektir.

**Tablo 7.** Kadınlarda PPD görülme sıklığı

PPD Görülme Sıklığı (%)	Ortalama	Standart Sapma
22,1	7,8	5,4

Kadınların %22,1’inde EPDS skoru 12 puan ve üzerinde bulunduğu için “PPD var” olarak değerlendirildi. Kadınlarda EPDS skor ortalaması 7,8 ve standart sapması 5,4 olarak saptandı (Tablo 7).

**Tablo 8.** Doğumdaki yaşın PPD üzerine etkisi

Kadının doğumdaki yaşı*	PPD Yok n (%)*	PPD Var n (%)*	Toplam n (%)*	$\chi^2$	p
19 yaş ve altı	39 (76,5)	12 (23,5)	51 (100,0)		
20–29	303 (78,7)	82 (21,3)	385 (100,0)	0,41	0,813
30 yaş ve üzeri	167 (76,6)	51 (23,4)	218 (100,0)		
<b>Toplam**</b>	<b>509 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>654 (100,0)</b>		

\*1 veri eksik, \*\*Satır yüzdesi

Tablo 8’de yaş gruplarının PPD üzerine etkisi görülmektedir. Yaş grupları ile PPD varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,813).

**Tablo 9.** Kadının ve eşinin eğitim durumlarına göre kadında PPD varlığı

Eğitim düzeyi	PPD Yok n (%)*	PPD Var n (%)*	Toplam n (%)*	$\chi^2$	p
<b>Kadının eğitim düzeyi</b>					
8 yıl ve daha az	153 (72,2)	59 (27,8)	212 (100,0)	<b>5,88</b>	<b>0,015</b>
9 yıl ve üzeri	357 (80,6)	86 (19,4)	443 (100,0)		
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>					
8 yıl ve daha az	145 (74,7)	49 (25,3)	194 (100,0)	1,55	0,212
9 yıl ve üzeri	365 (79,2)	96 (20,8)	461 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

PPD kadın ve erkeğin eğitim düzeyi açısından ele alındığında; kadınlarda eğitim düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,015). 8

yıl ve daha az eğitime sahip kadınların %27,8'inde, 9 yıl ve daha fazla eğitilmiş olanların %19,4'ünde PPD mevcuttur.

Eşin eğitim düzeyi ile kadında PPD varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,212$ ). Eşi 8 yıl ve daha az eğitime sahip olanların %25,3'ünde, 9 yıl ve daha fazla eğitime sahip olanların ise %20,8'inde PPD bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 10.** İkamet yeri, aile tipi ve evde yaşayan kişi sayısının PPD üzerine etkisi

İkamet yeri, aile tipi ve evde yaşayan kişi	PPD Yok n (%)*	PPD Var n (%)*	Toplam n (%)*	$\chi^2$	p
<b>İkamet yeri</b>					
Kır	161 (80,9)	38 (19,1)	199 (100,0)	1,53	0,215
Kent	349 (76,5)	107 (23,5)	456 (100,0)		
<b>Aile tipi</b>					
Geniş	92(83,6)	18 (16,4)	110 (100,0)	2,55	0,110
Çekirdek	418 (76,7)	127 (23,3)	545 (100,0)		
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>					
4 ve altı	445 (77,4)	130 (22,6)	575 (100,0)	0,61	0,436
5 ve daha fazla	65 (81,3)	15 (18,8)	80 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Kırda yaşayan kadınların %19,1'inde, kentte yaşayan kadınların %23,5'inde; geniş ailede yaşayanların %16,4'ünde, çekirdek ailede yaşayanların %23,3'ünde; evde yaşayan kişi 4 ve daha az olanların %22,6'sında, 5 ve daha fazla kişi yaşayan ailelerin ise %18,8'inde PPD bulunmuştur. Ancak gerek ikamet yeri ( $p=0,215$ ), gerek aile tipi ( $p=0,110$ ) ve gerekse evde yaşayan kişi sayısı ( $p=0,436$ ) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 10).



**Tablo 11.** Evlenme şekli, resmi nikah ve eş ile akrabalığın PPD üzerine etkisi

<b>Evlenme şekli, resmi nikâh, eş ile akrabalık</b>	<b>PPD Yok n (%)*</b>	<b>PPD Var n (%)*</b>	<b>Toplam n (%)*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Evlenme şekli</b>					
Anlaşarak	264 (79,8)	67 (20,2)	331 (100,0)	1,39	0,238
Görücü usulü	246 (75,9)	78 (24,1)	324 (100,0)		
<b>Resmi nikâh</b>					
Var	500 (78,1)	140 (21,9)	640 (100,0)	1,11	0,291
Yok	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)		
<b>Eş ile akrabalık</b>					
Var	39 (67,2)	19 (32,8)	58 (100,0)	<b>4,16</b>	<b>0,041</b>
Yok	471 (78,9)	126 (21,1)	597 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Araştırmada anlaşarak evlenen kadınların %20,2'sinde, görücü usulü ile evlenenlerin %24,1'inde; resmi nikâhı olanların %21,9'unda, resmi nikâhı olmayanların %33,3'ünde PPD bulunmuştur. Evlenme şekli ve resmi nikâh ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p=0,238 ve p=0,291). Ancak kadının eşi ile akraba olması ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,041). Eşi ile akraba olanların %32,8'inde, olmayanların ise %21,1'inde PPD vardır (Tablo 11).

**Tablo 12.** Sağlık güvencesinin PPD üzerine etkisi

<b>Sağlık güvencesi</b>	<b>PPD Yok</b>	<b>PPD Var</b>	<b>Toplam</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>		
Yok	10 (71,4)	4 (28,6)	14 (100,0)		
Yeşil kart	26 (66,7)	13 (33,3)	39 (100,0)	3,44	0,179
Sosyal güvenlik kurumu	474 (78,7)	128 (21,3)	602 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Tablo 12’de sağlık güvencesinin PPD üzerine etkisi görülmektedir. Sağlık güvencesi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,179)

**Tablo 13.** Doğumun gerçekleştiği haftanın PPD üzerine etkisi

<b>Doğumun Gerçekleştiği</b>	<b>PPD Yok</b>	<b>PPD Var</b>	<b>Toplam</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>Hafta</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>		
24-31	7 (58,2)	5 (38,7)	12 (100,0)		
32-37	78 (78,8)	21 (21,4)	99 (100,0)	2,69	0,260
38 ve üzeri	422 (78,0)	119 (22,0)	541 (100,0)		
<b>Toplam**</b>	<b>507(77,8)</b>	<b>145(22,2)</b>	<b>652 (100)</b>		

\*3 Veri eksik \*\*Satır yüzdesi,

Tablo 13’de doğumun gerçekleştiği haftanın PPD üzerine etkisi görülmektedir. Doğumun gerçekleştiği hafta ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,260).

**Tablo 14.** Sosyoekonomik özelliklerin PPD üzerine etkisi

<b>Sosyoekonomik özellikler</b>	<b>PPD Yok n (%)*</b>	<b>PPD Var n (%)*</b>	<b>Toplam n (%)*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Erkeğin işi</b>					
İşsiz/iş buldukça çalışan	35 (76,8)	16 (31,4)	51 (100,0)	2,73	0,098
Daimi işi olan	475 (78,6)	129 (21,4)	604 (100,0)		
<b>Kadının eve aynı/nakdi katkısı</b>					
Yok	73 (68,9)	33 (31,1)	106 (100,0)	<b>5,93</b>	<b>0,015</b>
Var	437 (79,6)	112 (20,4)	549 (100,0)		
<b>Eve giren toplam gelir</b>					
Yetmiyor/ Ancak yetiyor	280 (73,7)	100 (26,3)	380 (100,0)	<b>9,15</b>	<b>0,001</b>
Rahat yetiyor	230 (83,6)	45 (16,4)	275 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Araştırmada eşi işsiz olan ya da iş buldukça çalışan kadınların %31,4'ünde, daimi işçi olanların %21,4'ünde PPD bulunmuştur. Erkeğin işi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,098$ ). Ancak kadının eve aynı/nakdi katkısı olması ve eve giren toplam gelir düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla  $p=0,015$  ve  $p=0,001$ ). Eve aynı/nakdi katkısı olanların %20,4'ünde, olmayanların ise %31,1'inde PPD varken; eve giren toplam gelir düzeyi yetmiyor/ancak yetiyor diyenlerin %26,3 'ünde, rahat yetiyor diyenlerin %16,4'ünde PPD olduğu görülmektedir (Tablo 14).

**Tablo 15.** Doğum öncesi bakım (DÖB) alma durumunun PPD üzerine etkisi

<b>DÖB alma durumu</b>	<b>PPD Yok</b>	<b>PPD Var</b>	<b>Toplam</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>		
Almadı	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (100,0)		
Sadece AH/ASE	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (100,0)	2,88	0,409
Sadece KHD Uzmanı	6 (0,9)	0 (0,0)	6 (100,0)		
Her ikisi	500 (77,5)	145(22,5)	645 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Gebelerin %99,7 si doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Kadınların %98,5 i bu hizmeti hem aile hekimliğinden hem de kadın doğum uzmanından almışlardı. Gebelerin doğum öncesi bakım alıp almamaları ile PPD görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p=0,409) (Tablo 15).

**Tablo 16.** Doğumun yapıldığı yer ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi

<b>Doğumun yapıldığı yer ve doğum şekli</b>	<b>PPD Yok</b>	<b>PPD Var</b>	<b>Toplam</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>		
<b>Doğumun yapıldığı yer†</b>					
Doğumevi	339 (75,8)	108 (24,2)	447 (100,0)	3,35	0,187
Özel hastane	119 (81,5)	27 (18,5)	146 (100,0)		
Üniversite hastanesi	51 (83,6)	10 (16,4)	61 (100,0)		
<b>Doğum şekli</b>					
Normal yoldan	205 (78,8)	55 (21,2)	260 (100,0)	0,24	0,623
Sezaryen	305 (77,2)	90 (22,8)	395 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi, † Evde gerçekleşen 1 doğum değerlendirmeye alınmadı

Araştırmada doğumevinde doğum yapan kadınların %24,2'sinde, özel hastanede doğum yapan kadınların %18,5'inde; üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların %16,4'ünde PPD bulunmuştur. Doğum yapılan yer ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,187). Kadının doğum şekli ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,623).

Sezaryenle doğum yapanların %22,8'inde, normal doğum yapanların ise %21,2'sinde PPD vardır (Tablo 16).

**Tablo 17.** Bebeğin cinsiyetine göre kadınlarda PPD varlığı

Bebeğin cinsiyeti	PPD Yok	PPD Var	Toplam	$\chi^2$	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Kız	261 (78,4)	72 (21,6)	333 (100,0)	0,10	0,746
Erkek	249 (77,3)	73 (22,7)	322 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Tablo 17'de bebeğin cinsiyetine göre annede PPD varlığı görülmektedir. Buna göre bebeğin cinsiyeti ile annede PPD varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,746).

**Tablo 18.** Kendiliğinden ve isteyerek düşük öyküsünün PPD üzerine etkisi

Kendiliğinden ve isteyerek düşük öyküsü	PPD Yok	PPD Var	Toplam	$\chi^2$	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
<b>Kendiliğinden düşük öyküsü</b>					
Var	89 (70,6)	37 (29,4)	126 (100,0)	<b>4,72</b>	<b>0,030</b>
Yok	421 (79,6)	108 (20,4)	529 (100,0)		
<b>İsteyerek düşük öyküsü</b>					
Var	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (100,0)	3,62	0,057
Yok	493 (78,5)	135 (21,5)	628 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145(22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Kendiliğinden düşük yapan kadınların %29,4'ünde, yapmayanların %20,4'ünde PPD bulunmuştur. Kadınların kendiliğinden düşük yapması ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,030). Kendiliğinden düşük öyküsü olan kadınlarda PPD anlamlı olarak daha fazladır. İsteyerek düşük yapan kadınların %37,0'ında yapmayanların %21,5'inde PPD saptanmıştır. Kadının

isteyerek düşük yapması ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,057) (Tablo 18).

**Tablo 19.** Ölü doğum ve bebek ölümü öyküsünün PPD üzerine etkisi

<b>Ölü doğum, bebek ölümü öyküsü</b>	<b>PPD Yok n (%)*</b>	<b>PPD Var n (%)*</b>	<b>Toplam n (%)*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Ölü doğum öyküsü</b>					
Var	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (100,0)	0,64	0,422
Yok	502 (77,7)	144 (22,3)	646 (100,0)		
<b>Bebek ölümü öyküsü</b>					
Var	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)	3,52	0,060
Yok	504 (78,3)	140 (21,7)	644 (100,0)		
<b>Toplam*</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Tablo 19’da ölü doğum ve bebek ölümlerinin PPD üzerine etkileri görülmektedir. Ölü doğum ve bebek ölümleri varlığı ile PPD görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla p=0,422 ve p=0,060).

**Tablo 20.** Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebeliğin PPD üzerine etkisi

<b>Yaşayan çocuk ve toplam gebelik sayısı</b>	<b>PPD Yok n (%)*</b>	<b>PPD Var n (%)*</b>	<b>Toplam n (%)*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>					
2 ve altı	434 (83,5)	86 (16,5)	520 (100,0)	<b>5,35</b>	<b>0,021</b>
3 ve üzeri	101 (74,8)	34 (25,2)	135 (100,0)		
<b>Toplam gebelik</b>					
1–2	358 (80,4)	87 (19,6)	445 (100,0)	<b>5,38</b>	<b>0,020</b>
3 ve üzeri	152 (72,4)	58 (27,6)	210 (100,0)		
<b>Toplam</b>	<b>510 (77,9)</b>	<b>145 (22,1)</b>	<b>655 (100,0)</b>		

\*Satır yüzdesi

Tablo 20’de yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayısının PPD üzerine etkisi gösterilmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve altı olanların %16,5’inde, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzerinde olanlarda ise %25,2’sinde PPD görülmektedir. Yine toplam gebelik sayısı 3 ve üzerinde olan kadınların %27,6’sında PPD görülmüştür.

Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla  $p=0,021$  ve  $p=0,020$ ). Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayısı 3 ve üzerinde olan kadınlarda PPD varlığı anlamlı olarak daha fazladır.

İkili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Lojistik Regresyon analizine alınmıştır. Lojistik regresyon analizine alınan değişkenler ve referans kategoriler;

<u>Değişken</u>	<u>Referans kategori</u>
Eş ile akrabalık	Eşi ile akraba olmayan
Kadının eğitim düzeyi	9 yıl ve üzeri eğitime sahip olanlar
Kadının eve aynı ve/veya nakdi katkısı	Katkısı olanlar
Eve giren toplam gelir	Rahat yetiyor
Kendiliğinden düşük	Kendiliğinden düşük yapmayan
Yaşayan çocuk sayısı	Çocuk sayısı 2'den az olan
Toplam gebelik	Gebelik sayısı 2'den az

**Tablo 21.** Backward LR lojistik regresyon analizi sonuçları tablosu

Bağımsız değişkenler	B	S.E.	Wald	Sig.	Odds Ratio	%95 GA (EK-EB değer)*	
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	3 ve üzeri	0,630	0,220	8,277	0,004	<b>1,9</b>	1,2–2,9
	2 ve altı					1,0 (Referans)	
<b>Kadının eve aynı ve/veya nakdi katkısı</b>	Yok	0,579	0,240	5,848	0,016	<b>1,8</b>	1,1–2,9
	Aynı/nakdi geliri var					1,0 (Referans)	
<b>Eve giren toplam gelir</b>	Yetmiyor/	0,548	0,203	7,300	0,007	<b>1,7</b>	1,2–2,6
	Ancak yetiyor						
	Yetiyor					1,0 (Referans)	

\*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

Tablo 21'de Backward LR Lojistik Regresyon Analizi sonuçları tablosu görülmektedir. Tabloya göre 2 ve daha az çocuğu olanlar referans alındığında 3 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlarda PPD 1,9 (OR=1,2–2,9) kat; kadının evin gelirin

ayni ve/veya nakdi katkısı olanlar referans alındığında katkısı olmayan kadınlarda 1,8 (OR=1,1-2,9), eve giren gelir evin geçimine yetenler referans alındığında yetmeyenlerde 1,7 (OR=1,2-2,6) kat daha fazladır.





## 5. TARTIŞMA

PPD anne ve çocuk üzerinde etkileri dikkate alındığında önemsenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Anne ve çocukta oluşturduğu sağlık sorunlarından dolayı toplumlarda prevalans ve nedene yönelik çalışmalar hastalığın önlenmesinde atılacak en önemli adımlardandır. Gerek dünyada gerekse ülkemizde yapılan çalışmalar PPD'nin oldukça sık görülen bir durum olduğunu göstermektedir. Türkiye'de ve dünyadaki kadınlarla PPD görülme sıklığı çalışmada kullanılan depresyon ölçeğine ve uygulandığı gruba göre farklılıklar göstermektedir. PPD sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenip, buna karşı çözüm yollarının bulunması halk sağlığı profesyonellerinin yapması gereken temel işlevlerden biridir. Bu çalışmada Burdur'da PPD sıklığı ve bu sıklığı etkileyen risk faktörlerini belirlemek amaçladı.

EPDSÖ kullanılan, ölçeğe göre 12 puan ve üzerinin PPD olarak kabul edildiği çalışmamızda Burdur'da PPD görülme oranı % 22,1 olarak tespit edilmiştir.

Ülkemizde, Durukan yaptığı çalışmada annelerin %6,3-50,7'sinde PPD tespit etmiştir (38). Danacı ve arkadaşlarının Manisa'da yaptıkları araştırmada PPD sıklığı %14 olarak belirlenmiştir (45). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, Türkiye'nin orta ve doğusundaki 5 ilinde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) PPD sıklığı ortalaması %27,2 (46), Aktaş'ın Ankara'da yaptıkları araştırmada ise kadınlarda PPD oranını doğum sonu 1. gün %16,7, doğum sonu 2. haftada ve 6. haftada %19,4 (47); Uyar'ın Afyon ilinde yaptığı çalışmada %28,5 (48) ; Efe'nin Ankara'da yaptığı çalışmada %23,4 (23); Taşdemir'in Gaziantep'de yaptığı çalışmada %21,8 (49); Nur ve arkadaşlarının Sivas'ta yaptığı çalışmada %28,0 (22) ; Ayvaz'ın Trabzon'da yaptığı çalışmada %28,1 (20); Özdemir'in Konya'da yaptığı çalışmada %19,4 (21) olarak saptanmıştır. Yaman ve ark, Gazi Üniversitesinde doğum yapan kadınlarda %23,4; İstanbul'da bir hastanede sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde %30,6; Beyca %40,9; Babacan ve ark 2012 yılında Çanakkale il merkezine bağlı 3 sağlık ocağında %26,3; Durat ve Kutlu, Sakarya il merkezinde %23,8 oranında PPD görüldüğünü saptamışlardır (23, 25, 50, 51). PPD sıklığı Erzincan Devlet Hastanesinde yapılan bir çalışmada %51,3, Ocaktan ve ark. tarafından Ankara'da Park Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan çalışmada ise doğum sonrası 2. haftada %22,7; doğum sonrası 6.ayda ise %19,7

olarak bildirilmiştir (52, 53). Orhan ve ark (54) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde %27,3; Zonguldak'ta Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranlarda %19,5 Yağmur ve Ulukoca tarafından Malatya'da 21, Yücesoy ve ark. tarafından ise birinci haftada %9,8-30,1, postpartum altıncı haftada %6,5-16,3; Samsun'da 3 sağlık ocağı bölgesinde yapılan başka bir çalışmada %23,1 sıklığında PPD tespit edilmiştir (54,55,56,57,58). Marakoğlu ve ark tarafından yazılan reviewde PPD görülme sıklığı %6-16 olarak belirtilmiştir (59).

O'hara ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında 59 araştırmadan elde edilen tahminlere göre, PPD yaygınlığı %13 olarak saptanmıştır (31). Halbreich ve arkadaşlarının 40 ülkede yapılmış olan 143 çalışmanın sonuçlarını derledikleri review çalışmasında PPD prevalansı %10-15 olarak bulunmuştur (60). Ülkelerin PPD ortalamaları ise Hong Kong'da %16,1, İngiltere'de %12,8, Fransa'da %8,5, İtalya'da %38,1, Tayvan'da %34,5, Hindistan'da %32,4, İspanya'da %17,4, Almanya'da %17,1, İsveç'te %12,4 olarak belirtilmiş, aynı çalışmada Türkiye'deki sıklık %29,8 olarak bildirilmiştir (60). Goodman ve arkadaşları sekiz ülkede (Fransa, İrlanda, İtalya, ABD, İngiltere, Portekiz, Avusturya ve İsviçre) 296 kadınla yapmış oldukları çalışmada PPD sıklığının %2,1-%31,6 arasında değiştiğini, ülkeler arasında önemli farklar olduğunu belirtmişlerdir (61). Uganda'da 202 kadınla yapılmış olan çalışmada, PPD oranı %43 olarak bulunmuştur (62). Asya'da başka bir çalışmada PPD prevalansının %3,5 ile %63,3 arasında değişen geniş bir yelpazeye sahip olduğu; Malezya'da en düşük, Pakistan'da en yüksek yaygınlıkta olduğu bulunmuştur (63).

Glasser ve arkadaşlarının 1998 yılında İsrail'de yaptığı çalışmada kadınların %22,6'sında, Jose fsson ve arkadaşları 2001 yılında İsveç'te yaptığı çalışmada doğum sonrası 6-8. hafta ve 6. ayda kadınların %13'ünde, Neilsen Forman ve arkadaşlarının Danimarka'da yaptığı çalışmada kadınların %5,5'inde, Johnstone ve Boyce'un Avustralya'da yaptığı çalışmada doğum sonrası 8. haftada kadınların %13,1'nde, Zhang ve Chen'in Çin'de yaptığı bir çalışmada da kadınların %15,0'unda PPD olduğu belirlenmiştir (28, 64, 65, 66, 67). Yoshida ve Yamashita'nın çalışmasında ise PPD sıklığı İngiltere'de yaşayan Japon kadınlarda %12, Japonya'da yaşayanlarda ise %17 bulunmuştur (68). Ellidokuz çalışmayı içeren bir meta analizde doğumu takip eden 1 yıl içerisinde annelerin %13'ünün depresif bozukluklar

yaşadığı ve bunların yarısının PPD olduğu belirtilmektedir (30,31). Postpartum depresyon doğumdan sonraki 5. günde %20,3, 7. günde %18, 3. ayda %12 sıklıkla görülebilmektedir (26,27,29).

Roomruangwong ve Epperson (2011), Asya'daki PPD sıklığı ve nedenlerine yönelik yaptıkları review çalışmasında PPD görülme sıklığının soru kâğıdı kadınların kendileri tarafından doldurulduğunda %27,9 düzeylerinde ve batı ülkelerinin sıklığının çok üzerinde olduğunu ancak sorular anketör tarafından doldurulduğunda %6,6 civarında olduğunu belirtmişlerdir (69).

PPD prevalansında, ülkelerarası farklılıkların yanı sıra, aynı ülkedeki bölgesel farklılıkların olmasının da kültürün bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. PPD yaygınlığındaki farklılık nedeni belli değildir. Ancak araştırmacılar, bazı kültürlerde PPD yaygınlığının düşük olmasının nedenini, kültürel destek faktörlerine bağlamaktadır (70).

Sonuç olarak Burdur'da PPD sıklığı gerek ülke içi ve gerekse ülke dışı çalışmalarla benzerdir. Araştırmalar arası sıklık açısından bu kadar farklılığın olmasının muhtemel nedenleri; kültürel farklılıklar, farklı ölçekler kullanılması, örneklem hacmi ve araştırmanın doğum sonrası farklı dönemlerde yapılması olabilir.

Yapılan çalışmalar sonucunda, toplumdan topluma değişiklik gösterebilmekle birlikte, PPD için pek çok risk faktörü ortaya koyulmuştur. Bölgesel saha çalışmalarının yanı sıra bu çalışmaları toplu olarak irdeleyen metaanaliz ve review çalışmaları da riskleri belirlemede ışık tutucu olmaktadır.

Araştırmada PPD'yi etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi için bağımsız değişkenler önce ikili analize alınmış, sonra istatistiksel olarak anlamlı çıkan bağımsız değişkenler çoklu analize alınmıştır. Buna göre kadının eşi ile akrabalık durumu, kadının eğitim düzeyi, kadının gelir getiren bir işte çalışmaması, kadının gebelik sayısı, kadının yaşayan çocuk sayısı, kendiliğinden düşük yapmış olması ve eve giren gelirin ailenin geçimine yetmiyor olması ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha sonra ikili analizlerde anlamlı çıkan bu bağımsız değişkenler çoklu analize alınmıştır. Çoklu analizde ise kadının gelir getiren bir işte çalışmaması, eve giren gelirin ailenin geçimine yetmiyor olması ve yaşayan çocuk sayısı PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Diğer yandan literatürde bu çalışma ile benzer biçimde ikili analizlerde eğitim ile PPD arasında istatistiksel fark bulan çalışmalar bulunmaktadır (71, 72, 50, 73). Ancak bu çalışmalarda çoklu analiz yapılmadığı için eğitimin gerçekte risk faktörü olup olmadığı bilinmemektedir. Çalışmamızla benzer biçimde yapılan bir çalışmada ikili analizde istatistiksel olarak anlamlı çıkan eğitimin, çoklu analizde etkisinin kaybolduğu bildirilmiştir (38).

Araştırmamızda ikili analizlerde kadının gebelik sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuşken çoklu analizlerde bu anlamlığın ortadan kalktığı tespit edildi. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer şekilde ikili analizlerde gebelik sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuşken her iki çalışmada çoklu analizlerde istatistiksel fark kaybolmuştur (38, 75).

Çalışmamızda kendiliğinden düşük yapmış olmak ile PPD arasında ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş iken bu fark çoklu analizlerde kaybolmuştur. Ankara'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada kendiliğinden düşük ile PPD arasında ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (38).

Bizim araştırmamızda eşler arasında akrabalık bulunması ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuşken çoklu analizlerde risk faktörü olarak belirlenememiştir.

Diğer araştırmalarda anlamlı bulunan söz konusu değişkenlerin bizim çalışmamızda anlamlı bulunmamasının nedeni olarak; Burdur'un eğitim, kültür ve yaşam tarzı gibi faktörler açısından homojen dağılım gösteren bir il olması düşünülebilir.

Sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri olarak; işsizlik, düşük gelir ve düşük eğitim gibi durumlar atıf almıştır. Kanıtlar düşük gelir, mali gerginlik, annenin meslek sahibi olmaması ve düşük sosyal statü ile PPD arasında küçük ama önemli ve belirleyici bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar farklı kültürler ve ülkeler arasında da tutarlılık göstermektedir (76). Johnstone 2001 yılında Avusturya'da yaptığı çalışmada sosyodemografik değişkenlerin risk oluşturduğunu belirtmiştir (66).

Araştırmada geliri olan anneler referans alındığında, gelir olmayan annelerde PPD 1,8 kat daha fazladır. Atasoy ve arkadaşlarının Zonguldak'ta yaptıkları çalışmada ise çalışan annelerde PPD görülme olasılığı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (55). Türkiye'nin orta doğusunda 5 ilde İnandı ve ark. yaptıkları çalışmada ve Sivas İl Merkezindeki kadınlarda yapılan çalışmada; işsizlik, PPD için ciddi risk faktörü olarak tespit edilmiştir (46,22). Babacan ve ark. 2012 yılında Çanakkale il merkezine bağlı 3 sağlık ocağında yaptıkları çalışmada bir işte çalışmayan kadınlarda PPD oranını yüksek bulmuşlardır (50). Ocaktan ve ark. tarafından Ankara'da Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 66 kadında yapılan çalışmada PPD varlığı ile annenin çalışma durumu ilişkili bulunmuştur (53). Orhan ve ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde annelerin işsiz olması ile PPD arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (54).

1996 yılında Warner tarafından İngiltere'de yapılan çalışmada annenin işsiz olmasının PPD riskini arttırdığı saptanmıştır (77). Righetti-Veltema ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada, özellikle ekonomik nedenlerden dolayı çalışma hayatına daha çabuk dönmek zorunda kalan annelerde daha fazla PPD olduğu saptanmıştır (78). Roomruangwong ve Epperson, Asya'daki PPD sıklığı ve nedenlerine yönelik yaptıkları review çalışmasında PPD ile risk faktörleri arasında kadının işsiz olmasını da saymaktadırlar (69).

Bu çalışmada eve giren geliri yeterli olanlar referans alındığında eve giren geliri yetersiz olanlarda PPD 1,7 kat daha fazladır. Ailenin aylık gelir düzeyi ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. İnandı ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmalarda da gelir düzeyinin düşük olmasının PPD için risk oluşturduğu tespit edilmiş (2). Danacı'nın çalışmasında sosyoekonomik faktörler, Sivas İl Merkezi'ndeki kadınlarda yapılan çalışmada yoksulluk risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (45,22). İstanbul'da bir hastanede sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada eş çalışmayanlarda EPDS puanlaması yüksek olarak görülmektedir (24). Babacan ve ark. 2012 yılında Çanakkale il merkezine bağlı 3 sağlık ocağında yaptıkları çalışmada gelir düzeyi düşüklüğü, Manisa 1 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılan çalışmada ise ailenin gelir durumunun kötü olması risk faktörleri olarak tespit

edilmiştir (50,79). Gülnar ve ark. (2010) Ankara’da yaptıkları çalışmada aylık gelir düzeyi düşük olan kadınlarda PPD’nin daha fazla görüldüğünü ancak bu fazlalığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir.

Augusto ve ark.’nın Portekiz’deki, Rahman ve Creed’in Pakistan’daki ve Watt ve ark.’nın Kanada’da çalışmalarında, düşük gelir düzeyinin PPD için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (80,81,82). Donna E. Stewart ve arkadaşları PPD ve risk faktörleri konulu, 1990-2002 yılları arasında literatürde yer alan çalışmaların taranması sonucu elde edilen verileri paylaştıkları raporda sosyoekonomik durumun düşük düzeyde etkili olduğunu ifade etmişlerdir (83). Hindistan’da 2002 yılında Patel ve ark. tarafından yapılan çalışmada ekonomik yoksulluk PPD için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (84). Çin’de 2000 yılında Lee ve ark. tarafından yapılan çalışmada PPD’yi arttıran etmenler arasında maddi zorlukların olmasını sayılmaktadır (85). Beck (1996) PPD ön göstergelerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta analiz çalışması sonucunda PPD risk faktörleri arasında ailenin sosyoekonomik durumu yer almaktadır (86). Nielsen Forman, iyi gelir düzeyine sahip kadınlarda PPD düzeyinin anlamlı düşük olduğunu belirtmiştir (65). Roomruangwong ve Epperson Asya’daki PPD sıklığı ve nedenlerine yönelik yaptıkları review çalışmasında PPD ile ilişkili risk faktörleri içinde gelir düzeyi düşüklüğü/fakirliğin de bulunduğunu belirtmektedirler (69).

Bunların yanı sıra düşük sosyoekonomik düzeye sahip grupta PPD olmayan depresyon riskinin zaten yüksek olduğu ve bu grupların sağlık hizmetine ulaşımının sıkıntılı olmasının göz ardı edilmemesi gerektiği belirtilmektedir (87).

Çalışmamızda 2 ve altı çocuklu anneler referans alındığında 3 ve daha fazla çocuğu olan annelerde PPD 1,9 kat daha fazladır.

Danacı’nın çalışmasında, yaşayan çocuk sayısının fazla olması PPD ortaya çıkışıyla ilişkili etmen olarak saptanmıştır (45). Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi’ndeki çalışmada daha önce doğum yapmış olmak risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (79). Yılmaz ve Bingöl Aksaray’da doğum sayısı ile PPD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptamıştır (88). Gülnar ve ark.’nın Ankara’da Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran 141 annede yaptıkları çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3 çocuk sahibi

olanlar, kürtaj, düşük, ölü doğum öyküsü bulunanlarda PPD görülme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (89).

Forman 2000 yılında Danimarka'da doğum sayısının fazla olmasını PPD için risk faktörü olarak saptamıştır (65). Çin'de 2000 yılında Lee tarafından yapılan çalışmada PPD'yi arttıran etmenler arasında 2 veya daha fazla düşük yapmış olmak sayılmıştır. Roomruangwong ve Epperson Asya'daki PPD sıklığı ve nedenlerine yönelik yaptıkları review çalışmasında PPD ile risk faktörleri arasında doğum sayısını da saymaktadırlar (69).

Çocuk sayısının artması ile daha büyük yaşam alanları ve yaşam araçları ihtiyacının ortaya çıkması PPD sebebi olabileceği gibi (90), annelerin çocukları besleme ve ilgilenme süreçlerinin zorlaşması ve bu bağlamda suçluluk duygusunun gelişmesinin PPD eğilimi yaratabileceği düşünülebilir (91). Öte yandan Josefsson ve arkadaşları tarafından 2002 yılında İsveç'te yapılan vaka-kontrol tipi çalışmada PPD üzerine doğum sayısının etkili olmadığı bildirilmiştir (64). Donna E. Stewart ve arkadaşlarının 1990-2002 yılları arasında literatürde yer alan çalışmaların taranması sonucu elde edilen verileri paylaştıkları raporda doğum sayısının PPD gelişiminde etkisi olmadığı bildirilmiştir (83). Yine ülkemizde Gaziantep'te yaşayan çocuk sayısının PPD ile ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır (49).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Burdur ilinde kadınların %22,1'i, EPDS skoru 12 puan ve üzerinde bulunduğu için, PPD olarak değerlendirilmiştir. Kadınlarda EPDS skor ortalaması 7,8 ve standart sapması 5,4 olarak saptanmıştır. Kadınların yaş grupları ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
2. PPD kadın ve erkeğin eğitim düzeyi açısından ele alındığında; ikili analizlerde kadınlarda eğitim düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. 8 yıl ve daha az eğitime sahip kadınların %27,8'inde, 9 yıl ve daha fazla eğitilmiş olanların %19,4'ünde PPD mevcuttur. Ancak bu fark çoklu analizde kaybolmuştur. Eşin eğitim düzeyi ile kadında PPD varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
3. Gerek kadınların ikamet yeri, gerek aile tipi ve gerekse evde yaşayan kişi sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
4. Araştırmada anlaşarak evlenen kadınların %20,2'sinde, görücü usulü ile evlenenlerin %24,1'inde; resmi nikâhı olanların %21,9'unda, resmi nikâhı olmayanların %33,3'ünde PPD bulunmuştur. Evlenme şekli ve resmi nikâh ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
5. Kadının eşi ile akraba olması ile PPD arasında ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Eşi ile akraba olanların %32,8'inde, olmayanların ise %21,1'inde PPD vardır. Ancak bu fark çoklu analizde kaybolmuştur.
6. Sağlık güvencesi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
7. Doğumun gerçekleştiği hafta ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
8. Erkeğin işi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak kadının eve aynı/nakdi katkısı olması ve eve giren toplam gelir düzeyi ile PPD gelişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
9. Doğum yapılan yer ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Kadının doğum şekli ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.



10. Bebeğin cinsiyeti ile annede PPD varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
11. Kadınların kendiliğinden düşük yapması ile PPD arasında ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kendiliğinden düşük öyküsü olan kadınlarda PPD anlamlı olarak daha fazladır. Ancak bu fark çoklu analizde kaybolmuştur.
12. Ölü doğum ve bebek ölümleri ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
13. Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayısı 3 ve üzerinde olan kadınlarda PPD varlığı anlamlı olarak daha fazladır. Ancak toplam gebelik sayısı ile ilişkili fark çoklu analizde kaybolmuştur.
14. Kadının eşi ile akrabalık durumu, kadının eğitim düzeyi, kadının gelir getiren bir işte çalışmaması, kadının gebelik sayısı, kadının yaşayan çocuk sayısı, kendiliğinde düşük yapmış olması ve eve giren gelirin ailenin geçimine yetmiyor olması ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken çoklu analiz sonucunda kadının gelir getiren bir işte çalışmaması, eve giren gelirin yetmiyor/ancak yetiyor olması ve yaşayan çocuk sayısı PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

### **Öneriler:**

1. PPD ilimizde sık görülen bir sağlık sorunudur. Gerek sıklığı, gerekse tüm aileyi etkileyen bir durum olması nedeniyle 1. Basamakta yakın takip edilmesi gereklidir. Aile hekimleri, aile sağlığı elemanları, kadın doğum uzmanları, hemşireler ve çocuk doktorları gibi kadınlarla gebelik dönemi ve doğum sonrasında ilişki içinde olan sağlık çalışanlarının gebelik ve doğum sonrası depresyon konusunda yeterli bilgileri ve farkındalıklarının olması gerekmektedir. Gebelik ve lohusalık döneminde annenin vücudunda gerçekleşen bütün değişiklikler nasıl takip ediliyorsa ruh durumunda ortaya çıkan değişiklikler de o şekilde takip edilmeli ve zamanında müdahale edilmelidir. Hangi kadının doğum sonrası dönemde psikiyatrik rahatsızlık geçireceğinin güvenilir bir tahmin yöntemi bulunmamakla birlikte doğum sonrası depresyon tespiti için EPDS kullanımı taramada yararlı olacaktır.

2. Çocuk sayısı artışının PPD sıklığını arttırdığı görülmektedir. Gebeliğin isteğe bağlı olup olmadığının değerlendirilmesi, istenmeyen gebeliklere karşı kadının korunmasının sağlanmasının PPD sıklığını azaltmakta da etkili olacağı etkili olacağı öngörülebilir. Bu nedenle karşılanmamış aile planlaması talebi bırakılmayacak şekilde sağlık sunumu planlanmalıdır.
3. Kadının eve aynı ve/veya nakdi katkısının olmaması, belki de buna bağlı olarak eve giren gelirin az olmasının PPD risk faktörünü artırması ekonomik eksikliklerin sağlık üzerindeki etkilerine dikkat çekmektedir. Bu durum beklentilerin karşılanamaması nedeniyle depresyon riskini artırıyor olabileceği gibi sağlık hizmet sunucularına ulaşmada ekonomik nedenli gecikmelere de yol açabilmektedir. Kadının iş hayatına katılımının ve eve giren gelire katkısının sağlanması PPD riskini azaltacaktır.

## ÖZET

### **Burdur İlinde Lohusalarda Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler**

**Amaç:** Çalışmada, Burdur ilindeki lohusalarda postpartum depresyon (PPD) prevalansının tespiti ve etki eden faktörlerin belirlenerek bu konuda sahada yapılacak çalışmalara yön vermek amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel tipteki araştırmanın verileri, Veriler; 27 Nisan -31 Temmuz 2012 tarihleri arasında Burdur Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 1 Ocak–31 Mart 2012 tarihinde doğum yapmış 709 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örnek seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Evrenin %92,4'üne ulaşılmıştır (655/709).Veriler SPSS 10,0 paket programında analiz edildi.

**Bulgular:** Kadınların %58,8'i 20–29 yaş grubundadır. Gerek kadınlar (%29,9) ve gerekse eşler arasında (%28,9) en fazla ilkokul mezunu bulunmaktadır. Kadınların %30,4'ü kırsalda yaşamakta, %16,8'i geniş ailede yaşamakta, yaklaşık yarısı görücü usulü ile evlenmiş, %2,3'ünün resmi nikâhı bulunmamakta, %8,9'u eşi ile akraba, %32,8'inin evinde 5 ve daha fazla kişi yaşamaktadır. Kadınların %91,9 unun sağlık güvencesi bulunmakta, % 48,2 si ücretsiz aile işçisi olarak çalışmakta iken %15,2 kadın gelirlerinin geçinmelerine yetmediğini belirtmektedir. Kadınların %22, 1 inde EPDS skoru 12 puan ve üzerinde bulunduğu için PPD var olarak değerlendirildi. 3 ve üzeri çocuğa sahip olan, kadının evin gelirine aynı ve/veya nakdi katkısı olmayan, eve giren gelir evin geçimine yetmeyen kadınlarda PPD daha sık görülmektedir.

**Sonuç:** Burdur ilinde lohusalar arasında PPD oranı yüksektir. Tanınması ve müdahale edilebilmesi için EPDS'nin lohusa izlemlerinde rutin kullanımının sağlanması gerekmektedir. Toplumun genel sağlığını yükseltmekte olduğu gibi PPD'de de ekonomik refah gereklidir. Halk Sağlığı açısından karşılanamayan aile planlaması hizmetleri ilde dikkatle incelenip gerekli önlemler planlanmalıdır.

**Anahtar Kelime:** Burdur, postpartum depresyon, sıklık ve neden

## ABSTRACT

### **Prevalence of Postpartum Depression in Puerperants and its Affecting Factors in The Province of Burdur**

**Aim:** The purpose of this study was to determine the prevalence of postpartum depression (PPD) and the factors having an effect on the matter, in the province of Burdur and thus to shape the field work.

**Materials and methods:** Data of the cross-sectional study was collected by the midwives and nurses working at Burdur Central Community Health Center, between April 27-July 31, 2012, by face to face interview techniques. The study's core was composed of 709 women who gave birth on 1 January-31 March 2012. No sample was selected in the survey and it was aimed to reach the entire universe. 92,4% of the universe was reached (655/709). The data was analyzed in the SPSS 10.0 package program.

**Findings:** 58,8% of the women are in the 20-29 age group. There is a maximum of primary school graduates in both women (29.9%) and in partnership (28.9%). Approximately 30.4% of the women live in rural areas, 16.8% live in large families, about half ended up in arranged marriages, 2.3% have no formal marriage, 8.9% are relatives with their husbands, 32% have 5 and above people living in the house. While 91.9% of women have health insurance, 48.2% are working as unpaid family workers, 15.2% of them say that they can not get enough of their income. Since the EPDS score turned out to be 12 points and above in 22.1% of the women, PPD was evaluated as "positive". PPD is more common in women who have 3 and above children, women who do not have the same and / or cash contribution to the income of the household, and who do not have enough income to enter the house.

**Conclusion:** The rate of PPD among the puerperants in Burdur province is high. In order to be recognize and intervene, the routine use of EPDS should be ensured in puerperant follow-up. Economic prosperity is required in PPD as well as in raising the general health of population. Family planning services that can not be met in terms of public health should be carefully examined and necessary measures should be planned.

**Keywords:** Burdur, postpartum depression, frequency and cause

## KAYNAKLAR

1. Tan O. Depresyon. 6. Baskı, İstanbul: TİMAŞ Yayın Grubu, 2010.
2. İnandı T, Buğdaycı R, DüNDAR P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40,725-730.
3. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü Depresyon.5. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar 2005.
4. Cecil Essential of Medicine .8th Ed., 1998, p:1040-1042.
5. Tarhan N. Kadının Psikolojisi. İstanbul: Nesil Yayınları,2012.
6. <http://www.mayoclinic.org/> Postpartum Depression (Erişim 29.05.2012)
7. Akın A. Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(1): 4-8.
8. Akın A. Uluslararası kararlar paralelinde üreme sağlığı konusunda Türkiye'deki uygulamalar. Sağlık ve Toplum 1998; 8(3-4): 16-22.
9. Vural G, Akkuzu, G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(1):33-37.
10. Mckenzie K. Depresyon. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları, 2004.
11. Granger E. Mitoloji, Türkçesi: Ataç N. 2. Baskı, İstanbul: Cem Yayınevi, 1983, 97-107.
12. Çifter İ. Depresyon Kavramının Gelişimi. Depresyon Monografaları Serisi 1, Hekimler Yayın Birliği; 1993;4: 5-18.
13. Ceylan E, Oral T. Tarihçe, mani ve depresyon kavramlarını oluşumu. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 4. Cilt, Duygu Durum Bozuklukları, İstanbul: 2001, 1-10.
14. Stewart De, Gucciardi E, Grace Sl. Depression. BMC Women's Health 2004;4:19.
15. Savrun M. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul: 1999;11-17.
16. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd Ed, Oxford: Oxford University Pres, 1996.
17. Paulson Jf. <http://www.psychiatrictimes.com/display-old/article/10168/1519072>. Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers. Psychiatry Times. 2010;27(2). (Erişim:20.06.2012)
18. Cebeci S. Aydemir Ç, Gök E. Puerperal dönemde depresyon belirti prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 11-18.

19. Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3): 13 – 22.
20. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-251.
21. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center. Taf Prev Med Bull 2008; 7(5):391-398.
22. 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 (2): 55 -59.
23. Efe Yaman Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. Journal of The Turkish-German Gynecological Association 2009;10:14-20.
24. Aydemir N. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi Aile Hekimliği, İstanbul ( Tez Danışmanı: Doç. Dr Nesrin Karamustafalıoğlu ve Uzm. Dr. Nesrin Buket Tomruk ), 2007.
25. Beyca H. Etkin emzirme eğitimi alan postpartum depresyonlu anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Müferet ERGÜVEN), 2009.
26. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. J Psychosom 1999; 46(4): 391-394.
27. Abu–Saleh Ghubash R. The prevalance of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transculturel perspective. Acta Psychiatr Scand 1997; 95(5): 428-432.
28. Glasser S1, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, Hart S. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort; prevalence, incidence and demographic risk factors. J Psychosom Obstet Gynecol 1998; 19: 155-164.
29. Da-Silva VA1, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. J Abnorm Psychol 1998; 31: 799-804.
30. Cox JI, Holden Jm. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EpdS). Br J Psychiatry, 1987;150:782-786.
31. O’Hara MW and Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996;8.
32. Who/Europe/Effective Perinatal Care Training Package (Epc) www.Euro.Who.Int/.../Effective-Perinatal-Care; (Erişim 20.05.2012)

33. Gülşen G. Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar. <http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim>, 2006 (Erişim 22.06.2012)
34. Kennedy R, Suttentfield K. Postpartum depression. *Medscape General Medicine Journal* 2006; 3(4). [Http://medscape.com](http://medscape.com). (Erişim: 29.05.2012)
35. Dilbaz N, Enez A. Women and psychiatry: post partum mood disorders. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):32-40.
36. Soares Cn, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability. *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33(4):331-343.
37. Rich-Edwards JW1, Mohllajee AP, Kleinman K, Hacker MR, Majzoub J, Wright RJ, Gillman MW. Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008;(93)5: 1946-1951.
38. Durukan E, İlhan M, Bumin MA, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1):142-162.
39. Sarah J. Breese M. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal Of The American Osteopathic Association (Jaoa)* 2006; 106 (4): 193–198.
40. Cheryl T.B. Predictors of postnatal depression: an updat. *Nursing Research* 2001;50(5):275–285. [Http://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/8700656](http://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/8700656). (Erişim:22.06.2012)
41. The Boston Women's Health Book Collective: *Our bodies ourselves*. New York: Touchstone Book, 2005; 489–491
42. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 1996; 51-52.
43. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009; 51-52
44. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik, postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 2004; 12 (Ek 4).
45. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemi* 2002; 37: 125-9.
46. İnandı T, Elçi O, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin T. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-1207.
47. Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3: 142-162.
48. Uyar S. Postpartum Depresyon Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç.Ömer Geçici), 2005

49. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006, 1(2): 106-118.
50. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp Dal N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New Symposium* 2012;50: 145-154.
51. Durat G, Kutlu Y. Sakarya’da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *Yeni Symposium* 2010;48(1): 63-68.
52. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *International Journal of Human Sciences* 2011; 8: 31-46.
53. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Journal Of Ankara University School Of Medicine* 2006;59: 151-157.
54. Orhon F, Ulukol B, Soykan A. Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: anneye ve bebeğe ait özellikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2008;1: 61.
55. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004; 14(5): 252-257.
56. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in eastern Turkey. *International Journal Of Public Health* 2010; 55(6): 543-549.
57. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;21(1): 6-12.
58. Sünter AT, Güz H, Ordulu F, Öz H, Pekşen Y. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. [http://www.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD\\_2006;3\(1\): 26-31](http://www.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD_2006;3(1): 26-31).
59. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(1): 206-14.
60. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2006;91(2): 91-111
61. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn* 2004; 33: 310-320.
62. Kakyö TA, Muliira JK, Mbalinda SN, Kizza IB, Muliira RS. Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. *Midwifery* 2012;28(3), 374-379.
63. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International journal of nursing studies* 2009;46(10):1355-1373.



64. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 223-228.
65. Forman Nielsen D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby S.J, Secher N.J. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000;107(10): 1210-1217
66. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnataldepression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 69-74.
67. Zhang R, Chen Q, Li Y. Study for the factors related to postpartum depression. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Hui*;1999; 34(4):231-233.
68. Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of “Satogaeri bunben”. *Pediatrics Int* 2001; 43: 189–193.
69. Roomruangwong C, Epperson N. Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects, review artical. *Asian Biomedicine* 2011; 5(2):179 –193.
70. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International* 2008;29(6): 568-592.
71. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1179-1185.
72. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49: 908-914.
73. Ak M. Doğum sonu ilk altı ayda maternal depresyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 7(2): 39-42.
74. 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 (2): 55 -59.
75. Dindar İ, Erdoğan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing* 2007; 24(2): 176-183.
76. Robertson K, Fenandes T. Understanding the needs of women with postnatal depression. *Nursing Standard* 2010; 24-55.
77. Warner R, Appeleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 607-611.
78. Righetti –Veltema M, Conne-Perreard E, Bosquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002;70: 291-306.

79. Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı b"lgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *The Turkish Journal Of Gynecology and Obstetrics* 2004;4(2):301-307
80. Augusto A, Kumar R, Calherios JM. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996;26(1):135-41.
81. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord* 2007;100(1-3):115-121.
82. Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from the Ontario mother and infant survey. *BMC Fam Pract* 2002; 3: 1-7.
83. Stewart DE, Robertson E, Dennis C. L, Grace S. L, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors an interventions .Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf). 2003.
84. Patel V, Rodrigues M, De souza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; Jan: 159(1): 43-47.
85. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000; 6(4):349-354.
86. Beck CT. The affects of postpartum depression on child development: a meta - analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12: 12-20.
87. [Http://www.apa.org/pi/women/programs/depression/postpartum.aspx](http://www.apa.org/pi/women/programs/depression/postpartum.aspx) (Erişim 04.06.2012)
88. Bing"l T. Yılmaz H. Postpartum d"nemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon d"zeyleri ile etkileyen fakt"rler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2007; 10(3):1-6.
89. G"lnar D, Sunay D, "aylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk fakt"rleri. *T"rkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2010; (20)3: 141-148.
90. Fisher J. Psychological and social implications of multiple gestation and birth. *The Royal Australian and New Zeland College of Obstetricians and Gynaecologists* 2006;46(1):29-37.
91. Garel M, Salobir C, Blondel B. Psychological consequences of having triplets: a four year follow-up study. *International Review Psychiatry* 1996; 8: 37-54.

## EKLER

### Ek-1. Postpartum Depresyon Değerlendirme Anketi

#### 1-Sürekli ikamet ettiğiniz yer neresidir?

- 1-Köy/belde
- 2-İlçe merkezi
- 3-İl merkezi

#### 2-Kaç yaşındasınız?.....

#### 5-Eşiniz kaç yaşında?.....

#### 6-Düşük, kürtaj, ölü doğum gibi durumları da düşündüğünüzde, doğum yaptığınız bu gebelik kaçınıcı gebeliğiniz?

- 1-İlk gebelik→SORU 8'E GEÇİNİZ
- 2-.....'inci gebelik

#### 6-Bu gebelik hariç, diğer gebeliklerinizde;

	1-Evet (kaç kez)	2- Hayır
Kendiliğinden düşük yaptınız mı?	1 (.....)	2
İsteyerek düşük (kürtaj) yaptınız mı?	1 (.....)	2
Ölü doğum yaptınız mı?	1 (.....)	2
12 ayını doldurmadan ölen bebeğiniz oldu mu?	1 (.....)	2
1-5 yaş arasında ölen çocuğunuz oldu mu?	1 (.....)	2
Yaşayan toplam kaç çocuğunuz var	.....	
Toplam gebelik sayısı	.....	

#### 8-Doğum yaptığınız bu gebeliğinizde gebelik ile ilgili şikâyetiniz olsun ya da olmasın tansiyon ölçümü, kilo ölçümü, kan, idrar tahlili yaptırmak, USG çekirtme için sağlık personeline hiç gebelik muayenesi oldunuz mu?

- 1-Hayır hiç olmadım
- 2-Sadece AH/ASE'nına oldum
- 3-Sadece kadın doğum uzmanına oldum
- 4-Hem AH/ASE hem kadın doğum uzmanına oldum.

**9-Bu doğumu gebeliğinizin kaçınıcı haftasında yaptınız?**

(Doğum yaptığı gebelik haftasını tam öğrenmeye çalışınız) .....**Haftalık iken**

**10-Bu doğumunuzu nerede yaptınız?**

- 1-Doğum evi/devlet hastanesi
- 2-Özel hastane/muayenehane
- 3-Üniversite hastanesi
- 4-Diğer (yazınız):.....

**11-Bebeğinizin cinsiyeti nedir?**

- 1-Kız
- 2-Erkek

## **VIII-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**1-Sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?**

..... **KİŞİ YAŞIYOR**

**2-Sizin, eşinizin ve çocuklarınızın dışında evde anne, baba, dede, amca dayı vb. gibi başka kimse yaşıyor mu?**

- 1-Evet
- 2-Hayır

**3-Eşinizle aranızda kan bağı, yani akrabalık var mı?**

- 1-Evet
- 2-Hayır

**4-Resmi nikâhınız var mı?**

- 1-Evet
- 2-Hayır

**5-Evlenmeniz görücü usulü ile mi oldu?**

- 1-Evet
- 2-Hayır

**6-Sağlık güvenceniz var mı?**

- 1-Yok
- 2-Yeşil Kart
- 3-SGK (ES, SSK, Bağ-Kur)

### 7-Kadın ve Erkeğin Eğitim durumu?

Kadın	Erkek
1-Okuma-Yazar değil	1-Okuma-Yazar değil
2-Okuma-Yazar	2-Okuma-Yazar
3-İlkokul mezunu	3-İlkokul mezunu
4-Ortaokul mezunu	4-Ortaokul mezunu
5-Lise mezunu	5-Lise mezunu
6-Üniversite mezunu	6-Üniversite mezunu

### 8-Eşiniz bir işte çalışıyor mu?

- 1-İşsiz
- 2-Devlet işinde çalışıyor
- 3-Özel sektörde çalışıyor
- 4-Kendi hesabına (esnaf)
- 5-İş buldukça ara işlerde çalışıyor (inşaat işçisi, amele vb.)
- 6-Çiftçi
- 7-Diğer.....

### 9-Siz herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- 1-Evet          2-Hayır→Soru 11'e geç

### 10-Ne işinde çalışıyorsunuz?

- 1-Devlet İşi
- 2-Özel Sektör
- 3-Kendi hesabına (esnaf)
- 4-İş buldukça ara işlerde (ev temizliği, çocuk bakımı vb.)
- 5-Ev kadını/Çiftçi

**11-Siz şunlardan hangisini/hangilerini yapıyorsunuz?**

	<b>1-Evet</b>	<b>2-Hayır</b>
Gündelik ev işleri, çocuk bakımı yapıyor mu?	<b>1</b>	<b>2</b>
Ev halkı için yağ, peynir, salça v.b.yapıyor mu?	<b>1</b>	<b>2</b>
Kendi bağ bahçesinde çalışıyor mu?	<b>1</b>	<b>2</b>
Evde yaptığı ya da bağ bahçesinde ürettiğini gelir için satıyor mu?	<b>1</b>	<b>2</b>

**12-Evinize giren toplam gelir;**

1-Geçiminizi rahat sağlıyor

2-Geçiminize ancak yetiyor

3-Geçiminize yetmiyor

## EDİNBURGH POSTPARTUM ÖLÇEĞİ

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

### **1- Son 7 gündür; gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**

- 1-Her zaman olduğu kadar
- 2-Artık pek o kadar değil
- 3-Artık kesinlikle o kadar değil
- 4-Artık hiç değil

### **2- Son 7 gündür; geleceğe hevesle bakıyorum.**

- 1-Her zaman olduğu kadar
- 2-Artık pek o kadar değil
- 3-Artık kesinlikle o kadar değil
- 4-Artık hiç değil

### **3- Son 7 gündür; bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**

- 1-Evet, çoğu zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Çok sık değil
- 4-Hayır, hiçbir zaman

### **4- Son 7 gündür; nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**

- 1-Hayır, hiçbir zaman
- 2-Çok seyrek
- 3-Evet, bazen
- 4-Evet, çoğu zaman

### **5- Son 7 gündür; iyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.**

- 1-Evet, çoğu zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Çok sık değil
- 4-Hayır, hiçbir zaman

**6- Son 7 gündür; her şey giderek sırtıma yükleniyor.**

- 1-Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum
- 2-Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- 3-Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- 4-Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.

**7- Son 7 gündür; öyle mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**

- 1-Evet, çoğu zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Çok sık değil
- 4-Hayır, hiçbir zaman

**8- Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**

- 1-Evet, çoğu zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Çok sık değil
- 4-Hayır, hiçbir zaman

**9- Son 7 gündür; öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.**

- 1-Evet, çoğu zaman
- 2-Evet, oldukça sık
- 3-Çok seyrek
- 4-Hayır, asla

**10- Son 7 gündür; kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**

- 1-Evet, oldukça sık
- 2-Bazen,
- 3-Hemen hemen hiç
- 4-Asla

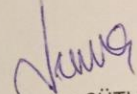
**YARDIMCI OLDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKÜR EDERİZ.**



HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE

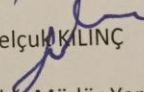
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapmakta olduğum yüksek lisans kapsamında hazırlayacağım BURDUR İLİNDE LOĞUSALARDA POSTPARTUM DEPRESYON PREVELANSI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER konulu tez için müdürlüğünüzce yapılması planlanan doğum sonu izlem değerlendirme saha araştırması esnasında aynı kişilere ekli anketin toplum sağlığı merkezi ebelerince uygulanmasına izin verilmesini arz ederim.

Ek: Anket

  
Dr. Sevinç SÜTLÜ

Uygundur

15.04/2012

  
Dr. A. Selçuk KILINÇ

Burdur Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

TS EN ISO 9001:2008

BEBEĞİNİZ İÇİN EN DEĞERLİ  
BESİN ANNE SÜTÜDÜR



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : B.10.1.HSK.4.15.07.50/ (68)

27 Nisan 2012

/ 538

Konu :Görevlendirme

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Müdürlüğümüz Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimince yürütülmekte olan Doğum Öncesi Bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla, il merkezi ve ilçelerde 27 Nisan – 31 Temmuz 2012 tarihleri arasında yapılacak olan saha ve eğitim çalışmalarında ekli listede yer alan personelin görevlendirilmeleri, adlarına tahakkuk edecek harcırahın bütçenin ilgili kaleminden ödenmesini;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. A. Selçuk KILINÇ  
İl Halk Sağlığı Müdür Yard. V.

EK: 1

OLUR

27/04/2012

Dr. Sevinç SUTLÜ  
İl Halk Sağlığı Müdürü

ADRES: Yeni Mahalle Eski Antalya Caddesi 15030 / BURDUR/Çocuk, Kadın ve Üreme Sağlığı Alt Birimi  
İrtibat Telefonları (Santral): 0 (248) 234 36 32 – 233 33 59 – 234 36 52 FAX: 0 (248) 233 45 51  
Web Adresi: www.burdur.saglik.gov.tr E-Mail: burdur@saglik.gov.tr

## ÖZGEÇMİŞ

---

### Kişisel Bilgiler

**Adı,Soyadı** : Sevinç SÜTLÜ  
**Doğum Tarihi/Yeri** : 09 Eylül 1973 / Burdur, Türkiye  
**Cinsiyeti** : Kadın  
**Medeni Durum** : Evli ve 2 erkek çocuk  
**Askerlik Durumu** : Muaf  
**Adres** : Atatürk Mah. 36.Sokak No:2 BURDUR - TÜRKİYE  
**Telefon** : +90 248 233 48 59-138  
**Gsm** : +90 505 378 14 58  
**E-Mail** : sevincdr@gmail.com

### Eğitim

<b>Lisans</b>	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıp	1991-1998
<b>Lise</b>	Burdur Anadolu Lisesi	Matematik	1984-1991
<b>Ortaokul</b>			
<b>İlkokul</b>	Burdur Şeker İlkokulu		1979-1984

## **İş Tecrübesi**

Burdur Halk Sağlığı Müdürü ( Nisan 2012- Halen devam ediyor)

Burdur Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şube Müdür Vekili (Mart 2006- Aralık 2011)

Burdur Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcısı (Temmuz 2005- Mart 2006)

Burdur Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şube Müdür Vekili (Mart 2005-Temmuz 2005)

Burdur Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı (Aralık 1998- Mart 2005)

Burdur Yeşilova Harmanlı Sağlık Ocağı (Kasım 1998- Aralık 1998)

## **Takdirnameler**

Burdur Valiliği Takdirname 2008

Burdur Valiliği 2012

Burdur Valiliği 2014

Burdur Valiliği 2016

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşekkür Belgesi 2015

Geriatric (yaşlı Sağlığı) Doktora Programı (Devam Ediyor)  
Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ege

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı (Devam Ediyor)  
Tıp Fakültesi

Isparta SDÜ

Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Modül Eğitimi Şubat 2005

Isparta

UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi) Eğitimi  
Burdur

Sağlık Yönetimi Ve İşletmeciliği Eğitim Programı Sertifikası  
Uzaktan Eğitim

Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Aralık 2010

Temel Yönetim Becerileri Eğitimi  
Uzaktan Eğitim

Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü 2009

Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi -Mart 2007  
Ankara

Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Eğitici Sertifikası 2007  
Burdur

Eğitim Becerileri Eğitimi, Bursa

RİA Sertifika Eğitimi, Burdur

Neonatal Resüsitasyon Uygulayıcı Eğitimi, Antalya

Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi, Burdur

Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi, Burdur

İç Kalite Tetkiki Eğitimi, Burdur

Ulusal Talasemi Eğitim Semineri

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Ve Epidemiyolojik Sürveyansının Güçlendirilmesi  
Eğitimi, Mayıs 2007, Burdur

### **Katıldığı Kurslar&Sertifika Programları**

**Dil** İngilizce (orta)

**Bilgisayar** Windows, Microsoft Office (orta)

### **Kişisel Beceri ve Yeterlilik**

1. “Jüri Özel Ödülü”

“Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Hizmeti Kullanımı, Kronik Hastalık Sıklığı ve Bağımlılık Durumu, Akademik Geriatri 2010, 26-30 Mayıs 2010, Kıbrıs”

2. “En iyi poster ödülü”

“Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Afife Erkan Sofuoğlu, Sevinç Sütü. Burdur’da 65 Yaş ve Üzeri Kişilere Evde Bakım Verenlerin Ruhsal Belirti Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. 5.Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 01-04 Nisan 2012, Antalya”

3. “Poster Bildiri Birincilik Ödülü”

“Sevinç Sütlü, Meltem Öztürk, Burçin Yapa, Ayşe Tapsız, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İli Lise Öğrencileri Arasında Madde Kullanım Sıklığı Tespit Çalışması, 4.Adölesan Kongresi, 23-24 Kasım 2012, Ankara.

**SCI, SSCI ve AHCI dışındaki indeks ve özler tarafından taranan dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale**

1. Kılınç AS, Sütlü S, Atay E. Burdur İlinde 65 Yaş ve Üzeri nüfusun Bazı Sosyodemografik Özellikleri, GeroFam. 2010; 1(4): 36-45

2. Kılınç Ahmet Selçuk, Sütlü Sevinç, Badıllıoğlu Okan, Homecare in Turkey, Gerobilim, 2010;2:45-53

3. Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ, Ahmet Selçuk KILINÇ, Okan SARIOĞLU, Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Hizmet Kullanımı, Kronik Hastalık Sıklığı ve Bağımlılık Durumu, Akad Geriatri 2011; 3:88-94

4. Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ, Ahmet Selçuk KILINÇ, Okan BADILLIOĞLU, Mehmet ZENCİR, Burdur’da 2009 Yılında Doğum Yapmış Kadınların Doğum Özellikleri ve Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull. 2011; 10(5): 579-586

5. Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Sevinç Sütlü, Afife Erkan Sofuoğlu, Dilek Aslan. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Turkish Journal of Public Health 2012;10(1).

6. Ahmet Selçuk Kılınç, Binali Çatak, Okan Badıllıoğlu, Sevinç Sütlü, Özgür Dikme, Osman Aydın, Alper Teker, Emrah Atay. Acil Servise Başvuran Yaşlıların Başvuru Nedenlerinin ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(4) / 139-143

7.Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Alper Teker, Binali Çatak, Sevinç Sütlü. Burdur’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun 112 Acil Çağruları. STED 2012;21(1).

8.Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Sevinç Sütlü. Aile Hekimlerinin Kullandıkları Bilgi İşlem Uygulamaları ile İlgili Düşünceleri. Konuralp Tıp Dergisi 2013;5 (3) 1-4.

9.Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ, Ahmet S. KILINÇ, Okan BADILLIOĞLU. Burdur İlinde İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi Yıl: 21 Sayı:2 Mayıs-Ağustos 2011

10.Ahmet S. Kılınç, Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ayşe Akın. Dünya’da ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Sağlık ve Toplum, Yıl:22 , Sayı:2 ,Mayıs-Ağustos 2013

11.Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Dudu Bağ. Burdur İlinde Bebeklerin Emzirilme Durumu ve Beslenme Örüntüsü. Pamukkale Tıp Dergisi, 2012;5(3):115-122.

12.Dr.Sevinç Sütü, Dr.Binali Çatak, Dr.A.Selçuk Kılınç, Ebe A.Bilgen Taşdemir, Ebe Melek Dinç, Ebe Havva Ayaş. Doğum Öncesi Bakımın Neresindeyiz? Toplum Tabanlı Bir Araştırma. Sted 2012;21(5) / 264-270.

13.Binali Çatak, Can Önder, Ahmet Selçuk Kılınç, Sevinç Sütü, Sırrı Şenbayram, Yaşlılara Evde Bakım Verenlerde Ruhsal Hastalık Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Kafkas J Med Sci 2012;2(3):105-108.

14.Binali Çatak, Sevinç Sütü, Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Duran Canatan. Burdur’da İlköğretim 8. Sınıflarda β- Talasemi Taşıyıcılık Sıklığı. Cumhuriyet Tıp Derg 2013;35:193-198.

15. Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Afife Erkan Sofuoğlu, Sevinç Sütü. Burdur’da 65 Yaş ve Üzeri Kişilere Evde Bakım Verenlerin Ruhsal Belirti Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2012/15 / Özel Sayı / 2012 Kongresi s.94

#### **Ulusal toplantıda sunularak tam metin olarak yayımlanan bildiri**

1.Kılınç AS, Sütü S. Örgütlerde Katılımlı Yönetimin Olumlu ve Olumsuz Yönleri, VIII. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 13-16 Mayıs 2010, Marmaris

Ulusal toplantıda sunularak özet metin olarak yayımlanan bildiri

1.Kılınç AS, Sarıoğlu L, Çekirge G, Bilgili B, Sanlı H, Sütü S, Gencer B, Demirok A, Burdur İli Merkez Değirmenler Mahallesiinde 50-69 Yaş Kadınlarda Meme Kanseri Taraması. 1-3 Nisan 2009, Ankara

2. Çatak B, Sütü S, Sarıoğlu O, Kılınç A.S. Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Hizmeti Kullanımı, Kronik Hastalık Sıklığı ve Bağımlılık Durumu, Akademik Geriatri 2010, 26-30 Mayıs 2010, Kıbrıs

3. Sütü Sevinç, Çatak Binali, Kılınç Ahmet Selçuk. Burdur İlinde 2007-2009 Yılları Arasındaki Bebek Ölümleri ve Ölü Doğumların Nedenleri ile Alınması Gereken Önlemler. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir

4. Teker Alper, Tufan İsmail, Sütü Sevinç, Kılınç Ahmet Selçuk, Çatak Binali. Burdur’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Acil 112 Çağrılarının Değerlendirilmesi. 9.Ulusal Geriatri Kongresi, 27-30 Ekim 2010, Antalya

5. Müzeyyen Özcan, Ahmet Selçuk Kılınç, Binali Çatak, Sevinç Sütlü, Lale Sarıoğlu, Ayşen Çiftçi, Deniz Yavuz, Seçil Evcil, Aygül Öztürk. 2007 Yılında Burdur'da 2.Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sigara İçme Durumu, Batı Akdeniz Doğa Bilimleri Sempozyumu(uluslararası katılımlı), 4-6 Kasım 2010, Burdur
6. Ahmet Selçuk Kılınç, Ayhan Tokcan, Sevinç Sütlü, Müzeyyen Özcan, Belgin Bilgili, Sema Kalkan, Atiye Pınarbaşı. Burdur Bahçelievler İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları, Batı Akdeniz Doğa Bilimleri Sempozyumu(uluslararası katılımlı), 4-6 Kasım 2010, Burdur
7. Sevinç Sütlü, Hasibe Kale, Ahmet Selçuk Kılınç, Binali Çatak. Burdur İlinde 2007 Yılında Gölhisar, Çavdır, Altınyayla İlköğretim 8.sınıf Öğrencilerinde Talasemi Taşıyıcılık Sıklığı, Batı Akdeniz Doğa Bilimleri Sempozyumu(uluslararası katılımlı), 4-6 Kasım 2010, Burdur
8. Tapsız A, Kılınç AS, Seveli M, Arıkan İ, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Akbaş N, Canıgür S. Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta KOAH ile Mücadele Kapsamında Yapılan Grip ve Pnömonokok Aşılamaalarının Sonuçları. Akademik Geriatri 2011. 26-28 Mayıs 2011, Antalya.
9. Ahmet Selçuk KILINÇ, Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ. Burdur'daki Ölüm Nedenlerinin Değerlendirilmesi.14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
10. Ahmet Selçuk KILINÇ, Sevinç SÜTLÜ, Binali ÇATAK. Burdur İl Sağlık Müdürlüğündeki Bilgi Sistemlerinin Analizi. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
11. Ayşe TAPSIZ, Sevinç SÜTLÜ, Okan BADILLIOĞLU, Binali ÇATAK, Ahmet Selçuk KILINÇ. Burdur'da 5-19 Yaş Grubunda Obezite Prevalansı Saptama Çalışması. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
12. İnci ARIKAN, Okan BADILLIOĞLU, Ayşe TAPSIZ, Sevinç SÜTLÜ, Ahmet Selçuk KILINÇ. Burdur İlinde KOAH Sıklığı ve İlişkili Faktörler. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
13. Binali ÇATAK, Ahmet Selçuk KILINÇ, Sevinç SÜTLÜ, Afife Erkan SOFUOĞLU, Dilek ASLAN. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.



14. Ahmet Selçuk KILINÇ, Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ. Burdur İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Kurum ve Kuruluşlarda Çalışan Personelin Profili. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.

15. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Nilay Etiler. Burdur İlinde Konjenital Malformasyonlu prevalansı ve Etkileyen Faktörler. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.

16. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. 2006-2010 Yıllarında Burdur Talasemi Tanı Merkezinde Yapılan Hemoglobinopati Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.

17. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İlinde 2009 yılında Doğan Bebeklerin Emzirilme Durumu. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.

18. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Ayşe Akın. Burdur İlinde 2.Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Doğum Öncesi Bakımın Niteliği ve Niceliği. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.

19. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İlinde 2010 Yılında Bebek Ölümleri ve Ölü Doğumların Nedenleri. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.

20. Alper Teker, Ayşe Tapsız, Ahmet Selçuk Kılınç, Sevinç Sütü. 2008-2010 Yılları Arasında Burdur'da Acil 112 Çağruları Kapsamındaki Adli Olguların Değerlendirilmesi. 8.Anadolu Adli Bilimler Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Burdur.

21. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur'da 2011 Yılında Düşük Yapan Kadınlarda Şiddete Maruz Kalma Durumları. 8.Anadolu Adli Bilimler Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Burdur.

22. Sevinç Sütü, Meltem Öztürk , Burçin Yapa,Ayşe Tapsız, Ahmet Selçuk Kılınç Burdur İli Lise Öğrencileri Arasında Madde Kullanım Sıklığı Tespit Çalışması 4. Adölesan Sağlığı Kongresi ,23-24 Kasım 2012,Ankara

23. Ahmet Selçuk KILINÇ, Binali ÇATAK, Sevinç SÜTLÜ. Burdur İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Kurum ve Kuruluşlarda Çalışan Personelin Profili. 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon.

24. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Nilay Etiler. Burdur İlinde Konjenital Malformasyonlu prevalansı ve Etkileyen Faktörler. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.
25. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. 2006-2010 Yıllarında Burdur Talasemi Tanı Merkezinde Yapılan Hemoglobinopati Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.
26. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İlinde 2009 yılında Doğan Bebeklerin Emzirilme Durumu. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.
27. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Ayşe Akın. Burdur İlinde 2.Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Doğum Öncesi Bakımın Niteliği ve Niceliği. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.
28. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İlinde 2010 Yılında Bebek Ölümleri ve Ölü Doğumların Nedenleri. VI.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. 16-20 Kasım 2011, Antalya.
29. Alper Teker, Ayşe Tapsız, Ahmet Selçuk Kılınç, Sevinç Sütü. 2008-2010 Yılları Arasında Burdur'da Acil 112 Çağruları Kapsamındaki Adli Olguların Değerlendirilmesi. 8.Anadolu Adli Bilimler Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Burdur.
30. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur'da 2011 Yılında Düşük Yapan Kadınlarda Şiddete Maruz Kalma Durumları. 8.Anadolu Adli Bilimler Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Burdur.
- 31.Ahmet Selçuk Kılınç, Emrah Atay. Bir Aile Hekimine Kayıtlı Yaşlıların Kronik Hastalık Yüğü. 13.Ulusal Spor Hekimliği Kongresi. 16-18 Aralık 2011, Bursa.
- 32.Betül Genç, Selçuk Kılınç, Sadakat Türel, Hayal Sanlı, Güldali Çekirge. Sigarayı Bırakmak İçin Burdur Devlet Hastanesi KETEM'e Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Haftası Sempozyumu, 1-4 Nisan 2012, Ankara.

33.Selçuk Kılınç, Ayşe Tapsız, Emel Danış Aydın, Okan Badıllıoğlu, Hicran Hiçyılmaz, Vehbi Kara, Emrah Atay, Sevinç Sütü. Burdur'da 50 Yaş Kohortuna Uygulanan Kolorektal Kanser Taramasının Değerlendirilmesi. Ulusal Kanser Haftası Sempozyumu, 1-4 Nisan 2012, Ankara.

34.Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Afife Erkan Sofuoğlu, Sevinç Sütü. Burdur'da 65 Yaş ve Üzeri Kişilere Evde Bakım Verenlerin Ruhsal Belirti Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. 5.Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 01-04 Nisan 2012, Antalya.

35. Ahmet Selçuk Kılınç, Mehmet Seveli, Tülay Gün, Ayşe Tapsız, Sevinç Sütü, Rengin Erdal. Yerelde Bir E-Devlet Uygulaması "Özürlü Takip Sistemi" 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, Bursa.

36. Burdur'da Öğretmenlerin Sigara İle İlgili Tutum ve Davranışları. Cavit Burçin Yapa, Meltem Öztürk, Ahmet Selçuk Kılınç, Müzeyyen Özcan, Ayşe Tapsız, Sevinç Sütü. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, Bursa.

37. Sevinç Sütü, Meltem Öztürk, Burçin Yapa, Ayşe Tapsız, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İli Lise Öğrencileri Arasında Madde Kullanım Sıklığı Tespit Çalışması, 4.Adölesan Kongresi, 23-24 Kasım 2012, Ankara.

38. Sevinç Sütü, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Selcan Özen, Dudu Bağ. Burdur'da İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen İle Doğum Yapma Düzeyi ve Sezaryen İle Doğumları Etkileyen Faktörler. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.

39. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç. Bebeklerin Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Riski Ve Etkili Faktörler. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.

40. Binali Çatak, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur'da Bebek Takiplerinin Niteliğinin Sahada İzlem Ve Değerlendirilmesi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.

41. Sevinç Sütü, Ayşe Eriten, Ahmet Selçuk Kılınç, Binali Çatak. Burdur İli 2011-2012-2013 Yılı Yenidoğan Gelişimsel Kalça Displazisi Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.

42. Sevinç Sütü, Ayşe Gündüz, Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç. Burdur İlinde 2011 – 2012 Yılı Yenidoğan İşitme Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27-31 Ekim 2013, Antalya.

43. Lise Öğrencilerinin Madde Kullanım Durumu Ve Sosyodemeografik Bulguları Sevinç Sütü, Cavit Burçin Yapa, Damla Şevik, Ahmet Selçuk Kılınç, Özgür Önal, Melek Dinç 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2014, Edirne
44. Acil Ve Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Deniz Say Şahin, Özgür Önal, Ahmet Selçuk Kılınç, Sevinç Pehlivan Sütü 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2014, Edirne
45. Bir aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Ev Güvenliğinin Değerlendirilmesi Ahmet Selçuk Kılınç, Özgür Önal, Sevinç Pehlivan Sütü, Emrah Atay, Deniz Say Şahin, Meltem Kural, Binali Çatak 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2014, Edirne
45. 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Süt Ve Süt Ürünleri Tüketimi Ve Etkileyen Faktörler Deniz Say Şahin, Zeliha Fulden Saraç, Özgür Önal, Sevinç Pehlivan Sütü, Emine Sumru Savaş, Selehattin Fehmi Akçiçek 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2015, Konya
46. 2007-2015 Yılları Arasındaki Burdur İli Brusella Vakalarının Tanımlanması Özgür Önal, Deniz Say Şahin, Sevinç Pehlivan Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç, Hatice Şevk 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2015, Konya
47. Bir Talasemi Tanı Merkezindeki 2009–2014 Yılları Hemoglobinopati Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi Gülşen Olgun İzmirli, Sevinç Sütü, Ahmet Selçuk Kılınç 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2015, Konya