



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI  
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KARABÜK İLİNDE DOĞUM SONU DEPRESYON GÖRÜLME  
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Münevver DEMİR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

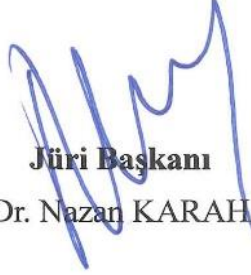
DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAAN

KARABÜK-2016

**T.C.**  
**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ ONAY FORMU**

Tarih

Enstitümüz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans programında Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN danışmanlığında, Münevver DEMİR tarafından hazırlanan bu çalışma 12.../12.../2016 tarihinde jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

  
**Jüri Başkanı**  
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

**Jüri Üyesi**

Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ



**Jüri Üyesi**

Yrd. Doç. Dr. Semra KARACA



Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**Enstitü Müdürü V.**

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

## BEYAN FORMU

*Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.*

30.11.2016

Münevver DEMİR



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini ve emeklerini esirgemeyen, beni sürekli olarak motive eden, bakıő aımı deęiőtiren, ufkumu geniőleten değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a,

Araőtırmam sırasında bana destek ve yardımcı olan, aile sağlığı merkezlerinde ASE olarak görev yapan ebe, hemőtire ve sağlık memuru arkadaőtırama,

Araştırmaya dâhil olan tüm annelere,

Eğitimim süresince desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, çalışmanın her aőamasında büyük sabır, özveri ve destekleriyle her zaman yanımda olan eőtım Hamdi DEMİR'e, canım kızlarım Ecrin Zeynep DEMİR ve Elif Yaren DEMİR'e sonsuz teőtekkrlerimi sunuyorum.

Münevver DEMİR

Karabük, 2016

Bu araştırma Karabük Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından KB-BAP-16/1-YL-147 Nolu proje numarası ile desteklenmiőtir.

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

<b>ONAY FORMU</b> .....	ii
<b>BEYAN FORMU</b> .....	iii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iv
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	viii
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	ix
<b>EKLER DİZİNİ</b> .....	x
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	xi
<b>ÖZET</b> .....	xii
<b>SUMMARY</b> .....	xiii

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4

## **İKİNCİ BÖLÜM**

<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Doğum Sonu Dönem ve Ruhsal Değişiklikler .....	6
2.2. Annelik Hüznü .....	8
2.3. Doğum Sonu Depresyon .....	10
2.3.1. Doğum Sonu Depresyonun Tanımı .....	11
2.3.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı .....	12
2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Etkileri .....	14

2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Belirtileri ve Tanı .....	16
2.3.5. Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri.....	18
2.3.6. Doğum Sonu Depresyon Tarama.....	25
2.3.7. Doğum Sonu Depresyon Tedavisi .....	27
2.4. Doğum Sonu Psikoz .....	32
2.5. Doğum Sonu Depresyonda Ebelerin Rol ve Sorumlulukları .....	33
2.5.1. Ebelerin Gebelik Dönemindeki Rol ve Sorumlulukları.....	34
2.5.2. Ebelerin Doğum Sırasındaki Rol ve Sorumlulukları .....	39
2.5.3. Ebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Rol ve Sorumlulukları .....	42

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>50</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	50
3.2. Araştırmanın Yapılma Tarihi ve Yeri .....	50
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	51
3.4. Veri Toplama Araçları.....	56
3.5. Verilerin Toplanması.....	57
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	58
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	58
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar .....	59

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>60</b>
4.1. Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular .....	61
4.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	61
4.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	66

4.4. Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	70
---	----

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>5. TARTIŞMA</b> .....	77
5.1. Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	78
5.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	79
5.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulguların tartışılması .....	88
5.4. Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	98

## **ALTINCI BÖLÜM**

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	106
6.1. Sonuç .....	106
6.1.1. Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Sonuçlar .....	106
6.1.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar .....	106
6.1.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Sonuçlar .....	107
6.1.4. Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Sonuçlar .....	108
6.2. Öneriler .....	111
<b>KAYNAKLAR</b> .....	112
<b>EKLER</b> .....	132
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	140

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa

<b>Çizelge 2.3.2.1.</b> Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı.....	13
<b>Çizelge 2.3.5.1.</b> Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri.....	19
<b>Çizelge 2.3.5.2.</b> Uluslararası Yayınlarla Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri.....	22
<b>Şekil 1.</b> Gjerdingen, Katon and Rich (2008)'in Kademeli Doğum Sonu Depresyon Bakım Modeli .....	28
<b>Çizelge 3.2.1.</b> Karabük İlindeki ASM ve AH Birim Sayısı.....	51
<b>Çizelge 3.3.1.</b> Karabük- Merkez İlçesindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme .....	53
<b>Çizelge 3.3.2.</b> Safranbolu İlçesindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme .....	54
<b>Çizelge 3.3.3.</b> Yenice, Eskipazar, Eflani ve Ovacık İlçelerindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme .....	55
<b>Çizelge 4.1.</b> Çoklu Doğrusal Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	75



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 4.1.1.</b> Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular.....	61
<b>Tablo 4.2.1.</b> Olguların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları .....	62
<b>Tablo 4.2.2.</b> Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkisi .....	63
<b>Tablo 4.2.3.</b> Olguların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Dağılımları .....	65
<b>Tablo 4.2.4.</b> Olguların Obstetrik Özellikleri ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki .....	65
<b>Tablo 4.2.5.</b> Depresyon Puanları ile Sayısal Değişkenler Arasındaki İlişki .....	66
<b>Tablo 4.3.1.</b> Gebelik Öncesi ve Gebelik Dönemine İlişkin Değişkenlerin Dağılımı .....	67
<b>Tablo 4.3.2.</b> Gebelik Öncesi ve Gebelik ve Doğumuna İlişkin Özellikler ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki .....	68
<b>Tablo 4.4.1.</b> Bebeğin Durumuna İlişkin Değişkenlerin Dağılımı .....	70
<b>Tablo 4.4.2.</b> Bebeğin Özellikleri İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	71
<b>Tablo 4.4.3.</b> Doğum Sonu Sosyal Destek İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı .....	71
<b>Tablo 4.4.4.</b> Doğum Sonu Sosyal Destek ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki .....	72
<b>Tablo 4.4.5.</b> Doğumdan Sonra Yaşanan Sorunlar İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı	73
<b>Tablo 4.4.6.</b> Doğumdan Sonra Yaşanan Sorunlar İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	74
<b>Tablo 4.4.7.</b> Regresyon Modeline Göre Doğum Sonu Depresyon Puanını Etkileyen Değişkenler.....	75

## **EKLER DİZİNİ**

	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>EK.1.</b> Veri Toplama Formu.....	132
<b>EK.2.</b> Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ).....	136
<b>EK.3.</b> Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları.....	136
<b>EK.4.</b> Etik Kurul Onayı.....	138
<b>EK.5.</b> Kurum İzni.....	139



## KISALTMALAR DİZİNİ

Araştırmada kullanılan tanım ve kısaltmalar ile açılımları aşağıda sıralanmıştır.

<b>ACOG</b>	: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
<b>AH</b>	: Aile Hekimliği
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>DDTÖ</b>	: Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>DSD</b>	: Doğum Sonu Depresyon
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EPDÖ</b>	: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
<b>ICM</b>	: Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması)
<b>IVF</b>	: Invitro Fertilizasyon
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minumum
<b>OR</b>	: Odds Ratio
<b>PPD</b>	: Postpartum depresyon
<b>Ss</b>	: Standart Sapma
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TAT</b>	: Tamamlayıcı Alternatif Tedavi
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>WHO</b>	: World Health Organization

## ÖZET

Bu araştırma Karabük ilinde doğum sonu depresyon (DSD) görülme sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, 1 Mart - 1 Temmuz 2015 tarihleri arasında tanımlayıcı - kesitsel tipte gerçekleştirilen toplum temelli bir çalışmadır.

Araştırma, Karabük ilinde bulunan 68 aile sağlığı merkezinde (ASM) gerçekleştirildi. Çalışmaya tabakalı sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenen, 0-12 ay arasında bebeği olan, 254 kadın katıldı. Veriler etik kurul ve kurum onayı alındıktan sonra, araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları, ki-kare testi, spearman korelasyon ve lineer regresyon analizleri kullanıldı.

Karabük ilinde DSD görülme sıklığı %22,8 olarak (EPDÖ  $\geq 13$ ) saptanmıştır. Korelasyon analizine göre kadının yaşı (-0,129), evlilik yaşı (-0,198), ilk doğum gerçekleştirme yaşı (-0,168) ve aylık ortalama gelir (-0,192) ile depresyon puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Araştırmada kadının yaşı, algılanan sosyo-ekonomik durum, infertilite tedavisi, önceki gebeliklerden/doğumlardan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşama, ailede ruhsal rahatsızlık öyküsü, bebeğin evlilik ve aile yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünme DSD görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Bu bulgular ışığında riskli grupta yer alan kadınların gebelikten itibaren özellikle, doğum sonu dönemde DSD açısından sağlık çalışanları tarafından dikkatle gözlenmesi ve izlemlerin yapılması önerilmektedir. .

**Anahtar kelimeler:** Doğum sonu depresyon, DSD risk faktörleri, Ebe, EPDÖ

## SUMMARY

This study was carried out as a community-based work with a descriptive-cross-sectional type with the aim of determining the prevalence of postpartum depression (PPD) in Karabük between 1 March and 1 July 2015.

The study was conducted with 68 family health centers (FHC) in Karabük. 254 women who have babies with the age of 0-12 months participated to the study by being assigned with the stratified systematic sampling method. After ethics committee and institution approval, the data were collected by face-to-face interview method via using the data collection form created by the researcher and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Frequency distributions, chi-square test, Spearman correlation and linear regression analysis were used in the evaluation of the data.

The prevalence of PPD in Karabük was found to be 22.8% (EPDS  $\geq$  13). According to the correlation analysis, there was a statistically significant negative small correlation between women's age (-0,129), age of marriage (-0,198), age of first delivery (-0,168) as well as monthly average income (-0,192) 0,05 and depression ( $p < 0,05$ ). In the study, it was determined that the risk factors affecting the incidence of PPD are women's age, perceived socioeconomic status, infertility treatment, mental illness after previous pregnancies / births, family history of mental illness, family marriage and family life negatively.

In the light of these findings, it is suggested that after the pregnancy, especially during the postnatal period, the women who are at the risk group are observed by the health professionals carefully and taken under review in terms of PPD.

**Key words:** Postpartum depression, PPD risk factors, Midwife, EPDS

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte yaşanan değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlar ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazıları da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik hastalıklar yaşayabilmektedir. Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, doğum sonu dönemde hayatın diğer dönemlerine göre ruhsal hastalıklar açısından daha fazla risk altındadır (Kocamanoğlu 2008).

Doğum sonu dönemde görülen ruhsal değişiklikler çoğu kadında hafif şiddette ve kısa süreli yaşanırken, bazı kadınlarda durum hastalık boyutuna ulaşabilmektedir. Doğum sonu 3.- 4. günlerde hafif belirtilerle başlayan annelik hüznü, saatler hatta günlerce sürebilir. Çoğunlukla tedaviye gerek duyulmadan belirtiler kendiliğinden düzeler (Stewart et al. 2003). Ancak bazı kadınlarda annelik hüznü süresinin uzaması, annelik rolüne uyum sağlayamama, sosyal destek sistemlerinin işlememesi ya da yetersizliği gibi nedenlerle belirtiler şiddetlenerek doğum sonu depresyon tablosuna dönüşebilmektedir (Erdem 2009; Copoğlu, Kokacya ve Demircan 2015).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSD'yi depresyon bozuklukları içerisinde ele almış ve başlangıcı gebelik ve doğum sonu ilk 4 hafta olan epizod olarak tanımlamıştır. Doğum sonrası görülen depresyonun %50' sinin aslında gebelik döneminde başladığı da belirtilmektedir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde, en sık görülen komplikasyonlardan biri olan doğum sonu depresyon kadınların yaklaşık %10-15'inde görülmektedir (Patel et al. 2002; Gavin et al. 2005; Özdemir, Marakoğlu ve Çivi 2008; Almond 2009; Sylvén et al. 2011; Brummelte and Galea 2016).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; DSD görülme sıklığı %12,5 ile %53,1 arasında değişmektedir (Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Yıldırım,

Hacıhasanoğlu ve Karakurt 2011; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Akdeniz Erken 2016).

Durukan ve ark. (2010)'nın Ankara'da 2 hafta- 18 aylık bebeği olan 708 anne ile yaptığı çalışmada, gebelik yaşı, gebelikte ruhsal sorun, huzursuzluk endişe yaşamış olmak, premenstrüel duygu durum değişiklikleri, ailede depresyon/DSD öyküsü, geçirilmiş depresyon/ DSD öyküsü, evlilikten memnun olmama, bebeğinin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünmek DSD ile ilişkili risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Çalışmalar ve meta-analizlerde; olumsuz evlilik ilişkileri, prenatal anksiyete ve depresyon, algılanan ya da alınan sosyal destek eksikliği, evli olmama, düşük sosyo-ekonomik durum, plansız/istenmeyen gebelikler, cinsel istismar öyküsü, depresyon öyküsü, işsizlik, doğum ve gebelik komplikasyonları, zor bebek mizacı, çocuk bakımı ve yaşamla ilişkili stresler, düşük benlik saygısı, duygusal dalgalanmalar ve bilişsel değişiklikler doğum sonu depresyon risk faktörleri olarak bildirilmektedir (Beck 2001; Beck 2002; Stewart et al. 2003; Silverman and Loudon 2010; Werner et al. 2015).

DSD, genellikle kontrolsüz ağlama, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, kendini değersiz hissetme, karamsarlık, izolasyon, cinsel istek azlığı, dikkat zayıflığı, kararsızlık, intihar düşünceleri, iştahta azalma ya da artma ve buna bağlı kilo değişiklikleri, uyku bozuklukları, anksiyete ve bazen panik ataklar, bebekle ilgili endişe duyma, suçluluk hissi, hareket ve konuşmada yavaşlık, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, ajitasyon ya da hiperaktivite, öfke hissi, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma gibi belirtilerle karakterizedir (McCall-Hosenfeld 2016; Bilgiç ve ark. 2015; Woolhouse et al. 2014; Özdemir ve ark. 2008; Robinson et al. 2001).

Bu ruhsal belirtilerin yanı sıra, DSD yönünden risk altında olan annelerde ilk üç ay içerisinde yorgunluk, sırt ağrısı, meme problemleri, ağrılı perine ve idrar tutamama şikâyetleri gibi fiziksel sağlık sorunlarının da görülebileceği bildirilmektedir. Görülen bu belirtilerin düzelmesi doğumdan sonraki bir yıl ila iki yıla kadar uzayabilmektedir (Woolhouse et al. 2014).

Beck (1993), doğum sonu depresyon yaşayan kadınların duygu ve düşüncelerini kontrol edemediklerini, hatta zaman zaman davranış kontrolünde yetersiz kaldıklarını

belirtmektedir. Bu nedenle DSD’de asıl sorunun kontrol kaybı olduğu görüşünü savunmaktadır. Doğum sonu depresyonda olan kadınların bu durumunu da “akıllılık ve delilik arasındaki ince bir çizgide yürüyüş” olarak tanımlamıştır.

DSD anne, bebek, aile ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunan ve psikoza dönüşebilen yaygın bir bozukluktur (Çelikel 2012; Bilgiç ve ark. 2015). Doğum sonu dönemde depresif belirtiler görülmesi annede ruhsal çökkünlük ve fiziksel enerji kaybına neden olur. Bu durum annenin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilir (Durukan ve ark. 2010; Zoreh et al. 2014). DSD; annede yarattığı davranışsal etkilerin yanı sıra algılama, anlama, hatırlama, öğrenme, bilme gibi bilişsel süreçleri de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yoğun anksiyete ve ümitsizlik duyguları oluşması annede intihar düşüncelerinin gelişmesine yol açabilir (Hirst and Moutier 2010; Wisner et al. 2013; Bilgiç ve ark. 2015). DSD’den etkilenen annelerin sonraki gebeliklerinde durumun tekrarlanma riskinin 300 kat daha fazla olduğu ve postpartum depresyon (PPD) yaşamamış annelere göre doğumdan sonraki 5 yıl içinde bir majör depresyonun gelişme riskinin 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Letourneau et al. 2012).

DSD anne-bebek etkileşimini ve anne –bebek arasındaki bağı olumsuz yönde etkilemektedir. Üstgörül ve Yanikkerem (2014)’in yaptıkları bir çalışmada doğum sonu depresyon puanı yüksek olan annelerde maternal bağlanma puanları düşük bulunmuştur. Doğum sonu 2 aylık bebeği olan anneler üzerinde yapılan bir çalışmada, EPDÖ ile doğum sonrası bağlanma ölçeği ve anne-bebek bağlanma ölçeği toplam skorları arasında orta düzeyde bir korelasyon olduğu ( $r=0.45$ ,  $p<0.01$ ;  $r=0.38$ ,  $p<0.01$ ) belirlenmiştir (Yalçın ve ark. 2014). Anne bebek bağlanmasının bozulması durumunda annelerin elektrik prizlerini kaplama, araba koltuğu kullanma, bebeği için koruyucu sağlık önlemleri alma gibi bebeği koruyucu önlemleri daha az aldığı ya da hiç önlem almadıkları görülmektedir (McLennan and Kotelchuck 2000).

Literatürde az gelişmiş ülkelerde annesi depresyonda olan bebeklerde, yaşamlarının ilk bir yılı içinde; düşük doğum ağırlığı, büyüme ve gelişme geriliği, yetersiz bağışıklama, düşük bilişsel gelişim ve ishali hastalıkların sık görüldüğüne ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (Patel, DeSouza and Rodrigues 2003; Rahman et al. 2007). Benzer şekilde DSD’li annelerin çocuklarının davranışsal, duygusal ve bilişsel güçlükler yaşayabilmekte oldukları bildirilmektedir (Dennis et al. 2004; Freeman et



al. 2005; Erdem ve Bucaktepe 2012; Conroy et al. 2012; Zhu et al. 2014; Brummelte and Galea 2016).

Doğum sonu depresyon annenin yanı sıra babayı da etkileyebilen bir durumdur. Paulsan ve Bazemore (2010)'un, 28004 katılımcıyla yapılan toplam 43 çalışmayı inceledikleri meta analizde, babalarda DSD görülme sıklığının %10.0 olduğu bildirmektedir. Babalarda DSD, 3.- 6. aylar arasında görece olarak daha sık görülmektedir. Babanın doğum sonu depresyonu, annenin doğum sonu depresyonuyla orta derecede pozitif korelasyon göstermektedir. Çin'deki bir çalışmada, ebeveynlikte yetersizlik duygusu, evlilikten memnuniyette azalma ve annede depresyon belirtilerinin olması babada DSD'nin hazırlayıcı faktörleri olarak belirlenmiştir (Zhang et al. 2016).

Doğum sonu depresyon, anne, bebek ve tüm aile üyelerini olumsuz etkileyen yapısıyla önemli bir toplum sağlığı sorunudur. DSD'nin tespiti ve önlenmesi açısından risk faktörlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Gebelik dönemi psikolojik hastalıkların önlenmesi için fırsat sağlayan bir zaman dilimidir. Gebe izlemi yapan ebelerin, gebelikte ve doğum sonu dönemde depresyon risk faktörlerini iyi bilmesi, gebeyi ve anneyi bu risk faktörleri açısından değerlendirebilmesi oldukça önemlidir. Bu çalışma ülkemizde yapılan çalışmalar içinde il genelini temsil yeteneğine sahip ilk çalışma olması açısından önemlidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Karabük ilinde, 0-12 aylık bebeği olan kadınlarda, doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Karabük ilinde doğum sonu depresyon (DSD) görülme sıklığı nedir?
2. Kadınların yaşı, evlilik yaşı, ilk doğum yaşı, medeni durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, kendisinin ve eşinin çalışma durumu, aile geliri, algıladığı sosyo-ekonomik durum ve aile şekli DSD görülme sıklığını etkileyen faktörlerden midir?
3. Kadınların gebelik öncesi adet düzeni, dismonere varlığı, infertilite tedavisi görme, gebeliğin planlı olup olmaması, ailede ruhsal hastalık öyküsü, önceki

gebeliklerden/ doğumdan sonra ruhsal sorun yaşama, gebelikte sorun yaşama, doğumun gerçekleşme zamanı ve doğumun şekli DSD görülme sıklığını etkileyen faktörlerden midir?

4. Bebeğin cinsiyeti, doğum sonrası bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalması, bebeği emzirme, doğum sonu eşten, aile ve arkadaşlardan destek görme, evlilik yaşantısının bebeğin doğumundan etkilenme durumu, bebek ve kendi öz bakımında sorunlar yaşama ve bebeğin aile yaşamına etkisi DSD görülme sıklığını etkileyen faktörlerden midir?



## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde doğum sonu dönem ve ruhsal değişiklikler, annelik hüznü, doğum sonu depresyon, tanımı, görülme sıklığı, etkileri, klinik belirti ve tanısı, risk faktörleri, tarama yöntemleri, tedavisi, psikoz, ebeğin rol ve sorumlulukları incelenmiştir.

#### 2.1. Doğum Sonu Dönem ve Ruhsal Değişiklikler

Doğum sonu dönem, doğumdan sonraki ilk altı haftayı kapsayan dönemdir. Bu dönem bazı kaynaklarda “puerperium”, bazı kaynaklarda “postpartum dönem” olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem plasenta ve eklerinin doğumuyla başlar, diğer organların gebelik öncesi duruma dönmesi ile tamamlanır. Gebelik sırasında çeşitli organ ve sistemlerde meydana gelen değişiklikler, doğum sonunda farklı zamanlarda eski haline dönmektedir. Birçok değişiklik doğum sonu ilk hafta içinde düzelirken, bir takım değişikliklerin düzelmesi altı haftaya kadar devam edebilmektedir. Bazı değişiklikler ise kalıcıdır, düzelmez (Novak and Broom 1999; Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012).

Doğum sonu dönemde en belirgin değişiklik uterusunda meydana gelir. Doğumdan hemen sonra kasılmaya başlayan uterus, doğum sonu göbek hizasına geriler. İki hafta sonunda ise genellikle gerçek pelvis içerisine iner. Endometriyum hızla kendini yenilerken üç hafta sonunda plasentanın yapıştığı bölge hariç tüm intrauterin kaviteyi kaplar. Plasentanın yapıştığı bölge ise, doğum sonu kasılmaların gerçekleşmesi ile küçülür. Doğum sonu meydana gelen kanama ve akıntılar, plasentanın yapışmış olduğu bu bölgeden kaynaklanır. Loşia olarak adlandırılan bu akıntı ve kanamalar, önceleri kırmızı renkteyken, giderek sırasıyla kahverengi ve kremi beyaz ya da sarı renge dönüşür (Beji 2015). Serviks, doğum sonu 6. haftanın sonunda gebelik öncesi haline döner. Doğumdan önce yuvarlak olan eksternal os doğumdan sonra transvers bir çizgi halini alır. Bu değişim vaginal doğum yapmış bir kadını, doğum yapmamış ya da sezeryan ile doğum yapmış bir kadından ayırır (Arslan 2014). Üriner sistemde meydana gelen değişiklikler ise, progesteronun etkisiyle dilate olan üreterler ve renal pelvisin gebelik öncesi durumuna dönmesidir. Bu değişiklikler ortalama 2-8 hafta

içinde gerçekleşir. Vaginanın eski haline dönmesi, ortalama 3 haftayı bulmakla birlikte genellikle nullipar boyutlara dönmesi nadirdir. Doğum sonu dönemde üreme sisteminde gerileyici değişiklikler oluşurken, memelerde gebelikten itibaren oluşan ilerleyici değişiklikler sürmektedir. Gebelikte progesteron, östrojen, plasental laktojen, prolaktin, kortizol ve insülin hormonları, meme bezinde büyüme ve gelişmeyi uyararak, süt salgılanması ve emzirme için gerekli koşulların oluşmasını destekler. Doğumdan sonra plazma prolaktin, gebelikteki seviyelerden daha alt seviyelere düşse bile emzirmenin uyarıcı etkisi prolaktin salgılanmasını artırır (Cunningham et al 2001).

Doğum sonu dönem, annede meydana gelen anatomik, fizyolojik ve hormonal değişikliklerin yanı sıra, bebek ve aile için de önemli fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Doğum sonu dönemde annenin, değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi, kendisi ve bebeğine bakabilmesi için gereken bilgi ve becerilere sahip olması beklenir. Anne duruma uyum sağlayabilmek için, fiziksel değişikliklerden kaynaklanan sorunlarla baş etmeye çalışır. Öte yandan aileye katılan yeni birey için yaşam tarzını ve ev ortamını yeniden düzenleyerek günlük aktivitelerini sürdürmek zorundadır. Bu süreç, esasen kadını zorlayan bir gelişimsel kriz dönemidir (Beji 2015; Güleç, Kavlak ve Sevil 2014). Gelişimsel krizler, patolojik olmayan, her insanın yaşamının bir döneminde karşılaşılabileceği bir durum olması nedeniyle kişinin kendini tanıması, değiştirmesi ve olgunlaşması yolunda dönüm noktalarıdır. Nitekim kriz kelimesi Latince’de “karar verme” anlamı taşımaktadır (Aydoğdu ve ark. 2012).

Çoğu kadın ve ailesi için doğum sonu dönemde karşılaşılan değişimler olgunlaşma sağlayan, aile bağları ve aile içi iletişimi geliştiren, yeni rollere kolaylıkla uyum sağlanan bir dönemdir. Bu süreçte özellikle ilk kez anne olan kadınlar için, bebeğin “uyuma süresi”, “ağlama nedeni”, “emzirme yeterliği” gibi konulardan kaynaklanan emosyonel kaygılar görülebilmektedir (Yıldız ve Albayrak 2014). Bu emosyonel kaygılar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, ağrı yaşama gibi fiziksel sorunlar nedeniyle zaman zaman şiddetlenebilmektedir (Güleç ve ark. 2014). Bu nedenle, değişen hormonal dengenin de etkisiyle doğum sonu dönem psikiyatrik hastalıkların başlaması ve alevlenmesi yönünden riskli bir dönem olarak kabul edilir. Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte yaşanan değişimlere kolaylıkla uyum

sağlarken, bazı kadınlar ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazıları da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik hastalıklar yaşayabilmektedir. Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, doğum sonu dönemde hayatın diğer dönemlerine göre ruhsal hastalıklar açısından daha fazla risk altındadır (Kocamanoğlu 2008).

Doğum sonu dönemde görülen ruhsal değişiklikler çoğu kadında hafif şiddette ve kısa süreli yaşanırken, bazı kadınlarda durum hastalık boyutuna ulaşabilmektedir. Bu ruhsal değişiklikler en hafiften en şiddetliye doğru; annelik hüznü (maternity blues), doğum sonu depresyon (postpartum depresyon) ve doğum sonu psikoz olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır. (Özdemir ve ark. 2008, Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000; Yılmaz ve Öncel 2009; Gürel ve Gürel 2000; Arslan A 2012). Bunlar;

**Annelik hüznü:** Doğum sonu 3. veya 4. gün görülmeye başlar. Görülme sıklığı % 30- 75'dir. Belirtiler saatler hatta günlerce sürebilir. Tedaviye gerek yoktur.

**Doğum sonu depresyon:** Doğum sonu ilk bir yıl içinde görülebilir. Görülme sıklığı %10-15'dir. Haftalar, aylar boyunca devam edebilir. Tedavi genellikle gereklidir.

**Doğum sonu psikoz:** Doğum sonu ilk iki hafta içinde görülebilir. Görülme sıklığı % 0,1-0,2'dir. Haftalar, aylar boyunca devam edebilir. Genellikle hastaneye yatış gereklidir (Stewart et al. 2003).

## 2.2. Annelik Hüznü

Annelik hüznü, Literatürde 19. yüzyılın sonlarında görülmeye başlamıştır. Laktasyon başlangıcı ile birlikte ortaya çıktığından, 1875 yılında Savage tarafından "süt ateşi (milk fever)" olarak adlandırılmıştır (Yalom et al. 1968). Aynı şekilde literatürde "üçüncü gün hüznü" olarak adlandırıldığı, uykusuzluk, huzursuzluk ve

kafa karışıklığı gibi geçici belirtiler gösteren bir hastalık olarak tanımlandığına ilişkin bilgiler bulunmaktadır (Gonidakis 2012).

Annelik hüznü, doğum sonu dönemde en yaygın görülen duygu durum bozukluğudur. “Doğum sonu hüznün (postpartum hüznün)” veya “bebek hüznü (baby blues)” olarak da bilinmektedir. Genellikle sıkıntılı ruh hali ve ağlama ile karakterize bir durum olup, doğum yapan kadınların %50- 85’ini etkilemektedir. Belirtiler doğumdan sonra birkaç gün içinde görülmeye başlamakla birlikte, en yoğun hissedildiği zaman, bazı kaynaklara göre üçüncü gün (Jawaher and all. 2014), bazı kaynaklara göre ise beşinci gündür (Erdem 2009). Görülme zamanının, doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinde ani düşüşle paralel seyretmesi, gelişiminde hormonal faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000).

Annelik hüznü yaşayan kadınlarda görülen belirtiler, eşine karşı düşmanca tutumlar, çabuk kızma, eleştiriye tahammül edememe, duygulanım bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, hafıza bozuklukları, bebek ile ilgilenmekten bunalma, anksiyete, irritabilite, kayıp, keder, çaresizlik duyguları, üzgün olma, ağlama, yorgunluk, uykusuzluk, enerji azlığı ve iştahsızlıktır (Erdem 2009; Kocamanoğlu ve Şahin 2011; Yüksekol, Arguvanlı ve Başer 2014; Copoğlu ve ark. 2015).

Annelik hüznü belirtilerinin genellikle herhangi bir tedavi gerektirmeden en geç iki hafta içinde kendiliğinden düzelmesi beklenir. Ancak yenidoğanda huzursuzluk, uyku ve emme sorunlarının olması, annenin hem kendi hem de bebek bakımı ile ilgili yeterince destek görmemesi belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Annenin yaşadığı bu durumun diğer aile üyeleri tarafından bilinmemesi, annenin davranışlarına anlam verilememesine neden olarak tüm aileyi olumsuz etkileyebilmektedir. Anneye nasıl yardımcı olacağını bilemeyen aile üyeleri çaresizlik ve suçluluk hisseder, dolayısıyla yoğun strese maruz kalır (Yılmaz ve Öncel 2009). Aile üyelerinin stres altında olması, durumun yanlış anlaşılmasına ve anneye yeterince destek olamamaya neden olur. Oysa yeterli düzeyde verilen sosyal destek, annenin tabloyla başa çıkmasını kolaylaştırır (Ardahan 2006). Pek çok çalışma sonucu, algılanan sosyal desteğin doğum sonu depresyon gelişimi üzerinde etkili olduğu göstermektedir (Glasser et al. 2000; Hutto et al. 2011; Gümüş ve ark. 2012; De Castro et al. 2015).

Bu dönemde hem annenin hem de ailenin, ebe ya da doğum sonu izlemleri yapan sağlık personelinin desteğine gereksinimi bulunmaktadır (Ardahan 2006). Sağlık personeli anne, eşi ve tüm aile üyelerini yaşanan bu durumun tedavi gerektirmeyen, geçici bir durum olduğu konusunda bilgilendirmelidir. Bebek bakımı konusunda annenin bilgi eksiklikleri ya da korkuları varsa gidermelidir. Eş ve diğer aile üyelerinin, anne-bebek bakımı konularında ve ev işlerinin yapılmasında yeterli destek sağlamasının annenin duygu durumunu korumak için önemi vurgulanmalıdır (Erdem 2009; Yüksekol ve ark. 2014; Copoğlu ve ark. 2015).

Doğum sonu dönemde anneye gevşeme ve stresle baş etme teknikleri öğretilmeli ve annenin uygulaması sağlanmalıdır (Yılmaz ve Öncel 2009). Primipar kadınlar üzerinde yapılan kontrol gruplu bir çalışmada, doğum sonrası uygulanan dini doktrinlerin annelik hüznünü önlemesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Akbarzadeh et al. 2015). Kore’de yapılan bir çalışmaya göre, doğumdan sonra anneye uygulanan müzik terapisinin annelik hüznünün önlenmesinde ve maternal bağlanma üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Lee 2010).

Sağlık personelinin bu rolleri yerine getirebilmesi için, annelik hüznünü ve baş etme yöntemlerini bilmesi gerekir. Türkyılmaz’ın yaptığı çalışmanın sonuçları, sağlık personellerinin annelik hüznü konusunda olumlu tutuma sahip olmakla birlikte, bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğunu göstermektedir (Türkyılmaz 2014).

Doğum sonu dönemde bazı kadınlarda, annelik hüznü bulgularının şiddetinin artması, süresinin uzaması, annelik rolüne uyum sağlayamama, sosyal destek sistemlerinin işlememesi ya da yetersizliği gibi nedenlerle belirtiler şiddetlenerek doğum sonu depresyon tablosuna dönüşebilmektedir (Erdem 2009; Copoğlu ve ark. 2015).

### **2.3. Doğum Sonu Depresyon**

Bu bölümde doğum sonu depresyonun tanımı ve önemi, görülme sıklığı, risk faktörleri, belirtiler, tanı ve tedavi yöntemleri anlatılacaktır.

### 2.3.1. Doğum Sonu Depresyonun Tanımı

Doğum sonu depresyon (DSD); doğumdan sonra ilk dört hafta içinde başlayan, psikotik olmayan, major depresif atak olarak tanımlanmaktadır (DSM-4). Doğum sonrası ilk bir yıl içinde ortaya çıkabilmekte ve uzun yıllar sürebilmektedir. McCall-Hosenfeld ve ark. (2016)'nın DSD seyrini belirlemek amacıyla, Pensilvanya'da 3006 primipar kadın ile yaptığı kohort bir çalışmada, kadınlar gebeliklerinin üçüncü trimesterinde, doğum sonu 1., 6. ve 12. aylarda telefon aracılığıyla EPDÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda, gebelik sırasında depresyonda olan kadınların doğum sonu ilk yılda depresyonda kaldıkları veya hafifçe iyileşme eğilimi gösterdikleri, ancak gebeliğin son trimesterinde depresyon saptanmayan kadınlardan bazılarının (%1,7) doğumdan sonraki 6. ayda depresif hale geldikleri ve birinci yılın sonunda depresif belirtilerinin artmış olduğu saptanmıştır. DSD anne, bebek ve aile sağlığını tehdit eden, ciddi sonuçları bulunan ve psikoza dönüşebilen yaygın bir bozukluk (Çelikel 2012; Bilgiç ve ark. 2015) olmakla birlikte homojen olmayan psikiyatrik bir hastalıktır. Depresyonun şiddeti, umutsuzluk, somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, anksiyete, düşmanlık, uyku bozukluğu düzeyi ve intihar düşüncesi, diğer tekrarlayan depresyon durumlarına göre değişebilmektedir (Kettunen, Koistinen and Hintikka 2014).

Doğum sonu depresyon, DSÖ (WHO; ICD-10) ve APA (DSM 4-5) tarafından tanımlanmıştır. Uluslararası hastalıkların sınıflandırılması olarak bilinen ICD-10 (International Classification of Diseases) doğum sonu depresyonu, doğum sonrası altı hafta içinde başlayan mental ve davranışsal bozukluk olarak tanımlamıştır. APA ise, psikiyatrik hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabında, doğum sonu depresyonu duygu durum bozuklukları içerisinde ele almakta ve postpartum başlangıç belirleyicisi olarak, doğum sonu dört hafta içerisinde epizodun başlaması olarak tanımlamaktadır (DSM-4). Güncellenen DSM-5'te ise doğum sonu depresyon, depresyon bozuklukları içerisinde ele alınmış ve başlangıcı gebelik ve doğum sonu 4 hafta olarak tanımlamıştır. Doğum sonrası depresyonun %50' sinin aslında gebelik döneminde başladığı belirtilmektedir. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek olan annelerin, doğum sonu depresyon ve kaygı düzeyleri de yüksek olmaktadır (Erdem ve ark. 2010). Ancak, yaygın görülen doğum sonu depresyon sadece gebelik ve doğum sonu 4 hafta gibi sınırlı bir zaman diliminde değil, doğumdan sonra ilk bir



yıl içinde herhangi bir zamanda da olabilir. Bu durumda ne yazık ki DSM-5 bu depresif belirtileri dikkate almamakta ve depresyonun prenatal veya postnatal başlangıçlı olduğu arasında herhangi bir ayırım yapmamaktadır (Stuart-Parrigon and Stuart 2014; Brummelte and Galea 2016).

DSD, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra başlamakla birlikte vakaların %80'inde depresyon ilk 6 hafta içinde sınırsızca gelişir. Belirtilerin düzelmesi doğumdan sonraki bir yıl hatta iki yıla kadar uzayabilmektedir (Özdemir ve ark. 2008).

### **2.3.2. Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı**

Gebelik ve doğum sonrası dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biri doğum sonu depresyondur (Fathi-Ashtiani et al. 2015). Doğum sonu depresyon kadınların yaklaşık %10-15'inde görülür (Patel et al. 2002; Gavin et al. 2005; Özdemir ve ark. 2008; Almond 2009; Sylvén et al. 2011; Brummelte and Galea 2016). Çalışmalar, DSD görülme sıklığının hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmesi, örneklem büyüklükleri, popülasyon özellikleri, tanı koyma araçları ve kesme puanlarının farklı olmasından dolayı değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Erdem ve Bucaktepe 2012). Ülkemizde Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak yapılan çalışmalara göre doğum sonrası depresyon sıklığı %12,5 –%51,3 arasında değişiklik göstermektedir (Çizelge 2.3.2.1).

Diğer ülkelere baktığımızda ise doğum sonu depresyon görülme sıklığının %9.1 ile %36.0 arasında değiştiği görülmektedir. DSD görülme sıklığı, Nepal'de %17.1 (Bhusal et al. 2016), Nijerya'da %10.7 (Uwakwe 2003) ve %27.2 (Ebeigbe and Akhigbe 2008), Brezilya'da %15.9 (Faisal-Cury et al.2004), Tayland'da %16.8 (Limlomwongse and Liabsuetrakul 2006) ve %11.0 (Pitanupong et al. 2007), Çin'de %17.3 (Xie et al.2007) ve%15.5 (Wan et al. 2009), Moğolistan'da %9.1 (Pollock et al. 2009), Hindistan'da %23.0 (Patel et al. 2002) ve doğumdan sonraki hafta %11.3, doğumdan 6 hafta sonra %15.8, doğumdan 14 hafta sonra %15.5 (Hegde al. 2012), Endonezya'da %22.4 (Edwards et al. 2006), Malavi'de %29.9 (Stewart et al. 2008), Bangladeş'de %22.0 (Gausia et al. 2009), Qatar 'da %17.6 (Burgut et al. 2013), İran'da %25.3 (Veisani et al. 2013), Ürdün'de %22.0 (Mohammad, Gamble and

Creedy 2011), Avustralya’da %16.1 (Woolhouse et al. 2014), Malezya’da 14.3 (Yusuff et al. 2015), Pakistan’da %36.0 (Husain et al. 2006), Suudi Arabistan’da %13,7 (Al-Modayfer, Alatiq, Khair and Abdelkawi 2015)’dir.

**Çizelge 2.3.2.1.** Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı

	Çalışmayı yapan kişi/ler	Çalışmanın Yılı	Çalışmanın Yeri	Örneklem Büyüklüğü	Örnekleme Alınma Aralığı	Görülme Sıklığı %
1.	Nur ve ark.	2004	Sivas	750	0-12 Ay	28,0
2.	Sünter ve ark.	2006	Samsun	380	8. Hafta	23,1
3.	Ayvaz ve ark.	2006	Trabzon	152	6-8. Hafta	28,1
4.	Aydemir	2007	İstanbul	183	0-12 Ay	30,6
5.	Özdemir, Marakoğlu ve Çivi	2008	Konya	242	2-6 Ay	19,4
6.	Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya	2009	Aydın	248	6-8. Hafta	12,5
7.	Efe, Taşkın ve Eroğlu	2009	Ankara	214	4. Hafta	23,4
8.	Kirpınar, Gözüm ve Pasinlioğlu	2010	Erzurum	479	1.Hafta ve 6.Hafta	17,0 ve 14,0
9.	Durukan ve ark.	2010	Ankara	708	2 Hafta- 18 Ay	15,0
10.	Çeber ve ark.	2010	İzmir	273	4-8. Hafta	22,0
11.	Ak	2010	Malatya	78	0-6 Ay	39,7
12.	Durat ve Kutlu	2010	Sakarya	126	4. Hafta	23,8
13.	Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt	2011	Erzincan	197	0-12 Ay	51,3
14.	Arslan D	2012	Mersin	250	0-12 Ay	28,4
15.	Gümüş ve ark.	2012	Çanakkale	221	0-12 Ay	26,2
16.	Arslan A	2012	Edirne	110	0-2 Ay	24,0
17.	Tahaoğlu ve ark.	2015	Diyarbakır	495	8. hafta	20,4

### 2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Etkileri

Doğum sonu depresyon anne, bebek, aile ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Doğum sonu depresif belirtiler annede ruhsal çökkünlük ve fiziksel enerji kaybına neden olmaktadır. Annenin aile, iş ve sosyal yaşamı olumsuz etkilenmekte ve yaşam kalitesi ciddi şekilde bozulmaktadır. Doğum sonu depresyonu olan annelerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Durukan ve ark. 2010; Zoreh et al. 2014). DSD, annede yarattığı davranışsal etkilerin yanı sıra algılama, anlama, hatırlama, öğrenme, bilme gibi zihinsel süreçleri de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yoğun anksiyete ve ümitsizlik duyguları oluşması annede intihar düşünceleri gelişmesine yol açabilir (Bilgiç ve ark. 2015; Wisner et al. 2013; Hirst and Moutier 2010). Bodnar-Deren ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada, doğum öncesi komplikasyonlar (OR = 4,681,% 95 CI = 1,99-10,99) ve depresif özgeçmişin (OR-3.780,% 95 CI = 1,514-9,441) doğum sonu dönemde görülen intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Doğum sonu depresyon, anne-bebek etkileşimini olumsuz yönde etkilemektedir. Doğum sonu depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelendiği bir çalışmada, doğum sonu depresyon puanı yüksek olan annelerin maternal bağlanma puanları düşük bulunmuştur (Üstgörül ve Yanikkerem 2014). Doğum sonu depresyon yaşayan annede bebekle bağlanma ciddi şekilde bozulduğundan, bebeğe zarar verme düşüncesi ve bunların eyleme dönüşmesi görülebilir. Bunun yanı sıra DSD'li annelerin çocukları, davranışsal, duygusal ve bilişsel güçlükler yaşamaktadır (Brummelte and Galea 2016; Erdem ve Bucaktepe 2012; Dennis et al. 2004; Freeman et al. 2005; Zhu et al. 2014; Conroy et al.2012). Doğum sonrası annede görülen depresyon, anne –bebek arasındaki bağı olumsuz etkileyebilmektedir. Doğum sonu 2 aylık bebeği olan anneler üzerinde yapılan bir çalışmada, EPDÖ ile doğum sonrası bağlanma ölçeği ve anne-bebek bağlanma ölçeği toplam skorları arasında orta düzeyde bir korelasyon olduğu ( $r=0.45$ ,  $p<0.01$ ;  $r=0.38$ ,  $p<0.01$ ) olduğu belirlenmiştir (Yalçın ve ark. 2014). Literatürde az gelişmiş ülkelerde annesi depresyonda olan bebeklerde, yaşamlarının ilk bir yılı içinde; düşük doğum ağırlığı, büyüme ve gelişme geriliği, yetersiz bağışıklama, düşük bilişsel gelişim ve ishaller hastalıkların sık görüldüğüne ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (Patel, DeSouza and Rodrigues 2003; Rahman et al. 2007).

Dönmez ve Bükülmez (2015)'in çalışmasında, doğum sonu depresyon açısından risk altında olan annelerin bebeklerini anne sütü ile besleme oranlarının azaldığı, besleme sürelerinin daha kısa olduğu ve bebeklerin kilo alımlarının diğerlerine göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir.

Aynı zamanda bağlanmanın bozulması annenin bebeği koruyucu önlemler almasını da azaltmaktadır. Örneğin anne elektrik prizlerini kaplama, araba koltuğu kullanma, bebeği için koruyucu sağlık önlemleri alma gibi davranışları daha düşük oranda ya da hiç göstermemektedir (McLennan and Kotelchuck 2000). Yamaoka, Fujiware ve Tamiya (2016)'nın Japonya'da yapılan çalışmada, bebeğini 3 veya 4 aylık izleme getiren (n=6534) annelerde EPDÖ ve kasıtlı olmayan yaralanma deneyimlerini sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, bebekte herhangi bir istem dışı yaralanma ve düşme ile doğum sonrası depresyon belirgin olarak ilişkilendirilmiştir.

Doğum sonu depresyon anne ve bebeğin yanı sıra babayı da etkileyebilen bir durumdur. Paulsan ve Bazemore (2010)'un, 28004 katılımcıyla yapılan toplam 43 çalışmayı inceledikleri meta analizde, babalarda DSD görülme sıklığını % 10 olarak bildirmektedir. Babalarda DSD, 3.- 6. aylar arasında görece olarak daha sık görülmektedir. Babanın doğum sonu depresyonu, annenin doğum sonu depresyonuyla orta derecede pozitif korelasyon göstermektedir. Çin'de ilk kez baba olanların doğum sonu depresyon yaşama ve semptomlarının incelendiği bir çalışmada, babalarda depresyon görülme oranı, doğum sonu 3. gün %21,1, 2 hafta sonra %20,4, 6 hafta sonra %13,6'dır. Semptomlar ise; babada ebeveyn olma yeterlilik duygusu, evlilikten memnuniyet ve annede depresyon belirtileri olarak belirlenmiştir (Zhang et al. 2016).

Görüldüğü gibi doğum sonu depresyon tüm aile üyelerini olumsuz etkileyen yapısıyla önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve titizlikle ele alınması gereken bir konudur (Bilgiç, Dağlar, Özkan ve Kadioğlu 2015).

#### 2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Belirtileri ve Tanı

Doğum sonu depresyon belirtileri doğumdan 2-3 hafta sonra ortaya çıkmakla birlikte, başlangıcı doğum sonu bir hatta iki yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar boyu sürebilen doğum sonu depresyon yavaş bir gelişme gösterir. Bu nedenle gözden kaçabilir ya da doğumla ilişkilendirilemeyebilir. DSD daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da kendiliğinden düzelir. DSD tekrarlama riskinin fazla olması nedeniyle özel bir öneme sahip olup, belirtiler genellikle depresyon belirtileriyle aynıdır (Marakoğlu, Özdemir ve Çivi 2009). Ancak depresyon belirtileri ile doğum sonu görülen bazı normal belirtiler arasındaki benzerlik çoğu zaman DSD tanısını güçlendirmektedir. Özellikle doğum sonu uyku bozuklukları, kilo kaybı, enerji kaybı, azalmış konsantrasyon veya kararsızlık durumlarının iyi sorgulanması gerekmektedir. Yeni doğmuş bir bebeğin gece sürekli huysuzlanması nedeniyle annenin uykusuz kalması ile 4 aylık bir bebeğin gece mışıl mışıl uyurken annenin uykusuz kalması aynı değerlendirilmemelidir. Enerji ve azalan konsantrasyon kaybı sıklıkla uykusuzluk sonucu görülür. Bu nedenle anne taranırken diğer hastalık ve normal durumların dışlanması, DSD tanısının doğru konması açısından oldukça önemlidir (Epperson 1999).

Beck (1993), doğum sonu depresyonu olan kadınların duygu ve düşüncelerini kontrol edemediklerini, hatta zaman zaman davranış kontrolünde bile yetersiz kaldıklarını belirtmektedir. Bu nedenle DSD’de asıl sorunun kontrol kaybı olduğu görüşünü savunmaktadır. Doğum sonu kadınların bu durumunu da “akıllılık ve delilik arasındaki ince bir çizgide yürüyüş” olarak tanımlamıştır.

APA, psikiyatrik hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabında (DSM-5) yeğin (majör) depresyon bozukluğu tanı ölçütlerini sıralamıştır. Buna göre, iki haftalık zaman dilimi içinde, aşağıda yer alan belirtilerden 5 (beş) ya da daha fazlasının bulunması ve işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması depresyon tanısı için yeterli olmaktadır. Tanı konulması için belirtilerden en az biri çökkün duygu durum, ilgisini yitirme ya da zevk alamama olmalıdır. Belirtilerin neredeyse her gün, günün büyük bölümünde ortaya çıkması, kişinin kendisi tarafından ifade edilmesi ya da başkalarının gözlemleriyle fark edilmesi gerekir. Bu belirtiler şunlardır:

1. Çökkün duygu durumu: Bu durum ya kişinin kendisi tarafından üzüntülü olmak, boşlukta hissetmek, umutsuzluk duygularıyla ifade edilir ya da durum başkaları tarafından gözlenir. Örneğin kişinin ağlamaklı görüntü içinde olmasının gözlenmesi
2. Etkinliklere karşı ilgisini kaybetme ya da zevk alamama
3. Kilo almak ya da vermek için herhangi bir diyet yapılmamasına karşın çok kilo kaybedilmesi ya da alınması (1 ay içinde ağırlığının %5'inden daha fazla olan değişiklik olması) ve yeme isteğinde artma ya da azalma
4. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
5. Ajitasyon ya da yavaşlama
6. Bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
7. Değersizlik hissi, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir).
8. Düşünmekte, odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Tekrarlayıcı intihar düşünceleri (DSM-5).

Doğum sonu dönemde depresyon yönünden risk altında olan annelerde ilk üç ay içerisinde en sık bildirilen fiziksel sağlık sorunları arasında yorgunluk, sırt ağrısı, meme problemleri, ağırlı perine ve idrar tutamama şikâyetlerinin olduğu bildirilmektedir (Woolhouse et al. 2014). Bu belirtilere ek olarak; ağlama, umutsuzluk, duygusal değişkenlik, suçluluk duyguları, bebek bakımında kendini yetersiz ve aciz hissetme, konsantrasyon ve hafızada bozulma, yorgunluk ve sinirlilik duyguları da görülür. Bazı kadınlar bebeğin sağlığı veya beslenme alışkanlıklarıyla ilgili aşırı endişe duyar. Kendilerini kötü, yetersiz veya sevgisiz anne olarak görebilir. Bebeğe zarar verme eğilimi içinde bulunabilir (Robinson et al.2001).

Şili'de yapılan bir çalışmaya göre, doğum sonu depresyonu olan annelerde en sık görülen belirtiler; intihar düşünceleri, uyku ve yeme bozuklukları, duygusal değişkenlik, anksiyete, güvensizlik, ruhsal bozulma, kendine zarar verme düşünceleri, suçluluk/ utanma duygularıdır (Quelopana, Champion and Reyes-Rubilar 2011).

Önemli komplikasyonların nedeni ile doğum sonu depresyon belirtilerinin erken dönemde fark edilmesi ve sorunun çözüme kavuşturulması büyük önem taşır. Bu nedenle özellikle doğum sonu ilk aylarda tüm anneler doğum sonu depresyon açısından taranmalıdır. Bunun için basit tarama araçları bulunmaktadır.

### 2.3.5. Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri

DSD nedeni tam olarak bilinmemektedir. Munoz, Agruss, Haeger ve Sivertsen (2006)'in aktardığına göre; Ulusal Ruh Sağlığı Derneği birbiri ile ilişkili üç faktörü DSD nedeni olarak açıklamıştır. Bunlar; hormonal dalgalanmalar, durumsal riskler ve yaşam stresleridir. Doğum sonu dönemde serotonin ve östrojen düzeylerinde görülen hızlı ve ani düşüş hormonal dalgalanmalar olarak nitelendirilir. Durumsal riskler ise, ailede ölüm, boşanma ve iş kaybı gibi sorunlar yaşanmasıdır. Gebelikteki yaşam stresleri ise; gebelikle birlikte değişmeye başlayan roller ve sorumluluklar, kariyer planlarındaki değişiklikler, eski rollerin kaybı ve özgürlüğün kısıtlanacağı düşüncesi, eş ilişkisi ve çözülmemiş sorunlar olarak özetlenebilir (Munoz et al. 2006).

DSÖ'nün doğum sonu depresyonla ilgili bülteninde yer alan ve pek çok meta analizin sonuçlarına dayanan bilgilere göre, doğum sonu depresyon için risk faktörlerini şu şekilde sıralayabiliriz;

- Cinsel istismar öyküsü,
- İşsizlik
- Düşük sosyo-ekonomik durum
- Düşük benlik saygısı,
- Aile ilişkilerinin kötü olması,
- Plansız gebelik,
- Gebeliğin sonlandırılıp sonlandırılmaması konusunda kararsızlık yaşama,
- Gebelik döneminde depresyon
- Gebelik döneminde anksiyete,
- Doğum sonu kronik stres,
- Depresyon öyküsü,
- Son zamanlarda stresli yaşam olayları,
- Evlilikten memnuniyetsizlik,
- Doğum ve gebelik komplikasyonları,
- Zorlayıcı bebek mizacı,
- Bebek bakımına ilişkin yaşanan yoğun stres,

- Algılanan ya da alınan sosyal destek eksikliği,
- Duygusal dalgalanmalar,
- Bilişsel değişiklikler,
- Biberon ile besleme,
- Evli olmama (Beck 2002; Stewart at al. 2003; Silverman and Loudon 2010; Werner et al. 2015).

Beck (2001) tarafından yapılan bir meta analizde ise, DSD risk faktörleri; prenatal depresyon ve anksiyete, düşük benlik saygısı, çocuk bakımı ve yaşamla ilişkili stresler, sosyal destek eksikliği, olumsuz evlilik ilişkileri, depresyon öyküsü, zor bebek, evli olmama, düşük sosyo-ekonomik durum ve plansız istenmeyen gebelikler olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına göre, doğum sonu depresyon risk faktörleri Çizelge 2.3.5.1’de verilmiştir. Çizelgede görüldüğü üzere ülkemizde doğum sonu depresyon ile ilişkili en yaygın nedenler, düşük sosyoekonomik durum, özgeçmişte veya soy geçmişte depresyon öyküsü, premenstrüel sendrom, gebelikte ya da doğum sonu dönemde depresyon öyküsü, olumsuz aile ilişkileri ve aile içi şiddete maruz kalmak, gebeliğin planlanmamış olması, bebeğe ait sağlık sorunları ve gaz problemleri, doğum korkusu ve travmatik doğum öyküsü ve sosyal destek eksikliği olarak özetlenebilir.

**Çizelge 2.3.5.1. Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri**

	Kişi/ler Yıl	Örneklem(n)	Saptanan Risk Faktörleri
1.	Sünter ve ark. (2006)	380	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal güvencenin olmaması,</li> <li>• Annede ve ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü,</li> <li>• Vajinal yolla doğum yapmak</li> <li>• Kötü evlilik ilişkisi,</li> <li>• Eşin eğitim seviyesinin düşük olması</li> </ul>
2.	Ayvaz ark. (2006)	152	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doğum sonu depresyon öyküsü,</li> </ul>



**Çizelge 2.3.5.1. Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri (Devam)**

	<b>Kişi/ler Yıl</b>	<b>Örneklem (n)</b>	<b>Saptanan Risk Faktörleri</b>
<b>3.</b>	Orhon, Ulukol ve Soykan (2008)	103	<ul style="list-style-type: none"><li>• Annelerin işsiz olması,</li><li>• Gebelik sırasında sağlık sorunu öyküsü,</li><li>• Gebelikte depresyon öyküsü</li><li>• Doğum komplikasyonları,</li><li>• Bebeğe ait sağlık sorunları ve gaz problemi</li></ul>
<b>4.</b>	Özdemir, Marakoğlu ve Çivi (2008)	242	<ul style="list-style-type: none"><li>• Düşük gelir,</li><li>• Doğum sonu ruhsal sorun yaşama öyküsü,</li><li>• Doğum öncesi izlem sayılarının yetersizliği,</li><li>• Eş/ailenin cinsiyet konusunda ön yargı ve saplantıları</li><li>• Doğum öncesi verilen bakımın niteliği</li></ul>
<b>5.</b>	Efe ve ark. (2009)	214	<ul style="list-style-type: none"><li>• İstenmeyen gebelikler,</li><li>• Gebeliği sırasında yeterli destek alamama,</li><li>• Anne olarak kendini yeterli görmeme,</li><li>• Doğum sonu meme sorunları yaşama.</li></ul>
<b>6.</b>	Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya (2009)	248	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geniş ailede yaşama ve aile içi stres</li><li>• Sorunlu evlilik ve eş şiddeti</li><li>• Gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşama,</li><li>• İstenmeyen gebelik,</li><li>• Eşi ya da kendi ailesi ile kötü ilişkiler, kötü arkadaş ilişkileri</li></ul>
<b>7.</b>	Durukan ve ark. (2010)	708	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelik yaşı,</li><li>• Gebelikte ruhsal sorun, huzursuzluk, endişe öyküsü</li><li>• Premenstrüel sendrom,</li><li>• Ailede depresyon/PPD öyküsü,</li><li>• Geçirilmiş depresyon/ PPD öyküsü,</li><li>• Evlilikten memnuniyet durumu,</li><li>• Bebeğinin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünmek,</li></ul>
<b>8.</b>	Kirpınar, Gözüm ve Pasinlioğlu (2010)	469	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte psikiyatrik öykü,</li><li>• Kötü evlilik ilişkisi,</li><li>• Sağlık güvencesinin olmaması,</li><li>• Gebelikten korunmak için kontrasepsiyon kullanmama</li></ul>
<b>9.</b>	Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu (2012)	183	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikiyatrik özgeçmiş,</li><li>• Premenstrüel sendrom,</li><li>• Olumsuz evlilik ilişkileri ve aile içi şiddet yaşama</li><li>• Eşin çalışmaması- işsiz olma,</li><li>• Planlanmamış gebelik,</li><li>• Doğumda sağlık sorunu yaşama,</li><li>• Bebeekte sağlık sorunu olması ve bebeği emzirmeme,</li></ul>
<b>10.</b>	Göker ve ark. (2012)	318	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte aşırı bulantı-kusma,</li><li>• Depresyon öyküsü,</li><li>• Ev hanımı olma,</li></ul>

**Çizelge 2.3.5.1. Ülkemizde Yapılan Çalışmalara Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri (Devam)**

	<b>Kişi/ler Yıl</b>	<b>Örneklem (n)</b>	<b>Saptanan Risk Faktörleri</b>
<b>11.</b>	Gümüş ve ark. (2012)	221	<ul style="list-style-type: none"><li>• Düşük eğitim ve gelir düzeyi, işsizlik</li><li>• Depresyon öyküsü ya da ailede depresyon öyküsü,</li><li>• Alkol kullanma,</li><li>• Eş ile olumsuz ilişki,</li><li>• Plansız gebelikler,</li><li>• Vajinal doğum,</li><li>• Gebelik öncesi premenstrüel sendrom,</li><li>• Gebelikte doğum korkusu yaşama,</li><li>• Doğum sonrası sorun yaşama,</li><li>• Bebeğin cinsiyetinin erkek olması,</li><li>• Bebeği emzirmeme,</li><li>• Bebeğin sağlığı sorunu varlığı</li><li>• Yetersiz aile desteği.</li></ul>
<b>12.</b>	Karabulut (2014)	211	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum korkusu,</li><li>• Öz ve soy geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü,</li><li>• Gebelik ile ilgili memnuniyetsizlik,</li><li>• Cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi</li><li>• Doğumla ilgili endişe,</li><li>• Doğum sonrası kendine zaman ayıramama endişesi,</li><li>• Doğum sonu eş ile ilişkisini bozulacağı endişesi,</li><li>• Annelik rolüne uyum sağlayamama,</li></ul>
<b>13.</b>	Türkçapar ve ark. (2015)	540	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum sonu depresyon öyküsü,</li><li>• Aile içi şiddete maruz kalma,</li><li>• Psikiyatrik öykü,</li><li>• Plansız gebelik,</li><li>• Premenstrüel sendrom,</li></ul>

DSD ile ilişkili risk faktörlerini araştıran uluslararası alanda yayınlanmış bazı araştırmaların sonuçları Çizelge 2.3.5.2’de özetlenmiştir. Buna göre DSD risk faktörlerini düşük eğitim seviyesi, plansız gebelik, gebelikte depresyon, genç annelik, sosyal destek eksikliği, bebek bakımına yönelik stresler, depresyon öyküsü, sigara, evlilikten ve eşten memnuniyetsizlik olarak özetlemek mümkündür.

**Çizelge 2.3.5.2. Uluslararası Yayınlar Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri**

	<b>Kişi/ler ve Yılı</b>	<b>Örneklem (n)</b>	<b>Saptanan Risk Faktörleri</b>
<b>1.</b>	Glasser et al. (2000)	288	<ul style="list-style-type: none"><li>• Düşük eğitim seviyesi,</li><li>• Sosyal destek eksikliği,</li><li>• Evlilik uyumsuzlukları,</li><li>• Gebelik depresyonu,</li><li>• Geçirilmiş duygusal sorunlar,</li><li>• Sosyo-ekonomik sorunlar,</li><li>• Bebekte uzun süre sağlık sorunları olması,</li></ul>
<b>2.</b>	Agoub, Moussaoui and Battas (2005)	144	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte stresli yaşam olayları,</li><li>• Bebeğin sağlık sorunları,</li><li>• Kötü evlilik ilişkisi</li></ul>
<b>3.</b>	Freeman et al. (2005)	172	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sigara içmek,</li><li>• Ailede ruh sağlığı öyküsü</li></ul>
<b>4.</b>	Bjerke et al. (2008)	207	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 yaşından büyük olma,</li><li>• Bekâr olma,</li><li>• Depresyon öyküsü,</li><li>• Eşe bağlanmama ya da kısmen bağlanma,</li><li>• Geçmişte üzücü yaşam olayı yaşama,</li></ul>
<b>5.</b>	Bloom et al. (2010)	4941	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plansız gebelik,</li><li>• Preeklampsi ve tromboz,</li><li>• Gebelikte hastaneye yatma ve hastanede doğum,</li><li>• Acil sezaryen,</li><li>• Fetal distres şüphesi ve mekonyumlu bebek,</li><li>• 5.-7. Dk Apgar skorunun düşük olması,</li><li>• Bebeğin hastanede yatması</li></ul>
<b>6.</b>	Hutto et al. (2011)	61	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte depresyon,</li><li>• Düşük benlik saygısı,</li><li>• Yetersiz sosyal destek,</li><li>• Düşük gelir,</li><li>• Sigara içmek</li></ul>
<b>7.</b>	Mohammad, Gamble and Creedy (2011)	353	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte depresyon,</li><li>• Plansız gebelik,</li><li>• Eşin ailesi ile olumsuz ilişkiler,</li><li>• Genel bakım memnuniyetsizliği,</li><li>• Stres ve sosyal destek eksikliği,</li><li>• Kız bebek</li><li>• Doğum sırasında bebeği doğurma konusundaki duygusal baskı,</li><li>• Algılanan düşük ebeveynlik bilgisi</li></ul>
<b>9.</b>	Quelopana, Champion and Reyes-Rubilar, (2011)	163	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genç annelik</li><li>• Gebelik hakkında olumsuz düşünceler,</li><li>• Çocuk bakımında yetersiz sosyal destek,</li><li>• Yetersiz duygusal destek,</li><li>• Sigara kullanımı</li></ul>
<b>10.</b>	Hegde et al. (2012)	150	<ul style="list-style-type: none"><li>• Multiparite,</li><li>• Sosyal destek yetersizliği,</li><li>• Stresli yaşam olayları</li></ul>

**Çizelge 2.3.5.2.** Uluslararası Yayınlar Göre Doğum Sonu Depresyon Risk Faktörleri (devam)

	<b>Kişi/ler ve Yılı</b>	<b>Örneklem (n)</b>	<b>Saptanan Risk Faktörleri</b>
<b>11.</b>	Burgut et al. (2013)	1379	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eğitim seviyesinin düşüklüğü,</li><li>• Akraba evlilikleri,</li><li>• Sağlık hizmetlerine ulaşım-erişim,</li><li>• Plansız gebelik,</li><li>• İnfertilite öyküsü,</li><li>• Küretaj geçirmiş olmak</li><li>• Sezeryan ile doğum,</li><li>• Gestasyonel diyabet ve kalp hastalığı,</li></ul>
<b>12.</b>	Gaillard et al. (2014)	264	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte depresyon</li><li>• Göçmen statüsü,</li><li>• Eşten fiziksel şiddet görme,</li><li>• Doğum sonrası fiziksel komplikasyonlar</li></ul>
	Al-Modayfer et al. (2015)	571	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte cazibe kaybı düşüncesi,</li><li>• Erken doğum,</li><li>• Gebeliğin kötü geçmesi ve stres yaşama,</li><li>• Aile içi şiddet,</li><li>• Psikiyatrik öykü</li></ul>
<b>13.</b>	Yusuff et al. (2015)	2072	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikte depresyon,</li><li>• Bebek bakımı konusunda eşten yetersiz destek,</li><li>• Evlilikle ilgili memnuniyetsizlik,</li><li>• Bebekle ilgili sürekli endişelenme</li></ul>
<b>14.</b>	De Castro et al. (2015)	604	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sosyal destek eksikliği,</li><li>• Plansız gebelik,</li><li>• Depresyon öyküsü,</li><li>• Gebelikte eş şiddetine maruz kalma,</li></ul>
<b>15.</b>	Al-Modayfer, Alatiq, Khair and Abdelkawi (2015)	571	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikiyatrik öykü,</li><li>• Sağlıksız gebelik,</li><li>• Erken doğum</li></ul>
<b>16.</b>	McCall-Hosenfeld et al. (2016)	3006	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 yaş ve altında olmak,</li><li>• Evli olmamak,</li><li>• Düşük eğitim seviyesi,</li><li>• Düşük sosyo-ekonomik durum,</li><li>• Sosyal destek eksikliği</li><li>• Anksiyete veya depresyon öyküsü</li></ul>

Literatürde, doğum sonu depresyonun risk faktörlerini belirlemeye yönelik bu çalışmaların yanı sıra, DSD üzerinde spesifik etkileri araştıran çalışmalar da bulunmaktadır.

Erdoğan ve ark. (2014)'nın, üç aydan küçük bebeği olan anneler üzerinde yaptıkları çalışmanın sonuçları, bebeği infantil kolik olan annelerin olmayanlara oranla doğum sonu depresyon görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Yine başka

bir çalışmada günde 20 dakikadan fazla ağladığı bildirilen ve kolikli olan bebeklerin annelerinde doğum sonu depresyon oluşma ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Radesky et al. 2013).

Kuçer ve Keleş (2009), sigara içme ve gebelikteki bazı sorunların, doğum sonu ilk ve 60. günlerdeki depresif belirtiler gösterme üzerine etkisini incelemiş, gebelikte sigara içen, zor doğum ya da sezaryenle doğum yapan kadınlarda, doğum sonu ilk gün 60. güne göre depresyon belirtilerinin daha yüksek düzeyde görüldüğü belirlemiştir

Hong Kong'da yaşayan Çinli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, doğum sonu dönemde geleneksel uygulama yapmayan kadınların daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Lee et al. 2009).

Watanebe ve ark. (2008)'nin Japon kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, annelik hüznünün doğum sonu depresyonun güçlü bir belirleyicisi olduğu bildirilmektedir.

Babalık izni ve çocuk bakımına baba katılımının annede görülen doğum sonu depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, babalık izninin annede görülen doğum sonu depresyon üzerinde koruyucu bir etkisi bulunmamıştır. Ancak, bebek bakımına yönelik aile katılımı eksikliğinin annede görülen DSD yoğunluğu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Sejourne et al. 2012).

Miller, Peri ve Gossett (2016)'in diyabet ile DSD arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma sonucunda, gebelikte ortaya çıkan diyabetin DSD sıklığını etkilemediği ancak, gebelik öncesi var olan diyabetin DSD riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Doğum sonu depresyonla ilişkili sosyal etkenlerin araştırıldığı bir çalışmada, doğum sonu depresyonun kişilerin geliri ve doğum memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Doğum memnuniyetsizliğinin nedeni ise, doğum planları ve anneye bakım veren kişilerin yetersiz destekleri olarak belirlenmiştir (Benoit et al. 2007).

Malezya'da yapılan prospektif bir çalışmada tam emzirme ile doğum sonu depresif belirtiler arasında zıt bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Mohamad Yusuff et al. 2015). Benzer şekilde Dönmez ve Bükülmez (2015)'in yaptıkları çalışmada, doğum sonu depresyon yönünden risk altında olan annelerin bebeklerini emzirme

sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Pope ve ark. (2016)'nın Kanadalı anneler üzerinde yaptıkları çalışmada ise emzirme girişimi ve süresinin doğum sonu depresyon ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir. Araştırmacılar tarafından bildirilen emzirme ve doğum sonu depresyon arasındaki ilişkinin aslında alternatif risk faktörlerine bağlı olabileceği yorumu yapılmaktadır (Pope et al. 2016).

Balıkçı ve Balıbey (2012)'in bir olgu sunumunda, anne sütünü artırmak amacıyla doğum sonrası düzenli olarak metoklopramid (metpamid) kullanılmasının doğum sonu depresyona neden olduğu ve ilacın kesilmesinin ardından hastanın birinci ayın sonunda düzeldiği bildirilmiştir.

Üreme tedavilerinin, DSD üzerine etkisini inceleyen çalışmalar, aradaki ilişkinin belirsiz olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalar yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan annelerin doğum sonu depresyon için riskli grup olduğunu belirtirken, bazı çalışmalarda riskin diğer annelerden farklı olmadığı yönünde sonuçlar bulunmuştur (Seven ve Akyüz 2013). Bir olgu sunumunda, on yıl infertilite tedavisi gördükten sonra invitro fertilizasyon (IVF) yöntemiyle gebe kalan bir annenin, doğum sonu depresyon nedeniyle 18 günlük bebeğine şiddet uyguladığı bildirilmektedir (Dallar ve ark.2010). Bu nedenle yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan annelerin doğum sonu depresyon gelişme riskine karşı daha dikkatli takip edilmesi gerekmektedir.

### **2.3.6. Doğum Sonu Depresyon Tarama**

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) (2015), gebelik döneminde en az 1 kez olmak üzere doğum sonu ilk 1 yıl içinde annelerin güvenilir ve objektif tanılama yöntemleri kullanılarak rutin taranmasını önermektedir. Sistematik bir incelemede de, tarama araçlarının daha ileri değerlendirmeye ve tedaviye ihtiyaç duyan gebe ve doğum sonrası kadınları belirleyebileceğini, kadınların depresyon açısından taranmasının, kadınlarda depresif belirtileri ve depresyon görülme sıklığını azaltabileceğini gösteren doğrudan ve dolaylı kanıtların olduğu bildirilmektedir (O'Connor et al. 2016). Doğum sonu depresyonu belirlemek için, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan basit tarama araçları bulunmaktadır. Bu

araçlar; Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)'dir (Karaçam ve Kitiş 2008; Hisli 1988; Engindeniz, Küey, ve Kültür 1996; Erdem2009).

***Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ):*** DSM-IV kriterlerine göre Beck ve Gable (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirliği Karaçam ve Kitiş (2008) tarafından yapılmıştır. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) her boyutunda 5 madde bulunan, 7 boyutlu, 5'li likert tipli (1-5), toplam 35 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte yer alan her madde annenin doğumdan sonraki duygularını tanımlar ve kendisi tarafından doldurulur. Ölçeğin doldurulmasında kadından, her madde için, son iki haftadan itibaren yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği cevabı (sayıyı) daire içine alması istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar, 35-175 arasındadır. Majör depresyonu belirlemede DDTÖ'nin kesme puanı 65'tir. DDTÖ'nin Türkçe'de Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.94'dür (Karaçam ve Öner 2008; Karaçam ve Kitiş 2008).

***Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):*** Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, Hisli (1988) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve ülkemizde yapılan pek çok çalışmada kullanılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona yönelik belirtilerinin düzeyini ve şiddetini sorgulayan 21 maddeden oluşur. Değerlendirmede her madde 0 ile 3 arasında bir puan almakta ve her maddeden alınan puanların toplanması ile toplam depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. BDÖ'den, 17 ve üstünde puan alanlar depresyon tanısı almaktadır. Buna göre ölçeğin %90'dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirlenmiştir (Hisli 1988).

***Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ):*** Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen, Edinburg Doğum sonu Depresyon ölçeği (EPDÖ)'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Doğum sonu dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı bir ölçektir. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3

şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler ters (3,2,1,0)olarak puanlanmaktadır. EPDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir. EPDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.79'dur (Engindeniz ve ark. 1996; Erdem 2009). McCabe-Beane ve ark. (2016)'nın 1516 anne ile yaptıkları çalışmada, EPDÖ ile depresyonun şiddetini ölçmek için ölçek kesme puanlarını belirlemiştir. Buna göre EPDÖ puanı 0-6puan olanlar depresyon yok ya da çok az, 7-13 puan olanlar hafif depresyonda, 14-19 puan olanlar şiddetli depresyonda olarak değerlendirilmiştir.

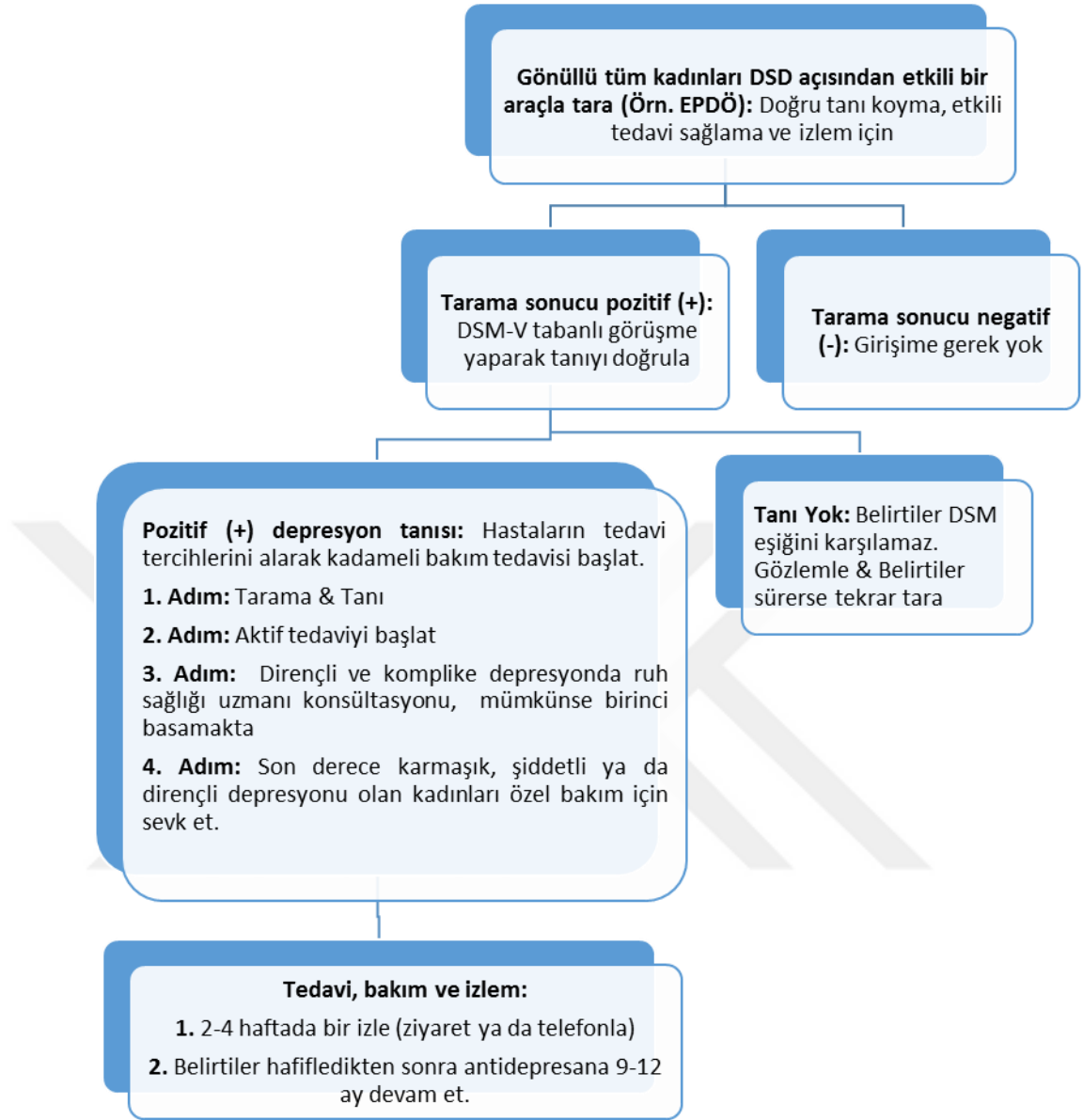
### **2.3.7. Doğum Sonu Depresyon Tedavisi**

Doğum sonu depresyonun tedavi edilmesi için belirtilerin erken tanınması önemli bir konudur. Çünkü erken dönemde tanı konulup tedaviye başlanılmadığı durumlarda belirtiler kronikleşeceğinden, kişi tedaviye dirençli bir hale gelebilir. DSD tedavisinde öncelikle Sheen sendromu, hipotroidizm gibi benzer bulgular gösteren hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bunun için doğum sonu depresyon belirtileri gösteren tüm kadınlardan ayrıntılı anamnez alınmalı, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleri dikkatli bir biçimde yapılmalıdır (Marakoğlu ve ark. 2009).

Gjerdigen, Katon ve Rich (2008), birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar için kademeli bakım tedavi modelini önermiştir (**Şekil.1**). Kademeli bakım modeli, depresyon tedavisi için bir işbirliği şekli olup, DSD'nin teşhisi ve klinik sonuçların iyileştirilmesinde maliyet etkin pratik bir yöntemdir. Bu bakım modelinde kadın ile zaten birlikte olan sağlık çalışanlarının (aile hekimi, kadın doğum hekimi, ebe, hemşire, pediatrist vb), doğum sonu dönemde olan ya da sağlam çocuk izlemleri yapılan gönüllü tüm annelerin DSD açısından, uygun teşhis, etkili tedavi ve tedavi sonrası izlem için bulunduğu yerde taranması önerilmektedir.

Modelde, tarama yapılan kadınlarda sonuç pozitif çıktığında, tanıyı doğrulamak için DSM-IV (güncellenmiş sürümü; DSM-V) kriterlerine dayalı görüşme yapılması istenmektedir. Görüşme sonunda belirtiler kadın tanı almadıysa, belirtiler gözlemlenmeye devam edilir ve tarama tekrarlanır. Kadın depresyon tanısı aldı ise; hastanın da tedavi tercihleri dikkate alınarak kademeli bakım tedavisi başlatılır.





**Şekil 1.** Gjerdingen, Katon and Rich (2008)'in Kademeli Doğum Sonu Depresyon Bakım Modeli (Gjerdingen, Katon and Rich (2008)'in aynı adlı modelinden alıntılanmıştır.)

**Adım 1:** Sağlık çalışanları güvenli ve uygun bir araçla her aşamada (teşhis, tedavi, tedavi sonrası izlem) kadını taramalı ve eğitim vermelidir. Bu eğitim, taramanın yapıldığı zamana ve duruma göre; hastalığın yapısı, süresi, etkili tedavi yöntemleri, tedavinin yan etkileri, beslenme, egzersiz, dinlenme gibi yaşam şekli değişiklikleri gibi konular içermelidir.

**Adım 2:** Kadın tüm tedavi seçeneklerinin fayda ve riskleri, psikoterapinin etkililiği ve güvenliği, antidepresan ilaçların göreceli güvenliği ve zararları ile tedavi

edilmeyen depresyonun anne ve bebek üzerindeki etkileri konusunda eğitildikten sonra hastanın da tercihleri dikkate alınarak tedavi planı yapılmalı ve uygun tedavi sağlanmalıdır.

**Adım 3:** Dirençli ve komplike depresyon varlığında, mümkünse birinci basamakta ruh sağlığı uzmanı konsültasyonu sağlanmalıdır.

**Adım 4:** Son derece karmaşık dirençli ve komplike durumlarda (bipolar ya da psikotik bozukluk, şiddetli kişilik bozuklukları, madde kullanımına başlama, intihar riski vb.) sürekli mental bakım için özel merkeze sevk sağlanmalıdır.

Kademeli bakım tedavisi uygulanan hastalar mutlaka izlenmelidir. İzlemler ziyaret ya da telefon ile arama yoluyla yapılabilir. İzlemler sırasında intihar düşüncesi, tedaviye uyum ve yan etkiler gözlemlenmeli, eğitim verilmeli ve hasta desteklenmelidir. Genellikle antidepresan veya psikoterapi uygulanan hastalar 6-8 hafta içinde tedaviye yanıt verecektir ancak antidepresanlara 9-12 ay devam edilmelidir (Gjerdingen, Katon and Rich 2008).

DSD’de etkili tedaviler; bireysel ya da grup psikoterapi, ev ziyaretleri ve selektif serotonin geri alım inhibitörleriyle (SSRI) ilaç tedavisidir. Annede gebelik döneminde önemli fizyolojik değişikliklerin yaşanması, ilaçlar ve dış etkenlere karşı duyarlılık gelişmesine yol açar. Öte yandan ilaçların bileşiğindeki birçok madde sütle anneden bebeğe geçer. Bu maddelerin, bebeğin gelişmekte olan sinir sistemi ve davranışları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle, psikoterapi ilk başvurulması gereken birinci basamak tedavi olarak kabul edilmelidir (Stuart, O’Hara and Gorman 2003; Songar, Balcıoğlu ve Kocabaşoğlu 1993).

Güncellenmiş bir Cochrane sistematik incelemesi, psikososyal ve psikolojik müdahalelerin postpartum depresyon gelişme riskini % 22 oranında azaltabileceğini ve kadınların yaşadığı sosyal çevrenin önemini vurgulamasını önermektedir (Dennis and Dowswell 2013).

Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri; anneliğe geçiş, evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek konuları üzerine odaklanmalıdır. Eş desteğinin sağlanabilmesi ve DSD’nin babalarda da görülebilmesi nedeniyle, terapilere eşlerin birlikte katılması önemlidir. Özellikle ilk doğumunu yapmış

anneler, bebek bakımı ve diğer konularda bilinçlendirilmeli, aile ve sağlık çalışanlarının geniş anlamda sosyal desteği sağlanmalıdır (Beyca 2009). Doğum sonu depresyonu olan annelerin tedavi sürecinde bebeklerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinim duyduğu bu dönemde anne ve bebeğin, nitelikli bir gözlem ve destek sağlanarak bir arada tutulmaları önemli bir konudur (Marakoğlu ve ark. 2009).

Literatürde DSD'nin tedavisinde kullanılan, bazı tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin de etkili olduğu bildirilmektedir. Birçok ülkede ebeler, uygulamaları sırasında masaj, müzikoterapi gibi tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) yöntemlerini kullanılabilmektedir. Ebelerin gerektiğinde bu talebi karşılayabilmesi, kadınları bilgilendirebilmesi ve danışmanlık yapabilmesi için TAT konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir. En yaygın kullanılan alternatif ve tamamlayıcı tedaviler arasında besin ve bitkisel tedaviler, aromaterapi, egzersiz, masaj, akupunktur, parlak ışık terapisi, dua etme ve homeopatidir (Bilgiç, Dağlar, Özkan ve Kadioğlu 2015).

Bazı vitaminler, mineraller ve diğer besin eksiklikleri bazı kadınlarda doğum sonrası depresyona neden olabileceğini, diyet takviyeleri ile bu eksikliğin düzeltilmesi ile doğum sonrası depresyon engellenebilir. Doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik olası diyet takviyeleri örnekleri omega-3 yağ asitleri, demir, folat, s-adenozil-L-metiyonin, vitamin B12 (kobalamin), B6 (piridoksin), B2 (riboflavin), D vitamini ve kalsiyum içerir. Randomize kontrollü çalışmaların meta analizine göre, doğum sonu depresyonun önlenmesi için herhangi bir diyet takviyesi tavsiye etmek için yeterli kanıt bulunmamaktadır (Miller et al. 2013).

Şeyh ve ark. (2015)'nin yaptıkları araştırma sonuçlarında, doğum sonu erken demir takviyesinin demir depolarını dolduracağı ve doğum sonu 6 haftada % 42.8 oranında doğum sonu depresyonu iyileştireceği bildirilmektedir.

Hidayati, Barliyanto ve Baktiyani (2014)'nin yaptıkları çalışmada, EPDÖ'ye göre doğum sonu depresyonu olan kadınlarda endorfin masajının,  $\beta$ -endorfin seviyesini arttırdığı ve EPDÖ puanını ciddi oranlarda düşürdüğü belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre, endorfin masajı doğum sonu depresyon için alternatif bir tedavi yöntemidir. Aynı şekilde bir meta analizin sonuçları, egzersizin, doğum sonu

depresyon için bir tedavi yöntemi olduğunu doğrulamaktadır (Daley, Jolly and MacArthur 2009).

Gregoire ve ark. (1996)'nın transdermal östrojenin doğum sonu depresyon üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, transdermal östrojenin DSD için etkili bir tedavi yöntemi olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada emzirme sırasında transdermal östradiol tedavisi uygulanmasının bebeğin büyüme ve gelişimini etkilemediği bildirilmektedir (Pinheiro et al. 2016).

Mokhber ve ark. (2011)'nin gebelikte selenyum takviyesinin doğum sonu depresyon üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla İran'da yaptıkları çift kör ve plasebo kontrollü randomize kontrollü çalışmada, gebeliğin ilk 3 ayında olan gebeler çalışma grubu ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış ve çalışma grubundaki gebelere 100 mg selenyum takviyesi (n=83) yapılırken, kontrol grubundaki gebelere plasebo verilmiştir (n=83). Her iki grup doğum sonu 8. Haftada DSD yönünden değerlendirilmiş olup, çalışma grubunun depresyon puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,07).

Wisner ve ark. (2004)'ü randomize kontrollü bir çalışmada, en az bir doğum sonu majör depresyon öyküsü olan 14 gebe çalışma grubu, depresif olmayan 8 gebe kontrol grubu olarak atanmış ve doğumdan hemen sonra başlayarak 17 hafta boyunca çalışma grubuna sertalin (SSRI), kontrol grubuna plasebo uygulanmıştır. 20 haftanın sonunda Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirilen kadınlardan sertalin (SSRI) uygulananların %7'sinde, plasebo uygulananların %50'sinde DSD gelişmiştir. Araştırma bulgusuna göre, yüksek riskli kadınlarda Sertalin (SSRI) tedavisinin doğum sonu dönemde profilaktik olarak başlanmasının DSD gelişimini önlemede etkili olduğu bildirilmiştir.

Antidepresan ilaçlar doğum sonu depresyon belirtilerinin bastırılmasında etkilidir. Ancak emzirme döneminde ilaç kullanım güvenliğine dair kanıtlar yetersizdir. Bu nedenle DSD için, standart bir tedavi protokolü oluşturulamamaktadır (Epperson et al. 2003). Bu durumda antidepresan kullanımı ya emzirme dönemi sonrasına bırakılır ya da emzirme döneminde çok dikkatli bir şekilde kullanılır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008). İlaç tedavisine karar verilirken hastalığın şiddeti,

tedavi seçenekleri, olası yan etkileri, riskleri hastaya ve ailesine anlatılarak onayları alınmalıdır. Aynı zamanda hastalığın tedavi edilmediği durumlarda oluşabilecek riskler hakkında da bilgi verilmelidir (Beyca 2009).

#### **2.4. Doğum Sonu Psikoz**

Doğum sonu psikoz, ağır depresif duyguların yaşandığı, varsanı ve sanrılarının görüldüğü en şiddetli duygu durum bozukluğudur. Doğum sonu 2-4 hafta içinde, ani ve şiddetli bir şekilde başlar. Doğum yapmış kadınların yaklaşık binde 1-2'sinde görülür. Sıklıkla doğum sonu birkaç günde ortaya çıkmakla birlikte doğum sonu ilk 30 gün riskli dönem olarak bildirilmektedir (Rai, Pathak and Sharma 2015; Kesebir ve Aksoy 2010).

Doğum sonu psikozun diğer psikozlardan farkı, duygu durumdaki labilite, artmış aktivite düzeyi, dikkati sürdürmede güçlük ve konfüzyon tablosudur. Doğum sonu psikoz açısından, bipolar bozukluğu olan kadınlar ile doğum sonu psikoz öyküsü olan kadınlar yüksek risk altındadır (Wesseloo et al.2015). Özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlar, en önemli risk grubunu oluşturmaktadır. Bunu ailede bipolar bozukluk öyküsü olanlar izlemektedir. Postpartum depresyonu olan kardeş çiftlerinde 16. kromozomun uzun ve 8. kromozomun kısa kolunda bir bölgede (steroid hormon üretimini etkileyen bölge) postpartum psikoz gelişimi için aday genler belirlenmiştir (Kesebir ve Aksoy 2010).

Postpartum psikoz için gebelik ve doğum komplikasyonları, ilk doğum, sezaryen, kız bebek, sosyal destek eksikliği, duygulanım hastalık öyküsü, stresli yaşam olayları, ailede psikoz öyküsü, uykusuzluk hazırlayıcı faktörlerdir (Upadhyaya, Sharma and Raval 2014). Upadhyaya ve ark (2014)'nın yaptıkları çalışmada, genç yaşta anne olma, gelir seviyesinin düşüklüğü, perinatal ve neonatal komplikasyonlar, peripartum dönemde eşin yokluğu doğum sonu psikoz için risk faktörleri olarak bildirilmiştir.

Doğum sonu psikozu olan kadınlarda işitsel varsanılar ve kötülük görme sanrılarında sık rastlanır. Sanrılar ve ajitasyonun etkisi ile intihar ve bebeği öldürme davranışları görülebilir. Bu nedenle postpartum psikoz hem obstetrik hem psikiyatrik bir acildir. Hızlı ve etkili bir biçimde hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi zorunludur. Tedavi

esnasında bebeğe zarar verme olasılığı her an göz önünde tutularak dikkatle gözlenmelidir. Tedavi, antipsikotikler, duygudurum düzenleyici ve elektrokonvulsif terapi uygulamalarıdır (Gereklioğlu, Poçan ve Başhan 2007; Erdem ve Bez 2014).

## **2.5. Doğum Sonu Depresyonda Ebelerin Rol ve Sorumlulukları**

Gebelik ve doğum kadın için fizyolojik bir süreç olmasına karşın, sağlık ve hastalık arasındaki çizginin birbirine yaklaştığı bir yaşam dilimidir. Gebenin, doğum öncesi ve sonrası dönem kontrollerinde, olumlu yaşam davranışları konusunda desteklenmesi, olası gebelik riskleri açısından detaylı bir şekilde değerlendirilmesi, riskli durum saptandığında mümkün olan en hızlı ve en uygun şekilde bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi anne ve fetus sağlığını koruyan önemli hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunumunda ebelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Taşkın ve Koç 2006).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ebeyi; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan, kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyonel olarak tanımlamaktadır. ICM, ebelerin kadın, aile ve toplumun sağlık danışmanlığı ve eğitimi konusunda önemli rolleri olduğunu da vurgulamaktadır (<http://www.internationalmidwives.org/> Erişim Tarihi:19.04.2016).

DSÖ ebeyi; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımlar (<http://www.who.int/topics/midwifery/> Erişim Tarihi:19.04.2016).

Sağlık Bakanlığı ise ebeyi şu şekilde tanımlamıştır: Ebe, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde gebelik öncesi gebeliğe hazırlık eğitimi verir, doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemine yapar. Gebelik tanısı, normal gebe izlemi ve gerekli muayeneleri yaparak, riskli durumları erken dönemde belirler ve gerekli önlemleri alarak sevk eder. Aynı zamanda acil durumlarda makat doğum dâhil olmak üzere doğum sürecinin yönetimini ve doğum sonrası yenidoğanın bakımını yapar. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde

anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti, aile planlaması hizmetleri, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.0-6 yaş ocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş ocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır (<http://www.resmigazete.gov.tr/> Erişim Tarihi:20.04.2016).

Ebelik mesleğinin tanımları ve yasal düzenlemeleri incelendiğinde, gebelik ve doğum sonu izlemlerinin yapılması, riskli durumların erken dönemde tanılanması, risk belirlenenlerin hekime yönlendirilmesinin ebelin görevleri içinde olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında ebelerin doğum sonu depresyon konusunda önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Skocir and Hundley 2006; Işık 2007; Werner 2015).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan protokollerde gebelikte en az 4 kez izlem, postpartum dönemde hastanede 3 kez, evde veya sağlık kuruluşunda 3 kez olmak üzere en az 6 izlem yapılması önerilmektedir. İzlemler sırasında annenin her türlü risk faktörü yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu izlemler, aynı zamanda ebeler ve diğer sağlık çalışanlarının kadınları doğum sonu depresyon hakkında eğitebilmesi için fırsat yaratmaktadır.

Ebelerin DSD konusundaki görev ve sorumluluklarını gebelik, doğum ve doğum sonu dönem olmak üzere 3 temel başlık altında incelemek mümkündür.

### **2.5.1. Ebelerin Gebelik Dönemindeki Rol ve Sorumlulukları**

Gebelik ve doğum her ne kadar fizyolojik bir durum olsa da kadınlar için stresli bir geçiş dönemidir. Bu nedenle tüm gebelerin; doğuma/ebeveynliğe hazırlık sınıflarında gebelik, doğum, doğum sonu dönem, emzirme, bebek bakımı gibi konularda eğitilmesi diğer tüm faydalarının yanı sıra doğum sonu döneme uyumu kolaylaştırarak, DSD gelişimi açısından koruyucu bir önlem olacaktır. Literatürde gebelikte verilen eğitimlerin anneliğe uyumu arttırdığı, doğum sonu depresyon gelişimini önlediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Rouhe et al. 2015).

Kartal (2011)'ın primipar gebelere, kendilerinin ve bebeklerinin doğum sonu dönemde bakımına yönelik verilen eğitimin doğum sonu depresyon riski üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu kontrol gruplu deneysel bir

çalışmasında, kontrol grubunda 97, müdahale grubunda 85 kişi olmak üzere 182 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Müdahale grubundaki kadınlara gebeliklerinin 28-32. haftalarında doğum sonu döneme hazırlık eğitimi verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların toplam depresyon puanı ( $53.00 \pm 16.70$ ) kontrol grubuna ( $61.54 \pm 22.33$ ) göre daha düşük olduğu, iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin kendine zarar verme, uyuma ve yeme bozukluğu alt boyutlarında iki grup arasında bir farklılık görülmezken, duygusal değişkenlik, suçluluk ve anksiyete alt boyutlarında depresyon puanının müdahale grubunda önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur.

Danimarka’da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, standart doğum öncesi bakım alan 590 kadın ile yapılandırılmış doğum öncesi “Çocuk için hazırlık programı” eğitimi alan 603 kadın, doğum sonu 6. haftada DSD gelişme riski açısından karşılaştırılmış fakat DSD gelişimi yönünden gruplar arasında bir fark saptanamamıştır. Bu sonuç DSD gelişimini etkileyen pek çok risk faktörü bulunması ile ilişkilendirilmiş olup, doğum öncesi eğitim programlarının tek başına DSD gelişimini önlemede yeterli olmasa bile, risk altındaki kadınların belirlenmesinde yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Maimburg and Væth 2015).

Gebe eğitim sınıflarının temel amaçlarından biri ebeveynlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme uyumlarını sağlamak ve onları ebeveynlik konusunda yetkin hale getirmektir (Dinç ve ark. 2014). Ayrıca bu eğitimlerde annelik hüznü ve baş etme yöntemleri, DSD risk faktörleri, belirtileri, tedavi ve yardım alınabilecek kişiler/yerler konusunda başta kadın ve eşi olmak üzere tüm aile üyelerine bilgi verilmeli gerektiğinde danışmanlık yapılmalıdır (Özorhan, Ejder ve Şahin 2014).

İran’da yapılan bir çalışmada, primipar gebelerin doğum öncesi anksiyete yaşaması ile doğum sonu depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ) ve anksiyete puanının yüksekliğinin doğum sonu ilk 3 ayda DSD riskini artırdığı belirlenmiştir (Alipour, Lamyian and Hajizadeh 2012).

Depresyon, gebelikte en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur ve psikososyal/ klinik obstetrik faktörlerle ilişkilidir (Ayele et al. 2016). Doğum sonrası görülen depresyonun %50’ si de gebelik döneminde başlamaktadır (DSM-5 2014). Gebelik döneminde depresyon görülme oranı oldukça yüksek olup, ortalama %13-17



arasında değişmektedir (Underwood et al. 2016). Ürdünlü kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada, gebelik döneminde depresyon görülme sıklığı %19 olarak saptanmış, aynı çalışmada doğum sonu 6.-8. haftada depresyon oranının %22'ye yükseldiği belirlenmiştir (Mohammad, Gamble and Creedy 2011). Görüldüğü gibi gebelik depresyonu, doğum sonu dönemde şiddetlenmektedir. Umman'da yapılan bir çalışmada ise gebelikte depresyon görülme sıklığı %24,3 olarak saptanmıştır (Al-Azri et al. 2016).

Gebelikte depresyon gelişimi üzerinde pek çok faktör etkili olmakla birlikte, plansız gebelik, evlilik çatışmaları, ailede depresyon öyküsünün gebelik depresyonu ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir (Al-Azri et al. 2016).

DSD'nin risk faktörleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun düşük sosyo-ekonomik düzey, planlanmamış gebelikler, bebek bakımı konusunda bilgisizlik, doğum korkusu ve olumsuz evlilik ilişkileri gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Orhon, Ulukol ve Soykan 2008; Özdemir ve ark. 2008; Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Efe ve ark. 2009; Kirpınar Gözüm ve Pasinlioğlu 2010; Karabulut 2010; Durukan ve ark. 2010; Gümüş ve ark. 2012; Burgut et al. 2013; Gaillard et al. 2014; Türkçapar ve ark. 2015; Mohamad Yusuff et al. 2015; Castro et al. 2015).

Ayrıca gebelik dönemi psikolojik hastalıkların önlenmesi için fırsat sağlayan bir zaman dilimidir. Bu dönemde yapılacak uygun girişimlerle, DSD gelişimi büyük oranda önlenebilir, depresif belirtiler ve majör depresif atak gelişme riski azaltılabilir (Sockol, Epperson and Barber 2013). DSD'nin önlenmesinde ilk adım risk altındaki kadınların tespit edilmesi olmalıdır. Risk altındaki kadınların belirlenebilmesi için ACOG (2015), kadınların gebelik döneminde depresyon açısından en az 1 kez taranmasını önermektedir. Gebelik döneminin başından itibaren kadınların taranması ve risk altında olan kadınların belirlenmesi koruyucu girişimlerin planlanabilmesi için önemli bir adımdır.

Gebelik döneminde kadınların; üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğe bağlı değişimlerden (bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, libidoda değişiklikler, beden imajında değişiklikler vb.) bunalmış olma duygusu, gebeliğin yaşamını olumsuz etkileyeceği endişesi, gerginlik, memnuniyetsizlik gibi duygular yaşaması kadının

gebeliği kabullenmediği ya da kabullenmekte zorluk çektiğini göstermektedir (Özorhan, Ejder ve Şahin 2014). Bu bulgulara sahip kadınların gebelikte depresyon açısından taranması ve doğum sonu dönemde desteklenmesi önemlidir.

Habel ve ark. (2015)'nin kadınların doğum sonu depresyon belirtilerinin nedenlerine ilişkin kadın ve erkeklerin algılarını tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmada, EPDÖ'den en az 12 puan alan 30 çift ile derinlemesine yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeye yapılmıştır. Bu görüşmelerde katılımcılar, kadınların depresif belirtilerinin altında yatan 9 neden tarif etmişlerdir. Bunlar; kadınlar üzerinde toplumsal beklentiler ve baskı, fiziksel sağlık sorunları, ebeveynliğe geçiş, sosyal bağlılık ve destek, kişilik ve psikolojik özgeçmiş, çocuk sağlığı ve mizaç zorlukları, karşılanmamış bakım ihtiyaçları, karşılanmayan doğum beklentileri ve diğer yaşam stresörleridir. Gebe izlemi yapan ebe ve hekimlerin gebelikte depresyon risk faktörlerini iyi bilmesi, gebeyi bu risk faktörleri açısından değerlendirmesi, rutin yapılan izlemler sırasında gebeyi gözlemlemesi ve dikkatli bir değerlendirme yapması bu nedenle önemli bir konudur (Dağlar ve ark. 2015).

Gebelik döneminde izleme gelmeyen ya da ulaşamayan kadınlar telefonla depresyon risk faktörleri yönünden taranabilir. De Figueiredo ve ark. (2015)'nin yaptıkları bir çalışmada, telefon ile doğum sonrası depresyon taraması yapılmasının klinik uygulama ve araştırmalar için uygun bir alternatif olduğu ve doğum sonu depresyon tanısını optimize etmek için iyi bir yöntem olduğu gösterilmiştir.

DSD'nin önlenmesi için gebelikte ve doğum sonu 6 haftada, telefon desteği yapılmasını değerlendiren ve 12000 kadının yer aldığı 27 randomize kontrollü çalışmayı inceleyen bir meta analizde, uygulamanın DSD gelişimini önlediğine dair yeterli kanıt olmadığı fakat risk tespiti açısından önemli bir fırsat olduğu bildirilmektedir (Lavender et al. 2013).

DSD risk faktörleri arasında bazı vitamin, mineral ve diğer besin eksikliklerinin yer aldığının bildirilmesi (Mokhber 2011), gebenin diyetinin düzenlenmesinin DSD için koruyucu bir önlem olabileceğini düşündürmektedir. Doğum sonrası depresyonu önlemeye yönelik olası diyet takviyeleri örnekleri omega-3 yağ asitleri, demir, folat, s-adenozil-L-metiyonin, vitamin B12 (kobalamin), B6 (piridoksin), B2 (riboflavin), D vitamini ve kalsiyum desteğini içermektedir. Her ne kadar meta analizler,

DSD'nin önlenmesinde herhangi bir diyet takviyesi uygulamak için yeterli kanıt olmadığını gösterse de (Miller et al. 2013), gebenin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması, çinko, selenyum ve B grubu vitamin içeriği yüksek besinlerin tüketilmesi konusunda eğitilmesi koruyucu bir yaklaşım olarak düşünülebilir. Bu yaklaşım, DSD'nin önlenmesi açısından herhangi bir etki yaratmasa dahi, gebeliğin anne ve bebek sağlığı açısından daha olumlu sonuçlanma olasılığını destekleyecektir.

Literatürde depresyon belirtilerinin, düzenli egzersiz ve fiziksel aktiviteyle azaltılabileceği ve yaşam kalitesini yükselteceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Artal and O'Toole 2003; Haakstad, Torset and Bø 2016). Bu nedenle gebelikle ilgili tıbbi ve obstetrik komplikasyonlar yoksa gebelerin günlük en az 30 dk orta şiddette fiziksel aktivite ya da haftada 3-5 kez 15-30 dakika egzersiz yapmaları depresyonun önlenmesi açısından da önerilmektedir (ACOG 2002). Bununla birlikte randomize kontrollü bir çalışmada, düzenli egzersiz yapan gebelerle yapmayan gebeler karşılaştırıldığında depresyon görülme yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Haakstad et al. 2016).

Gebelik döneminde, DSD için yapılması gereken koruyucu önlemlerden biri de, risk altındaki gebelere kişilerarası psikoterapi uygulamalarıdır. Kişilerarası psikoterapi, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, depresif belirtilerin azaltılmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzeltilmesini hedefleyen, kısa süreli bir uygulamadır. Tedavinin amacı, kişilerarası ilişkilerin düzeltilmesi ya da ilişkilerle ilgili beklentilerin değiştirilmesine yardımcı olmak, stresle baş etmeyi kolaylaştırmak ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesidir (Altın 2012). Çalışmalar gebelik döneminde yapılan kişilerarası psikoterapinin doğum sonu depresyonu önlemede yararlı olduğunu göstermektedir.

Gebe izlem ve takiplerinde önemli sorumlulukları olan ebelerin gebelik döneminde doğum sonu depresyon yönünden risk tespit ettiği gebelere “dinleme ziyareti” düzenlemesi DSD gelişiminin önlenmesinde önemli rol oynayabilir (Clement 1995). Doğum sonu depresyon semptomlarını azaltmak amacıyla, doğum sonu 6 hafta ile 6 ay arasında olan kadınlara ruh sağlığı ekibi ile işbirliği içinde yürütülen kişilerarası psikoterapinin fizibilite, etkililiğini ve sertifikalı ebe-hemşireler tarafından telefon ile yönetilen kişilerarası psikoterapinin kabul edilebilirliğini inceleyen bir çalışmada, DSD semptomlarının şiddetini azaltmak için etkili ve kabul

edilebilir bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Posmontier et al. 2016). Zlotnick ve ark. (2016)'nın yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, doğum sonu depresyon yönünden risk altında olan gebelere ebeler tarafından uygulanan kişilerarası terapinin doğum sonu 6.ayda DSD riskini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Özetle ebelerin; gebelik döneminde kadınları gebelik, doğum ve doğum sonu dönem, bebek bakımı, annelik hüznü, depresyon vb. konularda eğitmesi, stres oluşturabilecek durumlarla ilgili eğitim ve danışmanlık sağlaması, rutin izlemler sırasında gebeyi depresyon belirtileri açısından gözlemlemesi ve uygun araçlarla taraması, risk altındaki gebeler için koruyucu girişimler planlaması ve uygulaması gereklidir.

### **2.5.2. Ebelerin Doğum Sırasındaki Rol ve Sorumlulukları**

Ebelerin DSD'nin önlenmesinde doğum sırasında en önemli görevleri, doğumun kadın için travmatik bir eylem olmasını engellemek, doğumdan hemen sonra mümkün olan en erken dönemde anne bebek bağlanmasını başlatmak, doğum sonu ilk saatler ve günlerde anne- bebek etkileşiminin nitelik ve kalitesini değerlendirerek var olan sorunları çözüme kavuşturacak girişimler uygulamaktır.

Doğum kadınlar için yaşamdaki “en önemli an” olarak nitelendirilse de bazı kadınlar için travmatik bir deneyim olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların yarıdan fazlasının doğumlarını travmatik bir deneyim olarak kabul ettikleri belirtilmektedir (Garthus et al. 2013; Modarres et al. 2012). Doğum deneyimi, kadının psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkilere sahiptir. Kadının psikolojik sağlığının korunabilmesi için, doğuma yönelik anıların olumlu duygular çağrıştırması beklenir. Travmatik bir doğum deneyimine sahip kadınlar doğumu korku, çaresizlik ve dehşet verici olarak tanımlayabilmektedir (İşbir ve İnci 2014).

Doğum korkusu ve travmatik doğum (Gümüş ve ark. 2012; Karabulut 2014), doğumu hemen yapması için sağlık personeli için yapılan baskı doğum sonu depresyon için belirleyici bir faktörlerdir (Mohammed, Gamble and Creedy 2011). alışmalar doğumda korku ya da travmatik doğum deneyiminin çeşitli doğum komplikasyonlarına, anne bebek ilişkisinde güçlükler, depresyon ve anksiyete

bozukluklarına neden olabileceğini göstermektedir (Çiçek ve Mete 2015; Gaillard et al. 2014).

Sorenson ve Tschetter (2010) tarafından yapılan ve doğum sonu 6.-7. ayında olan kadınlarda olumsuz doğum algısı, perinatal travma ve depresyon görülme ilişkisini inceleyen çalışmada depresyon görülme sıklığı %15.9 olarak bildirilmekte ve değişkenler arasında anlamlı korelasyon olduğu gösterilmektedir.

Gaillard ve ark. (2014)'nın yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde meydana gelen fiziksel komplikasyonlar DSD gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiş ve riski azaltmak için, ebelerin gebelik döneminde ve doğum sırasında kadınlara sürekli ve aralıklı doğum desteği sunması önerilmiştir.

Ebeler doğumda gereksiz her türlü rutin uygulamadan kadınları korumalı ve doğumun kadın için travmatik bir yaşam deneyimi olmasını önlemelidir. Örneğin literatürde ikinci derecede veya daha şiddetli yırtıklarla, perineal ağrının doğum sonu görülen depresif belirtilerle ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Chang et al. 2016; Dunn, Paul, Ware and Corwin 2015). Perineal ağrı perineal laserasyon, yırtıklar ve rutin epizyotomi ile ilişkilendirilebilir (Francisco et al. 2011). Ebeler doğum sırasında gereksiz epizyotomiden kaçınmalı, perineyi iyi korumalı, epizyotomi uygulanan ya da laserasyonları olan kadınlara özellikle destekleyici bakım vermelidir.

Doğum sonu depresyondan korunmada önemli adımlardan biri de, doğumda anne bebek etkileşiminin mümkün olan en erken zamanda başlatılmasıdır. Literatürde doğum sonrası annelerde gelişen depresyon ile anne-bebek bağlanması arasında ters yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Saruhan 2013; Arı 2012).

Güleşen ve Yıldız (2013)'ın aktardığına göre, Nugent ve Brazelton doğumdan hemen sonraki zaman periyodunu “Mükemmelliğe denk mihenk noktası (touchpoint)” olarak tanımlamaktadır. Bu dönem anne bebek ilişkisinin başlatıldığı, bağlanmanın en yoğun yaşandığı, bebeğin dış dünyaya uyum ve adaptasyonun sağlandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde uygulanan anne bebek ten teması (skin-to-skin), hem anne hem de bebeğin stresini azaltarak bağlanmayı güçlendirmektedir (Cho et al. 2016). Doğumda ten temasının etkilerini inceleyen bir çalışmada,

bebekleriyle ten teması sağlanan annelerin doğum sonu dönemde daha az depresif belirtiler gösterdikleri, bebeklerinin davranışlarını daha fazla normal olarak algıladıkları ve bebek gelişiminin daha olumlu etkilendiği bildirilmektedir (Feldman et al. 2002). Randomize kontrollü bir çalışmada ise, anne bebek ten temasının doğum sonu depresyon üzerinde herhangi bir etkisi saptanamamıştır (Mörelus et al. 2015). Ancak Bigelow ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada doğumda ten temasının doğum sonrası dönemde depresif belirtiler ve fizyolojik stresi azaltarak anneye fayda sağladığı bildirilmektedir.

Fiziksel sağlığın kötü olması doğum sonu 12 ay boyunca görülen düşük ruh hali ile ilişkilidir (Woolhouse et al. 2014). Anneler doğum sonrası ilk günlerde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda yetersizlik yaşayabilmektedir. Ebeler bu dönemde; anne-bebek iletişimini gözlemlemelidir.

Anne-bebek iletişimin zayıf ya da sorunlu olduğu düşünüldüğünde, ebeler anneyi bebeğiyle yumuşak bir ses tonuyla konuşma, dokunma, kucaklama, ninni söyleme gibi uygulamalar konusunda cesaretlendirerek, anne bebek bağına güçlendirmeye çalışmalıdır (Güleşen ve Yıldız 2013).

Randomize kontrollü bir çalışmada, doğum sonu depresyon belirtilerinin azaltılmasında bebek ilişkisine odaklı hastane ve ev ziyareti tabanlı müdahalenin DSD belirtilerini azaltmada %75 etkili olduğu bildirilmektedir (Nugent, Bartleet and Valim 2014).

Arslan (2014)'in yaptığı bir çalışmada, ebe ve hemşirelerin %99'unun taburculuk eğitimleri sırasında doğum sonu ruhsal değişiklikler hakkında bilgilendirme yapmadıkları belirlenmiştir.

Son olarak ebeler, doğum yapan anneyi ve başta eşi olmak üzere tüm aile üyelerini taburculuk eğitimleri sırasında annelik hüznü, doğum sonu depresyon belirtileri ve baş etme yöntemleri konusunda eğitmeli, annenin kendisi ve bebeğinin bakımı konusunda sosyal desteğe gereksinim duyduğunu vurgulamalıdır. Bu sayede ailenin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumu kolaylaşacaktır (Munoz et al. 2007; Tezel 2008; Bilgin ve Potur 2010; Erdem ve Bez 2014).

### 2.5.3. Ebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Rol ve Sorumlulukları

Doğum sonu dönemde kadınların izlem ve takiplerinin nitelikli bir şekilde yapılması ve gereksinim duyulan her konuda eğitim ve danışmanlık sağlanması ebelerin temel görevleri arasında yer almaktadır. Bu dönemde ebeler, kadını sadece fiziksel açıdan değil ruhsal yönden de değerlendirmelidir.

Sağlık Bakanlığı, doğum yapan her kadının taburculuk öncesi 3 kez, taburculuk sonrası 3 kez olmak üzere en az 6 defa izlenmesini, bu izlemlerde psikolojik durumun da değerlendirilmesini ve ruhsal hastalık öyküsü, psikotik bozukluk (Şizofreni, bipolar bozukluk) psikotik depresyon ve intihar riski olanlara EPDÖ'nün uygulanmasını önermektedir. Bu izlemlerde, taburculuk öncesi dönemde risk tespit edilen vakalara gerekirse konsültasyon istenmeli, taburculuk sonrası risk tespit edilen loğusalar sevk edilmeli ve doğum sonu 8. Haftada EPDÖ ile yeniden değerlendirme yapılmalıdır (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi 2014).

Fakat sağlık çalışanlarının (kadın doğum uzmanları, aile hekimleri, ebeler, hemşireler, çocuk doktorları) DSD tanılama, danışmanlık yapma, yönlendirme konusundaki bilgi eksikleri, konuyu yeteri kadar önemsememesi, risk faktörleri ve belirtilerini bilmemesi doğum sonu depresyonun gözden kaçmasına neden olmaktadır (Kurtcu 2010; Logsdon ve ark. 2006b; Keng 2005; Özmen ve ark. 2003; Veltama et al. 2002). Bu nedenle gebe, loğusa ve bebek izlemi yapan tüm sağlık çalışanlarının DSD risk faktörleri, belirtileri ve tarama araçları konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir (Senator 2015; O'Hara and McCabe 2013; Thurgood et al. 2009).

Öte yandan ACOG (2015), doğum sonu dönemde DSD risk faktörlerine sahip olan kadınların güvenilir tarama araçlarıyla taranmasını önermektedir. Lohusa ve bebek izlemleri DSD taramalarının yapılması açısından önemli bir fırsattır. DSD taramalarında sıklıkla kullanılan, Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) duyarlılık ve özgüllüğü kabul edilebilir, önerilen bir tarama ölçeğidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından doğum sonu izlemlerde ölçeğin kullanımı önerilmekte olup, "Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" (2014)'nde kullanımına ilişkin detaylı bilgi sunulmaktadır.

DSD taramasının yapılabilmesi için, öncelikle risk altındaki kadınların belirlenmesi gerekmektedir. Ebeler, DSD'nin doğumdan sonraki ilk yıl içinde herhangi bir zamanda görülebileceğini, annelerin intihar, bebeğe zarar verme ve ihmal davranışlarında bulunabileceğini akılda tutarak, risk faktörleri açısından daha özenli bir değerlendirme ve uygun araçlarla tarama yapmalı, erken tanı ve sevk için zaman kaybetmemelidir (Karagöz 2011; Kartal 2011).

Doğum yapan her yedi kadından birinin DSD yaşadığı, vakalarının yarısına tanı konulmadığı ve tedavi sağlanmadığı düşünüldüğünde, ebelerin konuya yaklaşımının ne denli önemli olduğu anlaşılacaktır (ACOG 2015; Wisner et al. 2013). Fakat yapılan çalışmalarda ebeler ve diğer sağlık çalışanlarının konuya yeterli hassasiyeti göstermediğini düşündürmektedir. Hatta sağlık hizmeti sunumunda “danışman” ve “rol model” görevi olan sağlık çalışanlarının ruhsal rahatsızlığı olan bireylere “dışlayıcı” ve “damgalayıcı” yaklaşımları nedeniyle hastaların tedavi için başvurularında engelleyici bir rol oynadıkları belirtilmektedir (Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman 2011).

Keng (2005), Malezya’da ebelerin doğum sonu depresyon hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, ebelerin doğum sonu depresyona yönelik bilgilerinin yetersiz olduğunu saptamıştır.

İngiltere’de yapılan, ebelerin gebelik döneminde depresyon bulgularını sorgulama durumlarını inceleyen bir çalışmada, ebelerin gebelikte depresyon taramasının önemli olduğunu kabul etmekle birlikte, depresyon bulgularını yeteri kadar sorgulamadıklarını belirlemiştir (Williams et al. 2016).

Goldsmith (2007)’in aile sağlığı hemşirelerinin doğum sonu depresyonu tarama durumlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %84.3’ünün doğum sonu dönemde bulunan bir hastayla mutlaka karşılaştıklarını, fakat %41.7’sinin hiç tarama yapmadıklarını belirlemiştir (Logsdon ve ark. 2006b).

Karagöz (2011)’ün aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmanın sonuçlarına göre; ebe ve hemşirelerin % 70.9’unun postpartum depresyon konusunda bilgi sahibi olduğu fakat yalnızca %15’inin kadınları DSD açısından değerlendirme yaptığı belirlenmiş, ebe ve hemşirelerin değerlendirme yapmama nedenleri ise zaman



yetersizliği (% 46.5), bilgi eksikliği (% 32.3), personel yetersizliği (% 11) ve konuya ilgisizlik (% 10.2) olarak saptanmıştır.

Sofronas, Feeley, Zelkowitz ve Sabbagh (2011)'ın Kanada'da yaptıkları çalışmada ise; postpartum servisleri ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin depresyonu olan anneleri değerlendirme ve mşdahalede konusunda sorumlu olduklarına inandığı fakat sadece %50'sinin ayda en az bir kez kadınları DSD açısından değerlendirdiği belirlenmiştir. Çalışmada DSD'nin teşhisi açısından engeller ise; zaman yetersizliği, eğitim eksikliği, dil sorunları, hasta ve ailelerin tutumları olarak bildirilmektedir. .

Işık ve Bilgili (2010)'nin birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin DSD konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, örnekleme oluşturan ebe ve hemşirelerin DSD'nin tanımı, risk faktörleri ve tanılama yöntemleri konusunda yetersiz olduğu ve izlemler sırasında annenin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik herhangi bir hizmet sunmadıkları belirlenmiştir. Çalışmada ebe ve hemşireler DSD konusunda hizmet vermeme nedenlerini; personel eksikliği, yoğunluk, fiziksel ortamın uygunsuzluğu ve kendi görevleri dışında çalıştırılıyor olmalarıyla gerekçelendirdiği bildirilmektedir.

Slovenya'da yapılan bir başka araştırmada (2007), çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin tamamına yakınının (%99.0) doğum sonu ruh sağlığı konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu, DSD'nin karakteristik özelliklerini bilmediği saptanmıştır (Scocir and Hundley 2006).

Jones, Creedy ve Gamble (2012)'nin yaptıkları çalışmada ise, ebelerin %63.3'ünün vaka üzerinden depresyonu tanıdıkları, %69.1'inin doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon taraması için EPD'yř kullandıkları fakat zaman kısıtlamalarının etkili duygusal bakım vermede bir engel olarak algılandığı belirlenmiştir.

Bu çalışmaların sonuçları, doğum sonu dönemde annenin izlem ve takiplerinden sorumlu olan ebe ve hemşirelerin DSD konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ve DSD konusunda hizmet vermede çeşitli engellerinin olduğunu dışündürmektedir (Jones et al. 2012; Sofronas et al. 2011; Karagöz 2011; Işık ve Bilgili 2010; Keng 2005).

DSD ile ilgili verilecek mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimler ebe ve hemşirelerin konuya yaklaşımlarını iyileştirebilir. Çam, Pektaş ve Bilge (2006)'nin yaptıkları çalışmada, ebe/hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruh sağlığı hastalıklarını tanılama ve iletişim becerileri toplam puanlarının eğitim öncesi aldıkları puanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

DSD'nin tanılanmasının önündeki önemli engellerden biri de annelerin tutumlarıdır (Stewart 2003; Senatör 2015). Ghubash ve Eapen (2009)'in Birleşik Arap Emirlikleri'nde, odak grup tartışmaları ve kilit bilgilendirici görüşmeler yoluyla yaptıkları çalışmada, kadınlar doğum sonu depresyonu psikolojik bir sorun olarak değil, "nazar" ya da "cinlerin musallat olması" olarak kabul etmiştir. Anne doğum sonu depresyon belirtilerini fark etmeyebilir, yardım aramaya gereksinim duymayabilir ya da yardım almak için nereye müracaat edeceğini bilemeyebilir. Diğer yandan annenin mutlu olması gereken bir dönemde, kendini mutsuz hissetmesi nedeniyle suçluluk duyabilir. "Mutsuz ya da bebeğini sevmeyen anne" olarak damgalanma korkusu yaşayabilir. Bebeğinden uzaklaştırılacağı endişesi nedeniyle ruhsal rahatsızlıklarını dile getirmede daha ihtiyatlı ve savunmacı davranabilir. Aynı şekilde tedavi sırasında ilaç kullanımı gerekebileceğinden, emzirmekte olduğu bebeğinin zarar göreceğini ya da bebeğini emziremeyeceğini düşünebilir. Hatta kültürel faktörlerin etkisiyle yaşadığı durumu hastalık olarak görmeyebilir. Bu nedenle DSD taraması sırasında anneler yalan ya da yanıltıcı beyanda bulunabilmektedir (Stewart et al. 2003; Freeman et al. 2005; Byatt et al. 2013).

DSD yaşayan annelerin deneyimlerinin belirlenmesi için yapılan bir çalışmada kadınların doğum sonu depresyon belirtilerini fark etmelerine rağmen durumu bir hastalık olarak değerlendirmede, doğum sonu sıkıntı ve sosyal stresin doğal bir sonucu olduğuna inandığı belirlenmiştir. Bu düşünce annelerin DSD için yardım aramaları açısından engel oluşturmaktadır (Gardner et al. 2014). Fonseca ve ark. (2015)'nin yaptıkları çalışmanın sonuçları, gebelikte depresyon belirtileri gösteren kadınların sadece %13,6'sının yardım talep ettiğini göstermektedir.

Aynı şekilde; Kim ve ark. (2010)'nin yaptıkları çalışmada, ruh sağlığı yönünden risk altında olan kadınların %59'unun sevki kabul etmesine rağmen, sadece %27'sinin tedaviyi kabul ettiği belirlenmiştir.

DSD'nin tespiti konusunda kadınlardan kaynaklanan engelleri aşılabilmesi için ebeler, rutin loğusa ve bebek izlemleri sırasında anneyi DSD risk faktörleri açısından değerlendirmeli, annenin ruhsal durumu, davranışları ve bebekle olan ilişkisini gözlemlemelidir.

Beck (2001), ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyonu tespit edebilmek için annelerle doğru iletişim kurabilmesinin çok önemli olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle DSD'li kadınlarla iletişime geçebilmek ve onlara yardım edebilmek için 7 madde tanımlamıştır. Bunlar;

- DSD hakkında yeterli bilgiye sahip olma,
- Annelere bu sorunun biteceğine dair umut aşılama
- Empati yapma,
- Hızlı ve doğru risk tespiti için dikkatli gözlem yapma,
- Onlara zaman ayırma,
- Gerektiğinde yönlendirme yapma,
- Bakımın sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Ebeler DSD'yi tanıyabilmeleri için risk faktörleri ve belirtilerini iyi bilmeli, tanılanan ya da yardım talebinde bulunan annelerin uygun yöntemlerle eğitilmesi ve tedavi edilmesinde yol gösterici olmalıdır (Marsh 2013). DSD'si olan kadınlara intihar düşüncesi olup olmadığı mutlaka sorgulanmalı ve intihar düşüncesi tespit edilirse acil psikiyatrik değerlendirme için hastaneye sevk edilmelidir. Ayrıca doğum sonu depresyon şüphesi bulunan kadınlar, kendilerinde ve/veya ailelerinde bipolar bozukluk varlığı açısından da sorgulanarak pozitif öyküsü varsa ileri değerlendirme için hızlıca psikiyatriste yönlendirilmelidir (Epperson 1999; Hirst and Moutier 2010; Wisner et al. 2013; ACOG 2015; Brummelte and Galea 2016).

Mesleki rolleri gereği kadınlarla yakın temas halinde olan ebelerin DSD konusunda eğitim programları düzenlemeleri, toplumu bu konuda bilinçlendirmeleri oldukça önemlidir. Özellikle anneye destek veren eş ve aile üyelerini doğum sonu depresyon belirti ve bulgularını fark etmek ve kadını yardım aramaya teşvik etmek konusunda eğitmeleri gerekmektedir (Hutto et al. 2011; Grussu and Quatraro 2015).

Heh ve Fu (2003)'ün, Tayvan'da yaptıkları bir çalışmada, DSD'li kadınlara doğum sonu depresyon hakkında bilgilendirici eğitim programı uygulananlarda,

uygulanmayanlara göre, Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puanlarının anlamlı bir düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Top (2012)'un yaptığı çalışmada, DSD gelişimini önleme ve belirti düzeyini azaltmaya yönelik verilen yapılandırılmış eğitimin DSD görülme sıklığını azalttığı saptanmıştır (çalışma grubu %7.7, kontrol grubu %25.5).

Bulut (2016), doğum öncesi anne-baba adaylarıyla gerçekleştirilen yeni duruma alıştırma görüşmelerinin doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisini incelemiştir. Yarı deneysel çalışmada 12'si deney, 14'ü kontrol grubu olmak üzere 26 çift (26 anne ve baba adayı) çalışma grubunu oluşturmuştur. Katılımcılara görüşmeler gerçekleştirilmeden bir hafta önce ve doğumdan sonra 12. hafta da Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ön test- son test olarak uygulanmıştır. Deney grubundaki çiftlere 4 hafta yeni duruma alıştırma görüşmeleri düzenlenmiş, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma sonucunda kontrol grubunda yer alan çiftlerin doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon düzeyleri benzer bulunurken, deney grubundaki çiftlerin doğum öncesi depresyon düzeylerinin doğum sonrası depresyon düzeylerinden anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir.

Fathi-Ashtiani ve ark. (2015) İran'da DSD riski olan kadınlarda, doğum sonrası ruhsal bozuklukları azaltmak ve benlik saygısını artırmak amacıyla bilişsel davranışçı terapi uygulamış ve etkilerini incelemiştir. Yürüttükleri yarı deneysel araştırmada, küme örnekleme yoluyla 135 risk altındaki anne seçilmiş ve deney (n = 64) ya da kontrol (n = 71) grubuna atanmıştır. Kontrol grubu genel ilaç bakımı verilirken, deney grubu gebelik süresince 8 oturumluk bilişsel davranışçı programına alınmıştır. Veriler üçüncü trimesterde ve doğum sonu 2. Haftada toplanarak kıyaslanmıştır. Araştırma sonucunda ortalama DSD puanlarının deney grubunda anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.

Öte yandan Tezel (2008)'in yaptığı çalışmada, bakım verme ve problem çözme eğitiminin etkinliği depresyon varlığı açısından değerlendirildiğinde bakımın eğitime göre daha etkin olduğu saptanmıştır.

Ebelerin DSD tedavisinde de önemli rolleri bulunmaktadır. Ebeler, SSRI ilaçlarının emzirme üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, DSD tedavisinde kullanılan ilaç dışı yöntemleri bilmeli, mesleki sınırları ve eğitimleri çerçevesinde

uygulayabileceği yöntemleri kullanmalı ve anneleri alternatif tedavi yöntemleri (TAT) konusunda eğitmelidir (Bilgiç, Dağlar, Özkan ve Kadioğlu 2015).

Literatürde depresyon tedavisi için pek çok TAT yöntemleri bildirilmektedir ve birçok ülkede ebeler, uygulamaları sırasında masaj, müzikoterapi gibi tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) yöntemlerini uygulamaktadır. Ebeler tarafından DSD için en yaygın kullanılan alternatif ve tamamlayıcı tedaviler sosyal destek sağlanması, egzersiz, masaj, aromaterapi, ve homeopatidir (Bilgiç, Dağlar, Özkan ve Kadioğlu 2015).

Birçok çalışmada sosyal destek eksikliği, DSD gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Gümüş ve ark. 2012; Hutto et al 2011; Glasser et al. 2000). Ebeler DSD yaşayan kadınlar için önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Ebeler tarafından yapılacak olan düzenli ev ziyaretleri, annenin sağlığına ve öz bakım gücüne olumlu etki eder algıladığı sosyal desteği güçlendirir dolaylı olarak DSD tedavisini destekler (Büyükkayacı Duman ve Karataş 2011). Ev ziyaretleri aynı zamanda, kadının ev ortamında gözlemlenmesi ve sosyal destek sistemlerinin güçlenmesi için planlama yapılmasına olanak sağlayacaktır. Bu gözlemler sonucunda diğer aile üyelerinin DSD konusunda eğitilmesi, annenin doğum yapmış kadınlarla bir araya getirilmesi ve akran desteği sağlanması sosyal desteği güçlendirecek uygulamalardır.

Dennis and Dowswell (2013)'in 17000 kadının katıldığı 28 çalışmanın incelediği meta analizde; halk sağlığında çalışan ebe ve hemşirelerin yaptığı yoğun, bireyselleştirilmiş ev ziyaretleri, akranlarla telefon desteği, kişilerarası psikoterapi gibi destek ve müdahale uygulamalarının, standart bakım alan kadınlara göre doğum sonu depresyon gelişme olasılığını düşürdüğü bildirilmektedir.

Büyükkayacı Duman ve Karataş (2011)'in sezaryen sonrası erken taburcu olan anneler üzerinde yaptıkları deneysel çalışmada, kadınlara doğum sonu 2. gün, 15. gün ve 42. günlerde ev ziyareti yapılarak bakım, eğitim ve danışmanlık verilmiş ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Duygusal-psikolojik sorun yaşama durumları yönünden çalışma grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında, gruplar arasında çalışma grubu lehine anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Ebelerin annelere doğum sonu dönemde hafif ve orta derecede depresif belirtiler gösteren annelere önerebileceği ilaç dışı tedavi yöntemlerinden biri fiziksel aktivite ve egzersizdir. ACOG (2002) gebelikte fiziksel aktivite ve egzersiz yapmanın doğum sonu depresyonun önlenmesinde etkili olacağını bildirmektedir. Da Costa ve ark. (2009) tarafından yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada, duygu durumları yüksek kadınlara uygulanan ev tabanlı egzersizlerin (haftada en az 3 kez 30 dk. yürüyüş), doğum sonu depresyon puan ortalamalarını azalttığı, hafif ve orta şiddetli depresif ruh halini iyileştirdiği bildirilmektedir.

DSD'nin ilaçsız yöntemlerle tedavisi konusunda yapılan meta-analizler, psikososyal ve psikolojik müdahalelerin kadınlar için etkin bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir (Dennis and Hodnett 2007). Psikososyal ve psikolojik girişimler, çeşitli mekanizmalar yoluyla izolasyon ve yalnızlık duygularını azaltır, uyumsuz davranış ve tepkileri önler (Dennis and Dowswell 2013). Özellikle bireysel ya da grup içi kişilerarası terapi ve bilişsel davranış terapisinin hafif ve orta şiddette DSD'nin tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir. Ebeler depresif belirtiler gösteren anneleri bu konuda destek almak üzere psikolog ya da ruh sağlığı uzmanına yönlendirebilir.

Ebeler DSD tedavisi alan kadınlarda tedaviye uyumu sürekli olarak değerlendirmeli, aynı zamanda kadına danışmanlık ve eğitim yapmalıdır. Antidepresan ilaçların doğum sonu depresyon konusunda etkinliği gösterilmiş olsa da, emzirme döneminde ilaç kullanım güvenliğine dair kanıtlar yetersizdir (Epperson et al. 2003). Bu durumda ilaç tedavisine karar verilen hasta ve ailesine; hastalığın tedavi edilmediği durumlarda oluşabilecek risklerin yanı sıra hastalığın şiddeti, tedavi seçenekleri, olası yan etkileri anlatılmalıdır (Beyca 2009).

Sonuç olarak DSD'nin teşhisi, tedavisi ve tedavi sonrası izleminde ebelere önemli görevler düşmekle birlikte tüm süreç nitelikli bir ekip çalışmasıyla yürütülmesi önemli bir konudur. Nitekim depresyon öyküsü olan kadınlarda DSD oranlarının azaltılması için sürekli ebelik bakımının etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada, sürekli ebelik bakımının psikiyatrik sonuç üzerinde bir etkisi olmadığı, ancak bu kadınların tedaviye katılımlarının oldukça başarılı olduğu belirlenmiştir (Marks, Siddle and Warwick 2003).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma Karabük ilinde, 0-12 aylık bebeği olan annelerde, doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı- kesitsel tipte gerçekleştirilen toplum tabanlı bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapılma Tarihi ve Yeri

Araştırma, 01 Mart- 01 Temmuz 2015 tarihleri arasında Karabük ilinde bulunan 68 aile hekimliği (AH) biriminde yapılmıştır.

Karabük, ülkemizin Batı Karadeniz bölgesinde bulunmaktadır. Kuzeyde Bartın (80 km), kuzeydoğu ve doğuda Kastamonu (120 km), güneydoğuda Çankırı (195 km), Güneybatıda Bolu (130 km) ve batıda Zonguldak (170 km) illeriyle komşudur. Cumhuriyet kenti olarak bilinen Karabük, 550 sayılı kanun hükmünde kararname ile 6 Haziran 1995 tarihinde Türkiye'nin 78. ili olmuştur. Türkiye'nin ilk entegre demir-çelik tesisi Karabük'te bulunmaktadır. Demir- çelik fabrikasının sanayileşmedeki etkisiyle pek çok ilden göç almış ve işçi aileleri sosyal hayatı belirleyen temel unsur olmuştur. 2015 verilerine göre Karabük nüfusu 236 978'dir. Eflani, Eskipazar, Ovacık, Safranbolu ve Yenice olmak üzere 5 ilçesi bulunmaktadır. İlçelerin il merkezine olan uzaklığı sırasıyla; Safranbolu 3 km, Yenice 35 km, Eskipazar 36 km, Eflani 47 km, Ovacık 47 km'dir (<http://www.karabukkulturturizm.gov.tr/> Erişim Tarihi: 26.05.2016; <http://www.webcitation.org/> Erişim Tarihi: 26.05.2016).

Karabük il merkezi ve ilçelerin sosyo-ekonomik yönden gelişmişlik düzeyi incelendiğinde; Türkiye'deki 872 ilçe içinde Karabük Merkez gelişmişlik sırası 31, gelişmişlik endeksi 2,10701 ve gelişmişlik grubu 2'dir. Safranbolu'nun gelişmişlik sırası 109, gelişmişlik endeksi 1,04657 ve gelişmişlik grubu 2'dir. Yenice'nin gelişmişlik sırası 420, gelişmişlik endeksi -0,17532 ve gelişmişlik grubu 3'dür. Eskipazar'ın gelişmişlik sırası 371, gelişmişlik endeksi -0,09796 ve gelişmişlik grubu 3'dür. Eflani'nin gelişmişlik sırası 745, gelişmişlik endeksi -0,77933 ve gelişmişlik

grubu 5'dir. Ovacık'ın gelişmişlik sırası 767, gelişmişlik endeksi -,085157 ve gelişmişlik grubu 6'dir (DPT 2004).

Araştırma Karabük il merkezi ve ilçelerindeki aile hekimliği birimlerinde gerçekleştirilmiştir. Karabük il merkezi ve ilçelerinde 2015 yılında Çizelge 3.2.1.'de belirtilen sayıda aile sağlığı merkezi (ASM) ve aile hekimliği (AH) birimi bulunmaktadır.

**Çizelge 3.2.1.** Karabük İlindeki ASM ve AH birim sayısı

İLÇE	ASM	AH
Karabük Merkez	15	38
Safranbolu	8	15
Yenice	2	7
Eskipazar	1	15
Eflani	1	3
Ovacık	1	1
<b>Toplam</b>	<b>28</b>	<b>69</b>

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini, Karabük ilinde ikamet eden ve araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 0-12 ay arasında bebeği olan 2465 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem grubu 3 aşamada belirlenmiştir.

**Birinci aşamada;** örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n: \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (2465)

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (0,23)

q: İncelenen olayın görülmemeye sıklığı (1-p = 0.77)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)



Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, DSD görülme sıklığına gereksinim duyulmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon görülme sıklığı; Nur ve ark. (2004)'ı %28.0, Ayvaz ve ark. (2006)'ı 28.1, Sünter ve ark. (2006)'ı %23.1, Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu (2012) %30.6, Özdemir ve ark. (2008) %19.4, Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya (2009) %12.5, Efe, Taşkın ve Eroğlu (2009) %23.4, Çeber ve ark. (2010)'ı %22, Durukan ve ark. (2010)'ı %15, Durat ve Kutlu (2010) %23.8, ArslanD (2012) %28.4, Arslan (2012) %24, Gümüş ve ark. (2012)'ı %26.2, Tahaoğlu ve ark. (2015)'ı %20.4 olarak bildirilmektedir.

DSD görülme sıklığına ait oranın belirlenmesi için yukarıda verilen çalışmaların aritmetik ortalaması alınmış olup, görülme sıklığı %23,0 üzerinden hesaplanmıştır. Buna göre örneklem büyüklüğü,

$$n: \frac{2465 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,23) \cdot (0,77)}{(0,05)^2 \cdot (2465 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,23) \cdot (0,77)} = 245$$

245 olarak belirlenmiştir.

**İkinci aşamada;** örnekleme oluşturan katılımcıların belirlenmesinde tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanıldığından, Karabük ilindeki her bir aile hekimliği (AH) birimi bir tabaka olarak kabul edilmiştir. Karabük ilinde 69 AH birimi bulunmaktadır. Ancak, Karabük merkezdeki AH birimlerinden biri cezaevi içinde yer alması ve bebeği olan kayıtlı anne bulunmaması nedeniyle kapsam dışında bırakıldığından, toplam 68 tabaka oluşturulmuştur. Tabakalar oluşturulduktan sonra, aile hekimliği kayıtlarından 0-12 aylık bebeği olan anne sayıları öğrenilmiştir. Her tabakadaki anne sayısı çalışma evrenindeki anne sayısına bölünerek, tabaka ağırlığı bulunmuştur. Tabaka ağırlığı, örneklem büyüklüğüyle çarpılarak, her tabakadan alınacak kadın sayısı belirlenmiştir.

Buna göre Karabük merkezden ve bağlı olan ilçelerden örneklem belirleme işlemi aşağıda belirtilen sıraya göre belirlenmiştir.

Karabük-Merkezden örnekleme alınan kadınların nasıl belirlendiğine ilişkin işlem basamakları Çizelge 3.3.1'de verilmiştir. Karabük Merkez'de 12 aydan küçük bebeği olan kadın sayısı 1428 olup, örnekleme toplam 146 kadın alınmıştır (Çizelge 3.3.1).

**Çizelge 3.3.1.** Karabük- Merkez İlçesindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme

Tabaka No	Tabaka Adı (AH)	0-12 Ay Bebeği Olan Anne Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Alınan Anne Sayısı
1	1 Nolu AH	47	47/2465=0.019	0.019x245=5
2	2 Nolu AH	46	46/2465=0.018	0.018x245=5
3	3 Nolu AH	41	41/2465=0.016	0.016x245=4
4	4 Nolu AH	39	39/2465=0.015	0.015x245=4
5	5 Nolu AH	58	58/2465=0.023	0.023x245=6
6	6 Nolu AH	57	57/2465=0.023	0.023x245=6
7	7 Nolu AH	30	30/2465=0.012	0.012x245=3
8	8 Nolu AH	29	29/2465=0.011	0.011x245=3
9	9 Nolu AH	29	29/2465=0.011	0.011x245=3
10	10 Nolu AH	37	37/2465=0.015	0.015x245=4
11	11 Nolu AH	40	40/2465=0.016	0.016x245=4
12	12 Nolu AH	48	48/2465=0.019	0.016x245=5
13	13 Nolu AH	31	31/2465=0.012	0.012x245=3
14	14 Nolu AH	27	27/2465=0.010	0.010x245=3
15	15 Nolu AH	38	38/2465=0.015	0.015x245=4
16	16 Nolu AH	57	57/2465=0.023	0.023x245=6
17	17 Nolu AH	32	32/2465=0.012	0.012x245=3
18	18 Nolu AH	40	40/2465=0.016	0.016x245=4
19	19 Nolu AH	49	49/2465=0.019	0.019x245=5
20	20 Nolu AH	57	57/2465=0.023	0.023x245=6
21	21 Nolu AH	37	37/2465=0.015	0.015x245=4
22	22 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
23	23 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
24	24 Nolu AH	29	29/2465=0.011	0.011x245=3
25	25 Nolu AH	47	47/2465=0.019	0.017x245=4
26	26 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
27	27 Nolu AH	37	37/2465=0.015	0.015x245=4
28	28 Nolu AH	37	37/2465=0.015	0.015x245=4
29	29 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
30	30 Nolu AH	29	29/2465=0.011	0.011x245=3
31	31 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
32	32 Nolu AH	39	39/2465=0.015	0.015x245=4
33	33 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
34	34 Nolu AH	48	48/2465=0.019	0.017x245=4
35	35 Nolu AH	58	58/2465=0.023	0.023x245=6
36	36 Nolu AH	37	37/2465=0.015	0.013x245=4
37	38 Nolu AH	19	19/2465=0.007	0.007x245=2
<b>Toplam</b>		<b>1428</b>		<b>146</b>

Safranbolu ilçesinden örnekleme alınan kadınların nasıl belirlendiğine ilişkin işlem basamakları Çizelge 3.3.2’de verilmiştir. Safranbolu ilçesinde 12 aydan küçük bebeği olan kadın sayısı 648’dir ve örnekleme 64 kadın alınmıştır (Çizelge 3.3.2)

**Çizelge 3.3.2.** Safranbolu İlçesindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme

Tabaka No	Tabaka Adı (AH)	0-12 Ay Bebeği Olan Anne Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Alınan Anne Sayısı
38	1 Nolu AH	50	$50/2465=0.020$	$0.020 \times 245=5$
39	2 Nolu AH	37	$37/2465=0.015$	$0.015 \times 245=4$
40	3 Nolu AH	31	$31/2465=0.012$	$0.012 \times 245=3$
41	4 Nolu AH	32	$32/2465=0.012$	$0.012 \times 245=3$
42	5 Nolu AH	50	$50/2465=0.020$	$0.020 \times 245=5$
43	6 Nolu AH	47	$47/2465=0.019$	$0.019 \times 245=5$
44	7 Nolu AH	58	$58/2465=0.023$	$0.023 \times 245=6$
45	8 Nolu AH	48	$48/2465=0.019$	$0.019 \times 245=5$
46	9 Nolu AH	41	$41/2465=0.016$	$0.016 \times 245=4$
47	10 Nolu AH	42	$42/2465=0.017$	$0.017 \times 245=4$
48	11 Nolu AH	32	$32/2465=0.012$	$0.012 \times 245=3$
49	12 Nolu AH	37	$37/2465=0.015$	$0.015 \times 245=4$
50	13 Nolu AH	5	$5/2465=0.002$	$0.002 \times 245=1$
51	14 Nolu AH	27	$27/2465=0.010$	$0.010 \times 245=3$
52	15 Nolu AH	91	$91/2465=0.036$	$0.036 \times 245=9$
<b>Toplam</b>		<b>648</b>		<b>64</b>

Yenice, Eskipazar, Eflani ve Ovacık ilçesinden örnekleme alınan kadınların nasıl belirlendiğine ilişkin işlem basamakları Çizelge 3.3.3’de verilmiştir. Yenice ilçesinde 12 aydan küçük bebeği olan kadın sayısı 178’dir ve örnekleme 19 kadın alınmıştır. Eskipazar ilçesinden 143 kadından 15 kadın, Eflani ilçesinden 68 kadından 7 kadın, Ovacık ilçesinden ise 30 kadından 3 kadın örnekleme alınmıştır (Çizelge 3.3.3).

**Çizelge 3.3.3.** Yenice, Eskipazar, Eflani ve Ovacık İlçelerindeki AH Birimlerine Göre Tabaka Ağırlığı ve Örneklem Sayısı Belirleme

Tabaka No	Tabaka Adı (AH)	0-12 Ay Bebeği Olan Anne Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Alınan Anne Sayısı
<b>Yenice</b>				
53	1 Nolu AH	18	18/2465=0.007	0.007x245=2
54	2 Nolu AH	18	18/2465=0.007	0.007x245=2
55	3 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
56	4 Nolu AH	38	38/2465=0.015	0.015x245=4
57	5 Nolu AH	39	39/2465=0.015	0.015x245=4
58	6 Nolu AH	18	18/2465=0.007	0.007x245=2
59	7 Nolu AH	19	19/2465=0.007	0.007x245=2
<b>Toplam</b>		<b>178</b>		<b>19</b>
<b>Eskipazar</b>				
60	1 Nolu AH	19	19/2465=0.007	0.007x245=2
61	2 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
62	3 Nolu AH	28	28/2465=0.011	0.011x245=3
63	4 Nolu AH	30	30/2465=0.012	0.012x245=3
64	5 Nolu AH	38	38/2465=0.015	0.015x245=4
<b>Toplam</b>		<b>143</b>		<b>15</b>
<b>Eflani</b>				
65	1 Nolu AH	20	20/2465=0.008	0.008x245=2
66	2 Nolu AH	30	30/2465=0.012	0.012x245=3
67	3 Nolu AH	18	18/2465=0.007	0.007x245=2
<b>Toplam</b>		<b>68</b>		<b>7</b>
<b>Ovacık</b>				
68	1 Nolu AH	30	30/2465=0.012	0.012x245=3
<b>Toplam</b>		<b>30</b>		<b>3</b>

**Üçüncü aşamada;** sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini ve örneklemini oluşturan birey sayıları belirlendikten sonra, evren sayısı (N=2465) örneklem sayısına bölünerek (n=245) birimler arası uzaklık “**k**” katsayısı (2465/245=9,704) belirlenmiştir (**k=10**). Aile hekimliğinde kayıtlı anneler bebeklerinin doğum ayı küçük olandan büyük olana doğru sıralanarak listeleme yapılmıştır. Listedeki ilk sayı rastgele seçilmiş olup, k katsayısına göre her 10 annede bir seçim yapılarak örnekleme alınacak anneler belirlenmiştir. Çalışmada örnekleme seçilen fakat herhangi bir nedenle ulaşılamayan, araştırmaya katılmayı reddeden ya da örnekleme alınma kriterlerine uygun olmayanlar bulunabileceği göz önüne alınarak, aynı yöntemle 2 katı oranında yedek grup belirlenmiştir.

Sonuç olarak, araştırmada tabaka ağırlığına göre örnekleme alınacak birey sayısı belirlenirken 0.5 ve üstü sayılar bir üst rakama yuvarlandığından, araştırmanın örnekleme **254** anneden oluşmuştur. Örnekleme alınma kriterleri ise;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Konuşma, işitme ve zihinsel engeli bulunmaması
- Türkçe anlama ve konuşma problemi olmaması
- Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı bulunmamasıdır.

Çalışmada; 2 anne çalışmaya katılmayı kabul ettiği halde, veri toplama formunun doldurulması sırasında bebeği huzursuzlanması nedeniyle formu doldurmayı yarıda kesip, çalışmaya katılmayacağını bildirdiği için kapsam dışında bırakılmıştır. Ayrıca çalışma sırasında 1 annenin, gebelik öncesi dönemde depresyon tanısı aldığı ve tedavi gördüğü anlaşıldığından çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğünü sağlamak için, ulaşılamayan (10 anne) ya da kapsam dışında kalanların (3 anne) yerine yedek listeden seçilen anneler çalışmaya dâhil edilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğurganlık öyküleri ile ilgili veri toplama formu (Ek.1) ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (Ek 2) olmak üzere 2 form kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak elde edilen bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır. Veri toplama formu oluşturulduktan sonra uygunluğun değerlendirilmesi açısından 2 Ebelik Anabilim Dalı<sup>1</sup> öğretim üyesi, 2 Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı<sup>2</sup> öğretim üyesi olmak üzere 4 uzmandan görüş alınmıştır. Anket formuna son şekli verildikten sonra 1 yaşından küçük çocuğu olan 15 anne üzerinde pilot çalışma yapılmış, anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan ifadeler yeniden düzenlenmiştir. Veri toplama formu 3 bölümden oluşmuştur.

<sup>1</sup> Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN Ege Üniv. Sağlık Bil. Fak. Ebelik Bölümü,

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bil. Fak. Ebelik ABD Başkanı,

<sup>2</sup> Doç. Dr. Gül ÜNSAL Marmara Üniv. Sağlık Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD Başkanı,

<sup>2</sup> Yrd. Doç. Dr. Semra KARACA Marmara Üniv. Sağ. Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği ABD.

**Birinci bölüm (1.- 32. sorular):** Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini sorgulayan (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, eş eğitimi ve eşin çalışma durumu, aile geliri, gebelik, doğum sayısı, doğum şekli, aile tipi vb.) 32 sorudan oluşmaktadır.

**İkinci bölüm (32.-37. sorular):** Bu bölümde doğum sonu depresyon risk faktörlerini sorgulayan (ruhsal özgeçmiş ve soy geçmişi, bebeğin sağlığı ve doğum sonu döneme uyum, sosyal destek vb.) 5 soru bulunmaktadır.

**Üçüncü bölüm:** Bu bölümde Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) yer almaktadır. Cox (1987) tarafından geliştirilen ölçek, İngiltere’de doğum yapmış kadınlarda depresyon gelişme riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış, kendini değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması, Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.86, özgüllüğü 0.76 olarak bulunmuştur. 4’lü Likert tipinde hazırlanan ve toplam 10 sorudan oluşan ölçek, 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte; 3., 5., 6.,7., 8., 9., 10. Maddeler ters puanlanmaktadır ( 3, 2, 1, 0 şeklinde). Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30’dur. 13 ve üzerinde puan alan kişiler doğum sonu depresyon yönünden riskli grup olarak kabul edilir (Engindeniz ve ark. 1996)

Çalışmada Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) Cronbach’s Alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçek kesme puanı 13 olarak alınmış ve 13 ve üzeri puan alan anneler, doğum sonu depresyon açısından risk grubu olarak kabul edilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler toplanmaya başlanmadan önce, araştırmanın yürütüleceği aile hekimliği birimlerindeki aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında görüşme yapılmıştır. Örnekleme dâhil olan anneler, aranarak çalışmanın amacı anlatılmış ve aile hekimliği birimine davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezinde randevu verilmiştir. Aynı ASM içerisinde bulunan AH birimine kayıtlı kadınlara zaman tasarrufu sağlamak adına mümkün olduğunca aynı gün içerisinde randevu verilmeye

çalışılmıştır. Her bir ASM'ye 1-5 gün arasında değişen randevu ziyaretleri düzenlenmiştir.

Araştırmaya randevuya gelen, araştırmaya katılmaya gönüllü kadınların yazılı onamları alındıktan sonra başlanmıştır. Veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuş, EPDÖ ise annelere verilerek, kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Veriler mesai saatleri içerisinde, aile sağlığı merkezlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Okuma- yazması olmayan ya da okuduğunu anlayamayan annelere araştırmacı tarafından kesinlikle yorum yapılmadan sorular okunmuş ve cevapları işaretlenmiştir. Verilerin toplanma işlemi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler istatistik programına aktararak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları ve çapraz tablolar verilmiştir. İki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Sayısal değişkenler ile depresyon puanları arasındaki farklılığın incelenmesinde spearman korelasyon katsayılarından, depresyon puanı üzerinde etkili olan değişkenleri belirlemek için çoklu doğrusal regresyon modelinden yararlanılmıştır. Ayrıca Edinburgh Postpartum depresyon ölçeği güvenilirliği için ise Cronbach's Alfa değerleri kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya, Karabük Üniversitesi etik kurul onayı (Ek.4) ve Karabük Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli kurum izni (Ek.5) alındıktan sonra başlanmıştır. Örneklem seçilen annelere araştırmacı tarafından, araştırmanın önemi ve amacı açıklandıktan sonra yazılı onam formları (Ek.3) alınmıştır.

Anket uygulama sırasında annelerin tüm soruları cevaplanmıştır. Anketin doldurulmasının ardından EPDÖ sonucu değerlendirilerek annelere doğum sonu depresyon hakkında bilgi verildi. Doğum sonu depresyon yönünden risk altında olduğu tespit edilen annelere konu hakkında bilgi verilerek gerekli yönlendirmeler

yapılmıştır. Ayrıca, DSD yönünden risk altında olduğu tespit edilen annelerin takip ve izlemlerinin yapılabilmesi için bağlı oldukları aile hekimlikleri bilgilendirilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar**

Araştırma sonuçları Karabük ili için geçerlidir, tüm topluma genelleme yapılamaz. Verilerin toplanması için verilen randevu tarihi bebeğin izlem ve aşı tarihleri ile denk geldiği durumlarda, bebeğin ağlaması veya huzursuz olması nedeniyle formu doldurmaya ara verilmiş olup bebek sakinleştikten sonra araştırmaya devam edilmiştir.

Öte yandan araştırmada örnekleme seçilen annelerin çoğunluğunun araştırmaya katılmayı kabul etmesi, konuya ilgi duyması ve aile hekimliği birimlerinde görev yapan hekim ve sağlık çalışanlarının çoğunluğunun destekleyici bir yaklaşım göstermesi çalışmanın yapılmasında kolaylık sağlamıştır.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. BULGULAR

Karabük ilinde doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, 01 Mart- 01 Temmuz 2015 tarihleri arasında, tanımlayıcı - kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular;

**4.1.** Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

**4.2.** Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**4.3.** Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulgular

**4.4.** Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulgular olmak üzere 4 ana başlık altında sunulacaktır.

#### 4.1. Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

Çalışmada Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) Cronbach's Alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.1.1.** Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma (Ss)	Min-Max
EPDÖ Puanı	8,224	5,337	0-24
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Depresyon Riski Yok	196	77,2	
Depresyon Riski Var*	58	22,8	
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>	

\*: EPDÖ puanı 13 ve üzeri alınmıştır.

Olguların EPDÖ'den aldığı puanlar incelendiğinde; annelerin depresyon puanları ortalama  $8,24 \pm 5,337$ 'dir. EPDÖ puanına göre doğum sonu depresyon (DSD) görülme sıklığı değerlendirildiğinde; annelerin %77,2'sinde DSD görülme riski bulunmazken, %22,8'inde ise DSD görülme riski (EPDÖ puanı 13 ve üzeri alındığında) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

#### 4.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik, yaş ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmada kadınların %48,4'ünün 24-30 yaş grubunda yer aldığı, %98,0'ının evli olduğu, çoğunluğunun ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu (%48,1), yalnızca %19,3'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların eşlerine ait özellikler incelendiğinde, çoğunluğunun lise mezunu (%38,3) olduğu ve çalıştığı (%97,2) belirlendi. Kadınların %6,2'sinin sosyo-ekonomik durumunu kötü olarak algıladığı ve çoğunluğunun (%74,8) aile şeklinin çekirdek aile olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.1.** Olguların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	249	98,0
Bekâr*	5	2,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim ve altı	122	48,1
Lise	74	29,1
Üniversite ve üzeri	58	22,8
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim ve altı	84	33,2
Lise	97	38,3
Üniversite ve üzeri	72	28,5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	205	80,7
Çalışıyor	49	19,3
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	7	2,8
Çalışıyor	247	97,2
<b>Gelir düzeyi</b>		
Asgari ücretten az	86	33,9
Asgari ücret ve daha fazla	168	66,1
<b>Algılanan sosyo- ekonomik durum</b>		
İyi	106	41,8
Orta	132	52,0
Kötü	16	6,2
<b>Aile şekli</b>		
Çekirdek aile	190	74,8
Geniş aile	64	25,2
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

\*:Bekâr, resmi nikâhı olmayan, eşinden ayrılmış ya da boşanmış kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmada, kadınların yaş gruplarına göre DSD görülme riski incelendiğinde; 17-23 yaş grubundakilerin %35,9'unda, 24-30 yaş grubundakilerin %20,3'ünde 31 yaş ve üzeri olanların %20,7'sinde DSD riski olduğu görülmüştür. DSD görülme riski ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $\chi^2=4,465$   $p=0,107$ ) (Tablo 4.2.2).

Kadınların evlenme yaşı ile DSD arasındaki ilişki incelendiğinde 18 yaş altında evlenenlerin %33,3'ünde, 18 yaş ve üzerinde evlenenlerin %21,7'sinde DSD riski belirlenmiştir. Evlenme yaşı ile DSD riski arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $\chi^2=1,658$   $p=0,073$ ) (Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.2.** Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkisi

Özellikler	Depresyon Riski Yok (n=196)		Depresyon Riski Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Yaş</b>							
17-23	25	(64,1)	14	(35,9)	39	(100)	$\chi^2=4,465$
24-30	98	(79,7)	25	(20,3)	123	(100)	$p=0,107$
31+	73	(79,3)	19	(20,7)	92	(100)	
<b>Evlenme Yaşı</b>							
18 yaş altı	16	(66,7)	8	(33,3)	24	(100)	$\chi^2=1,658$
18 yaş ve üstü	180	(78,3)	58	(21,7)	230	(100)	$p=0,073$
<b>Medeni durum</b>							
Evli	195	(78,3)	54	(21,7)	249	(100)	
Bekâr	1	(20,0)	4	(80,0)	5	(100)	
<b>Eğitim durumu</b>							
İlköğretim ve altı	85	(69,7)	37	(30,3)	122	(100)	$\chi^2=7,585$
Lise	63	(85,1)	11	(14,9)	74	(100)	$p=0,023$
Üniversite ve üzeri	48	(82,8)	10	(17,2)	58	(100)	
<b>Eşin eğitim durumu</b>							
İlköğretim ve altı	61	(72,6)	23	(27,4)	36	(100)	$\chi^2=3,380$
Lise	74	(76,3)	23	(23,7)	97	(100)	$p=0,185$
Üniversite ve üzeri	61	(84,7)	11	(15,3)	72	(100)	
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışmıyor	155	(75,6)	50	(24,4)	205	(100)	$\chi^2=1,459$
Çalışıyor	41	(83,7)	8	(16,3)	49	(100)	$p=0,227$
<b>Eşin çalışma durumu</b>							
Çalışmıyor	4	(57,1)	3	(42,9)	7	(100)	
Çalışıyor	192	(77,7)	55	(22,3)	247	(100)	
<b>Gelir düzeyi</b>							
Asgari ücretten az	55	(64,0)	31	(36,0)	86	(100)	$\chi^2=12,881$
Asgari ücret ve daha fazla	141	(83,9)	27	(16,1)	168	(100)	$p=0,000$
<b>Algılanan sosyo-ekonomik durum</b>							
İyi	89	(84,0)	17	(16,0)	106	(100)	$\chi^2=13,067$
Orta	100	(5,8)	32	(24,2)	132	(100)	
Kötü	7	(43,8)	9	(56,2)	16	(100)	$p=0,001$
<b>Aile şekli</b>							
Çekirdek aile	150	(78,9)	40	(21,1)	190	(100)	$\chi^2=1,359$
Geniş aile	46	(71,9)	18	(28,1)	64	(100)	$p=0,244$

\*: Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

Araştırmada medeni durum ile DSD riski arasındaki ilişki incelendiğinde, evli kadınların %21,7'sinde, bekârların ise (bekâr, boşanmış ve eşi vefat eden dâhil) %80,0'ında DSD riski olduğu saptanmış, aradaki ilişki anlamlı olarak değerlendirilmesine karşın, bekâr anne sayımızın (n=5) az olması nedeniyle

istatistiksel analiz yapmak uygun olmadığından veri elde edilememiştir (Tablo 4.2.2).

Eğitim durumuna göre DSD görülme riski incelendiğinde; eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanların %30,3'ünde, lise mezunlarının %14,9'unda, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların ise %17,2'sinde DSD riski bulunmaktadır. Eğitim durumu ile DSD görülme riski arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $\chi^2=7,585$   $p=0,023$ ). Buna göre, ilköğretim ve altında eğitim seviyesine sahip olan annelerin depresyon riski diğerlerine göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.2.2).

Araştırmada, DSD görülen kadınların eşleri %27,4'ü ilköğretim ve altı, %23,7'ü lise ve %15,3'ü üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu ve eşin eğitim durumu ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=3,380$   $p=0,185$ ) (Tablo 4.2.2).

Gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan kadınların %24,4'ünde, çalışanların ise %16,3'ünde DSD riski tespit edilmiş olup, çalışma durumu DSD görülme riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=1,459$   $p=0,227$ ) (Tablo 4.2.2).

Eşi çalışmayan kadınların %42,9'unda, eşi çalışanların ise %22,3'ünde DSD riski olduğu tespit edilmiş ancak, eşin çalışması ile DSD görülme riski arasındaki ilişki analize uygun olmadığından istatistiksel olarak veri elde edilememiştir (Tablo 4.2.2).

Gelir durumu asgari ücretten az olanların %36,0'ında, gelir durumu asgari ücret ve üzeri olanların ise %16,1'inde DSD riski olduğu ve gelir durumu ile DSD görülme riski arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=12,881$   $p=0,000$ ). Buna göre, aylık geliri asgari ücretten az olanların depresyon riski görülme oranı asgari ücret ve daha fazla geliri olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.2.2).

Araştırmada sosyo-ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların %84'ünde DSD riski bulunmazken, kötü olarak algılayanların %56,2'sinde DSD riski saptanmıştır. Algılanan sosyo-ekonomik durum ile DSD riski görülme arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir

( $\chi^2=13,067$   $p=0,001$ ). Buna göre, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda DSD görülme riski iyi olarak algılayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.2.2).

Aile şeklinin DSD riski görülmesine etkisi incelendiğinde; çekirdek aileye sahip kadınların %21,1’inde, geniş aileye sahip olanların ise %28,1’inde DSD belirlendiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği ( $\chi^2=1,359$   $p=0,244$ ) bulgulanmıştır (Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.3.** Olguların Yaş ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Dağılımları (n=254)

Özellikler	Ortalama	Ss	Min-Max
Kadının yaşı	28.83	5.257	17-45
Evlilik yaşı	22.30	4.350	14-40
İlk doğum yaşı	23.96	4.575	16-40
Gebelik sayısı	2.23	1.249	1-6
Doğum sayısı	1.93	0.897	1-7
Yaşayan çocuk sayısı	1.92	0.892	1-7
Bebek kaç aylık?	4.47	2.946	1-11
Aylık gelir	2.075.39	1.489.396	100-10.000

Araştırmada kadınların yaş ortalaması  $28.83\pm 5.257$  olup evlenme yaşının ortalama  $22.30\pm 4.350$ , ilk doğum yapma yaşının ise ortalama  $23.96\pm 4.575$  olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalama  $2.23\pm 1,249$  iken doğum sayısı  $1,93\pm 0,897$ , yaşayan çocuk sayısı ise ortalama  $1.92\pm 0,892$ ’dir. Annelerin bebekleri ortalama  $4.47\pm 2.946$  aylık ve aylık gelirleri ortalama  $2.075.39\pm 1.489.396$ ’dır (Tablo 4.2.3).

**Tablo 4.2.4.** Olguların Obstetrik Özellikleri ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki

Özellikler	Depresyon Riski Yok (n=196)		Depresyon Riski Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Gebelik sayısı</b>							
İlk gebelik	68	(79,1)	18	(20,9)	86	(100)	$\chi^2=0,268$
2 ve üzeri	128	(76,2)	40	(23,8)	168	(100)	$p=0,639$
<b>Doğum sayısı</b>							
İlk doğum	72	(80,0)	18	(20,0)	90	(100)	$\chi^2=0,636$
2 ve üzeri	124	(75,6)	40	(24,4)	164	(100)	$p=0,532$
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>							
Tek çocuk	73	(80,2)	18	(19,8)	91	(100)	$\chi^2=0,751$
2 ve üzeri	123	(75,5)	40	(24,5)	163	(100)	$p=0,438$

\*: Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

Araştırmada DSD riski görülme durumu obstetrik özellikler açısından değerlendirildiğinde; ilk gebeliği olanların %20,9'unda, 2 ve üzeri gebeliği olanların 23,8'inde, ilk doğumu olanların %20,0'sinde, 2 ve üzerinde doğum yapanların %24,4'ünde, tek çocuğu olanların %19,8'inde, 2 ve daha fazla çocuğu olanların %24,5'inde DSD riski olduğu belirlenmiştir. DSD görülme riski ile gebelik sayısı ( $\chi^2=0,268$   $p=0,639$ ), doğum sayısı ( $\chi^2=0,636$   $p=0,532$ ) ve çocuk sayısı ( $\chi^2=0,751$   $p=0,438$ ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.2.3).

**Tablo 4.2.5.** Depresyon Puanları ile Sayısal Değişkenler Arasındaki İlişki

	Annenin yaşı	Aylık ortalama gelir	Evlilik yaşı	İlk doğum gerçekleştirme yaşı	Bebek kaç aylık	Depresyon puanı
Annenin yaşı	1					
Aylık ortalama gelir	0,185**	1				
Evlilik yaşı	0,461**	0,362**	1			
İlk doğum gerçekleştirme yaşı	0,481**	0,366**	0,926*	1		
Bebek kaç aylık	-0,067	-0,082	-0,114	-0,119	1	
Depresyon puanı	-0,129*	-0,192**	0,198*	-,0168**	-0,012	1

\*: $p<0,05$

\*\*: $p<0,01$

\*\*\*: $p<0,001$

Araştırmada, bazı sayısal değişkenlerin DSD riski görülme durumu ile ilişkisini incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Annenin yaşı (-0,129,  $p<0,05$ ), aylık ortalama gelir (-0,192,  $p<0,01$ ), evlilik yaşı (-0,198,  $p<0,01$ ) ve ilk doğum gerçekleştirme yaşı (-0,168,  $p<0,01$ ), negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; kadın yaşı, aylık ortalama gelir azaldıkça, evlilik yaşı düştükçe ve ilk doğum gerçekleştirme yaşı düştükçe kadınların depresyon puanları artış göstermektedir (Tablo 4.2.5).

### 4.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde olguların gebelik öncesi ve gebelik dönemi ile bazı doğum özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları verilmiştir.

**Tablo 4.3.1.** Gebelik Öncesi ve Gebelik Dönemine İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelik öncesi adet düzeni</b>		
Düzensiz	50	19,7
Düzenli	204	80,3
<b>Dismenore varlığı</b>		
Yok	138	54,3
Var	116	45,7
<b>İnfertilite tedavisi</b>		
Hayır	232	91,3
Evet	22	8,7
<b>Gebeliğin planlanma durumu</b>		
Planlı	165	65,0
Plansız	22	8,6
Plansız fakat sonradan istenen	67	26,4
<b>Ailede ruhsal hastalık öyküsü</b>		
Yok	232	91,3
Var	22	8,7
<b>Önceki gebeliklerden/doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşama*</b>		
Hayır	152	90,5
Evet	16	9,5
<b>Gebelikte sorun yaşama durumu</b>		
Hayır	128	50,4
Evet**	126	49,6
<b>Doğumun gerçekleşme zamanı</b>		
37 hafta ve altı	56	22,0
38 hafta ve üzeri	198	78,0
<b>Doğum şekli</b>		
Vajinal doğum	81	31,9
Sezaryen doğum	173	68,1

\*: İlk gebeliği olanlar bu soruya cevap vermemiştir.

\*\* :Gebelikte yaşanan sorunlar; düşük tehdidi, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemesis gravidarum, kanama ve diğer sorunlardır.

Araştırmada kadınların gebelik öncesi dönemde %19,7'sinin adetlerinin düzensiz olduğu, yarısına yakınının (%45,7) adetleri sırasında dismonere yaşadığı belirlenmiştir. Olgulardan %8,7'si ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunduğunu, %9,5'i önceki gebelik/doğumdan sonra ruhsal sorun yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %8,7'si infertilite tedavisi görerek gebe kaldığını, çoğunluğunun gebeliğinin planlı (%65,0) veya sonradan istenen gebelik olduğu (%26,4) ve



%49,6'sının gebelikte sorunlar yaşadığı (düşük tehdidi, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemesis gravidarum, kanama ve diğer) belirlenmiştir. Olguların bazı doğum özellikleri incelendiğinde; kadınların %78'inin doğumunu 38 hafta ve üzerinde gerçekleştirdiği; %31,9'unun vaginal yolla, %68,1'inin ise sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

**Tablo 4.3.2.** Gebelik Öncesi ve Gebelik ve Doğumuna İlişkin Özellikler ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki

Özellikler	Depresyon Riski Yok (n=196)		Depresyon Riski Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Gebelik öncesi dismenore varlığı</b>							
Yok	106	(76,8)	32	(23,2)	138	(100)	$\chi^2=0,021$ $p=0,694$
Var	90	(77,6)	26	(22,4)	116	(100)	
<b>Gebelik öncesi adet düzeni</b>							
Düzensiz	32	(64,0)	18	(36,0)	50	(100)	$\chi^2=6,124$ $p=0,013$
Düzenli	164	(80,4)	40	(19,6)	204	(100)	
<b>İnfertilite tedavisi</b>							
Hayır	182	(78,4)	50	(21,6)	232	(100)	$\chi^2=2,502$ $p=0,114$
Evet	14	(63,6)	8	(36,4)	22	(100)	
<b>Gebeliğin planlanma durumu</b>							
Planlı	132	(80,0)	33	(20,0)	165	(100)	$\chi^2=2,378$ $p=0,305$
Plansız	15	(68,2)	7	(31,8)	22	(100)	
Plansız fakat sonradan istenen	49	(73,11)	18	(26,9)	67	(100)	
<b>Ailede ruhsal hastalık öyküsü</b>							
Yok	183	(78,9)	49	(21,1)	232	(100)	$\chi^2=4,466$ $p=0,035$
Var	13	(59,1)	9	(40,9)	22	(100)	
<b>Önceki gebeliklerden/doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşama**</b>							
Yok	121	(79,6)	31	(20,4)	152	(100)	$\chi^2=10,259$ $p=0,001$
Var	7	(43,8)	9	(56,3)	16	(100)	
<b>Gebelikte sorun yaşama</b>							
Yok	100	(78,1)	28	(21,9)	128	(100)	$\chi^2=0,135$ $p=0,713$
Var***	96	(76,2)	30	(23,8)	126	(100)	
<b>Doğumun gerçekleşme zamanı</b>							
37 hafta ve öncesi	38	(67,9)	18	(32,1)	56	(100)	$\chi^2=3,532$ $p=0,060$
38 hafta ve sonrası	158	(79,8)	40	(20,2)	198	(100)	
<b>Doğum şekli</b>							
Vaginal doğum	56	(69,1)	25	(30,9)	81	(100)	$\chi^2=4,351$ $p=0,037$
Sezaryen doğum	140	(80,9)	33	(19,1)	173	(100)	

\*: Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

\*\* : Bu soruya daha önce gebelik/doğum geçirmişler yanıt vermiştir (n:168).

\*\*\*:Gebelikte yaşanan sorunlar; düşük tehdidi, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemesis gravidarum, kanama ve diğer sorunlardır.

Araştırmada, gebelik öncesi dismenoreisi olan kadınların %22,4'ünde, infertilite tedavisi gören gebeler kalanların %36,4'ünde, gebeliği plansız olanların %31,8'inde, gebeliğinde sorun yaşayanların %23,8'inde DSD riski olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi dönemde dismenore varlığı ( $\chi^2=0,021$   $p=0,694$ ), infertilite tedavisi görme ( $\chi^2=2,502$   $p=0,114$ ), gebeliğin planlı olma durumu ( $\chi^2=2,378$   $p=0,305$ ) ve gebelikte sorun yaşama ( $\chi^2=0,135$   $p=0,713$ ) ile DSD riski arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Gebelik öncesi dönemde adetleri düzensiz olanların %36,0'ında, düzenli olanların %19,6'sında DSD riski olduğu ve adetleri düzensiz olanlarda DSD riski görülme oranının adetleri düzenli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=6,124$   $p=0,013$ ) (Tablo 4.3.2).

Ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü olmayanların %21,1'inde, olanların ise %40,9'unda DSD riski olduğu belirlenmiştir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=4,466$   $p=0,035$ ). Buna göre, ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü olan kişilerde DSD riski görülme oranı ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü olmayan kişilere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Olguların önceki gebeliklerden/doğumlarından sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşayanların %56,3'ünde, yaşamayanların ise %20,4'ünde DSD riski olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=10,259$   $p=0,001$ ) (Tablo 4.3.2).

Annelerin gebelik döneminde sorun yaşamaları ile DSD riski arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliğinde sorun yaşayan annelerin %23,8'inde, sorun yaşamayanların ise %21,9'unda DSD riski bulunduğu, ancak gebelikte sorun yaşama durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=0,135$   $p=0,713$ ) (Tablo 4.3.2).

Araştırmada doğumun gerçekleşme zamanı ile DSD riski arasındaki ilişki incelendiğinde; erken doğum yapanların (37. hafta ve öncesi) %32,1'inde, miadında (38. hafta ve üstü) doğum yapanların ise %20,2'sinde DSD riski olduğu ve aradaki

ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $\chi^2= 3,532$   $p= 0,060$  ) (Tablo 4.3.2).

Vajinal doğum yapanların %30,9'unda, sezaryen ile doğum yapanların ise %19,1'inde DSD riski olduğu tespit edilmiştir. Doğum şekli ile DSD riski görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=4,351$   $p=0,037$ ). Vajinal doğum yapanlarda DSD risk oranı sezaryen ile doğum yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

#### 4.4. Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde doğum sonu dönemde, bebeğin özellikleri, annenin doğum sonu sosyal desteği, doğum sonu dönemde yaşanan sorunlara ilişkin bulgular verilmiştir.

**Tablo 4.4.1.** Bebeğin Durumuna İlişkin Değişkenlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Kız	125	49,2
Erkek	129	50,8
<b>Bebeğin doğum sonu yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatma durumu</b>		
Hayır	202	79,5
Evet	52	20,5
<b>YYBÜ yatma nedeni</b>		
Solunum sıkıntısı	24	46,2
Enfeksiyon	10	19,2
Sarılık	9	17,3
Taşikardi	3	5,8
Mekonyum aspirasyonu	2	3,8
Diğer*	4	7,7
<b>Bebeği emzirme durumu</b>		
Emzirmiyor	31	12,2
Emziriyor	223	87,8
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

\*:Bronşit, Prematüre, Kalp hastalığı, Böbrek rahatsızlığı

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların bebeklerinde kız (%49,2) ve erkek (%50,8) oranlarının birbirine yakın olduğu, %20,5'inin doğduktan sonra

YYBÜ’nde yattığı, YYBÜ’nde en sık yatma nedeninin solunum sıkıntısı (%46,2) olduğu ve bebeklerin çoğunluğunun emzirildiği (%87,8) belirlenmiştir (Tablo 4.4.1)

**Tablo 4.4.2.** Bebeğin Özellikleri İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellikler	Depresyon Riski Yok (n=196)		Depresyon Riski Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>							
Kız	97	(77,6)	28	(22,4)	125	(100)	$\chi^2=0,026$
Erkek	99	(76,7)	30	(23,3)	129	(100)	$p=0,871$
<b>Bebeğin doğum sonu YYBÜ yatma durumu</b>							
Hayır	154	(76,2)	48	(23,8)	202	(100)	$\chi^2=0,482$
Evet	42	(80,8)	10	(19,2)	52	(100)	$p=0,488$
<b>Bebeği emzirme durumu</b>							
Emzirmiyor	25	(80,6)	6	(19,4)	31	(100)	$\chi^2=0,243$
Emziriyor	171	(76,7)	52	(23,3)	223	(100)	$p=0,622$

\*: Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

Araştırmada kız bebeği olanların %22,4’ünde, erkek bebeği olanların %23,3’ünde; doğum sonu bebeği YYBÜ’de yatanların %19,2’sinde yatmayanların %23,8’inde, bebeğini emzirmeyenlerin %19,3’ünde, emzirenlerin %23,3’ünde DSD riski olduğu belirlenmiştir. Doğum sonu depresyon riski ile bebeğin cinsiyeti ( $\chi^2=0,026$   $p=0,871$ ), YYBÜ’de yatma durumu ( $\chi^2=0,482$   $p=0,488$ ) ve bebeği emzirme durumu ( $\chi^2=0,243$   $p=0,622$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.2).

**Tablo 4.4.3.** Doğum Sonu Sosyal Destek İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Doğum sonu eşten destek görme*</b>		
Hayır	55	22,1
Evet	197	77,9
<b>Doğum sonu aile/arkadaşlardan destek görme</b>		
Hayır	47	18,5
Evet	207	81,5
<b>Bebeğin evlilik yaşamını olumsuz etkilediğini düşünme</b>		
Hayır	233	91,7
Evet	21	8,3
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

\*: Bu soruya bekâr olan 1 kişi cevap vermemiştir.

Araştırmada, kadınların %22,1'i doğumdan sonra bebek bakımı ve diğer işlerin yapılmasında eşinden destek görmediğini, %18,5'i aile/arkadaşlardan destek görmediğini, %8,3'ünün ise bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 4.4.3).

**Tablo 4.4.4.** Doğum Sonu Sosyal Destek ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki

Özellikler	Depresyon Riski Yok (n=196)		Depresyon Riski Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	
<b>Doğum sonu eşten destek görme**</b>							
Hayır	38	(69,1)	17	(30,9)	55	(100)	$\chi^2=2,535$
Evet	157	(79,3)	41	(20,7)	198	(100)	$p=0,111$
<b>Doğum sonu aile/arkadaşlardan destek görme</b>							
Hayır	28	(59,6)	19	(40,4)	47	(100)	$\chi^2=10,128$
Evet	168	(81,2)	39	(18,8)	207	(100)	$p=0,001$
<b>Bebeğin evlilik yaşamını olumsuz etkilediğini düşünme</b>							
Hayır	189	(81,1)	44	(18,9)	233	(100)	$\chi^2=24,961$
Evet	7	(33,3)	14	(66,7)	21	(100)	$p=0,000$

\*: Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

\*\* : Evlilikle ilgili memnuniyete bir bekâr yanıt vermemiştir.

Araştırmada doğum sonu dönemde bebek bakımı ve diğer işlerin yapılmasında eşinden destek görmediğini belirten kadınların %30,9'unda, aile/arkadaştan destek görmediğini ifade eden annelerin %40,0'unda, bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünenlerin %66,7'sinde DSD riski olduğu belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde eşten destek görmeme ile DSD riski arasında bir ilişki saptanmazken ( $\chi^2=2,535$   $p=0,111$ ), aile veya arkadaşlarından destek görmeme ( $\chi^2=10,128$   $p=0,001$ ) ve bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünme ile ( $\chi^2=24,961$   $p=0,000$ ) DSD riski arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre doğum sonu dönemde aile/arkadaşından yeterince destek görmeyenlerin depresyon riski oranı destek görenlere göre, bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünenlerin depresyon riski oranı olumlu etkilediğini düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

**Tablo 4.4.5.** Doğumdan Sonra Yaşanan Sorunlar İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bebek bakımına yönelik yaşanan stresler</b>		
Herhangi bir stres yaşamadım	160	63,0
Evden dışarı çıkmam gerektiğinde bebeğime bakacak kimse olmaması nedeniyle sıkıntı yaşıyorum	35	13,8
Ekonomik güçlükler nedeniyle stres yaşıyorum	22	8,7
Bebeğime en iyi şekilde bakamama kaygısı taşıyorum	20	7,9
Bebeğime tek başıma bakarken kendime güvenemiyorum, ona zarar vermekten korkuyorum	17	6,7
<b>Doğum sonu dönemde bebek ve öz bakımda yaşanan sorunlar</b>		
Bebek ve kendi bakımına kısa sürede alıştım/ zorlanmadım	125	49,2
Öz bakımımı (banyo, saç tarama, diş fırçalama vb) yapamadığım zamanlar olması	82	32,3
Bebeğimin sorunlu olmasından dolayı (sarılık, gaz problemleri vb.) çok zorlandım/zorlanıyorum	26	10,2
Kendi öz bakımımı çoğu zaman yapmak istemedim	10	3,9
Duygusal değişimlerim nedeniyle bebeğime yeterince ilgi gösteremedim	7	2,8
Bebek bakımını yapmakta çok zorlandım/zorlanıyorum	4	1,6
<b>Bebeğin aile yaşamına olan etkisi</b>		
Olumlu	244	96,0
Olumsuz	10	4,0
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Araştırmada kadınların %63,0'ının bebek bakımına yönelik herhangi bir stres yaşamadığı, diğerlerinin “evden dışarı çıkması gerektiğinde bebeğine bakacak kimse olmaması” (%13,8), “ekonomik güçlükler” (%8,7), “bebeğine en iyi şekilde bakamama kaygısı”(%7,9), “bebeğine tek başına bakarken kendine güvenememe/ bebeğe zarar vermekten korkma” (%6,7) gibi nedenlerle stres yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4.5).

Kadınların doğum sonu dönemde %49,2'sinin bebek ve kendi bakımına kısa sürede alıştığı/zorlanmadığı, zorluk yaşayanların çoğunlukla öz bakımlarını (banyo, saç tarama, diş fırçalama vb.) yapmaya zaman bulamama (%32,3) ve bebeğin sorunlu olmasından (%10,2) kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.4.5).

Kadınların çoğunluğunun (%96,0) bebeğin aile yaşamına olan etkisini olumlu olarak değerlendirirken, %4'ünün olumsuz olarak nitelendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.5).

**Tablo 4.4.6.** Doğumdan Sonra Yaşanan Sorunlar İle Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellikler	Depresyon (n=196)		Yok Depresyon Var (n=58)		Toplam* (n=254)		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	
<b>Bebek bakımına yönelik stres yaşama</b>							
Hayır	134	(83,8)	26	(16,3)	160	(100)	$\chi^2=10,638$ $p=0,001$
Evet	62	(66,0)	32	(34,0)	94	(100)	
<b>Bebek ve kendi bakımına yönelik sorun yaşama</b>							
Hayır	105	(84,0)	20	(16,0)	125	(100)	$\chi^2=6,525$ $p=0,011$
Evet	91	(70,5)	38	(29,5)	129	(100)	
<b>Bebeğin aile yaşamına etkisi</b>							
Olumsuz	3	(30,0)	7	(70,0)	10	(100)	$\chi^2=13,142$ $p=0,000$
Olumlu	193	(79,1)	51	(20,9)	244	(100)	

\*:Satır toplamı ve yüzdesi verilmiştir.

Araştırmada kadınların bebek bakımına yönelik stres yaşama durumu ile DSD riski değerlendirildiğinde; bebek bakımına yönelik stres yaşayan annelerin %34,0'ında, stres yaşamayanların ise %16,3'ünde DSD riski olduğu, bebek bakımına yönelik stres ile yaşama ile DSD riski arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=10,638$   $p=0,001$ ). Buna göre, stres yaşayanların depresyon risk oranı stres yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.4.6).

Doğum sonu dönemde kadınların bebek ve kendi bakımına yönelik sorun yaşayanların %29,5'inde, sorun yaşamayanların ise %16,0'ında DSD riski olduğu, kadınların bebek ve kendi bakımına yönelik sorun yaşama durumu ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=6,525$   $p=0,011$ ). Buna göre, doğum sonu dönemde bebek ve kendi bakımlarında sorun yaşayanların depresyon risk oranı sorun yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.4.6).

Çalışmada bebeğin aile yaşamına olan etkisini olumlu değerlendirenlerin %20,9'unda, olumsuz değerlendirenlerin ise %70,0'ında DSD riski olduğu tespit

edilmiş olup, bebeğin aile yaşamına olan etkisi ile DSD riski arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=13,142$   $p=0,000$ ). Buna göre, bebeğin aile yaşamına olan etkisini olumsuz olarak nitelendirenlerin depresyon risk oranı olumlu olarak nitelendirenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.4.6).

**Çizelge 4.1.** Çoklu Doğrusal Regresyon Modelinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler

<b>Bağımsız Değişkenler</b>	
Kadının yaşı	Ailenizde ruhsal rahatsızlığı olan var mı?
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Bebeğinizin evlilik yaşantınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?
Gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?	Bebeğinize bakarken herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
Önceki gebeliklerden/ doğumlardan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşadınız mı?	Bebeğinizin yaşamınıza olan etkisini nasıl değerlendirirsiniz?

Çoklu doğrusal regresyon analizinde Çizelge 4.1’de belirtilen bağımsız değişkenler kullanılmıştır.

**Tablo 4.4.7.** Regresyon Modeline Göre Doğum Sonu Depresyon Puanını Etkileyen Değişkenler

	<b>Metod</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	<b>Durbin-Watson</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Model 1	Enter	0,274	0,251	2,198	11,585	0,000
				<b>B</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Sabit				-9,565	0,003	
Kadının yaşı				-0,138	0,014	1,013
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?				1,513	0,003	1,061
Gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?				2,899	0,006	1,016
Önceki gebeliklerden/ doğumlardan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşadınız mı?				2,616	0,029	1,057
Ailenizde ruhsal rahatsızlığı olan var mı?				3,176	0,003	1,054
Bebeğinizin evlilik yaşantınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?				4,096	0,000	1,038
Bebeğinize bakarken herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?				1,869	0,004	1,116
Bebeğinizin yaşamınıza olan etkisini nasıl değerlendirirsiniz?				0,861	0,011	1,161

( $F=11.585$ ;  $P=0.000$ \*\*\*)

Doğum sonu depresyon riskini etkileyen değişkenleri belirlemek adına çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır ve en anlamlı model Tablo 4.4.7’de



kurulmuştur ( $p<0,05$ ). Kurulan modele göre, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %27,4'ünü açıklamaktadır. Durbin-Watson değerinin 1,7 ile 2,3 aralığında olduğundan kurulan modelde otokorelasyon problemi olmadığı ve VIF değerlerinin 5'ten küçük olmasından dolayı bağımsız değişkenler arasında bir çoklu bağıntı problemi olmadığı söylenebilir. Bağımsız değişkenlerin katsayı anlamlılıkları incelendiğinde, tüm bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu söylenebilir. Oluşturulan en anlamlı modele göre ( $p<0,005$ );

- Kadının yaşı 1 birim artırıldığında depresyon puanında 0,138 birimlik bir düşüş olacağı,
- Algılanan sosyo-ekonomik durum iyiden ortaya ya da ortadan kötüye geçtiğinde 1,513 birimlik bir artış olacağı,
- Gebe kalmak için tedavi görenlerin depresyon puanının görmeyenlere göre 2,899 birim daha fazla olduğu,
- Önceki gebeliklerden/doğumlardan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşayanların depresyon puanının yaşamayanlara göre 2,616 birim daha fazla olduğu,
- Ailede ruhsal rahatsızlığı olanların depresyon puanı olmayanlara göre 3,176 birim daha fazla olduğu,
- Bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünenlerin depresyon puanı düşünmeyenlere göre 4,096 birim daha fazla olduğu,
- Bebeğine bakarken sorun yaşayanların depresyon puanının yaşamayanlara göre 1,869 birim daha fazla olduğu,
- Bebeğinin doğumunun aile yaşamına olumsuz etkisi olduğunu düşünenlerin depresyon puanı olumlu etkisi olduğunu düşünenlere göre 0,861 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.7).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Karabük ilinde araştırmaya katılan annelerde DSD görülme sıklığı, sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, gebelik ve doğum özellikleri, bebeğin özellikleri ve doğum sonu sosyal destek özelliklerine ilişkin bulguları ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişkisine dair bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular;

**5.1.** Karabük İlinde Doğum sonu Depresyon Görülme Sıklığının Tartışılması

**5.2.** Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların tartışılması

**5.3.** Olguların Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

**5.4.** Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 4 ana başlık altında tartışılacaktır.

## 5.1. Karabük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığının Tartışılması

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte yaşanan değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlar ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazıları da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik hastalıklar yaşayabilmektedir. Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, doğum sonu dönemde hayatın diğer dönemlerine göre ruhsal hastalıklar açısından daha fazla risk altındadır (Kocamanoğlu 2008).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biri doğum sonu depresyondur ve DSD doğum sonu ilk bir yıl içinde herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkabilmekte (Kocamanoğlu 2008; Fathi-Ashtiani et al. 2015) ve kadınların yaklaşık %10-15'ini etkilemektedir (Patel et al. 2002; Gavin et al. 2005; Özdemir ve ark. 2008; Almond 2009; Sylvén et al. 2011; Brummelte and Galea 2015). DSD görülme sıklığı, hastaların doğumdan sonra değerlendirildiği zaman dilimi, örneklem büyüklüğü ve örneklemin özellikleri, tanı koymada kullanılan araçlar ve bu araçların kesme puanlarının değişiklik göstermesi nedeniyle farklılıklar göstermektedir. Doğum sonu depresyon taraması klinik değerlendirme ile yapılabilse de genellikle tarama araçları kullanır. Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyon görülme sıklığını araştıran çalışmaların çoğunda konuya özgü geliştirilmiş tarama ölçekleri kullanılmıştır. Ülkemizde doğum sonrası 1.hafta ile 18.ay arasında yapılan ve çoğunlukla EPDÖ kullanılan çalışmalarda DSD görülme sıklığı %12,5 - %53,1 arasında değişmektedir (Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt 2011; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Akdeniz Erken 2016).

Araştırmada olguların EPDÖ'den aldığı puanlara göre annelerin depresyon puanları ortalama  $8,24 \pm 5,337$ 'dir. Doğum sonu depresyon (DSD) görülme sıklığı değerlendirildiğinde annelerin %77,2'sinde DSD riski bulunmazken, %22,8'inde ise DSD riski (EPDÖ puanı 13 ve üzeri alındığında) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Karadeniz bölgesinde yapılan çalışmalarda; doğum sonu depresyon görülme sıklığı Zonguldak'ta %19,5 (Atasoy ve ark. 2004), Trabzon'da % 28,1 (Ayvaz ve ark.2006), Samsun'da %23,1 olarak saptanmıştır (Sünter ve ark. 2006). Ülkemizin

Doğu Anadolu bölgesinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; doğum sonu depresyon görülme sıklığının; Erzincan il merkezinde %51.3, Malatya'da yarı kırsal bir bölge olan Doğanşehir'de %39.7, Erzurum il merkezinde %35.0 olduğu görülmektedir (Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt 2010; Ak 2010; Kırcan 2014). Doğu ve Orta Anadolu bölgesinde yer alan 5 ili kapsayan (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri ve Konya) ve örneklem büyüklüğü 2514 kadından oluşan bir başka çalışmada DSD görülme sıklığı %27.2 olarak bildirilmektedir (İnanlı ve ark. 2002).

Ankara'da yapılan pek çok çalışmada ise, görülme sıklığı %15.0 – 34.8 arasında değişmektedir (Çelikel 2012; Durukan ve ark. 2010; Seymen Tatar 2010; Türkçapar ve ark. 2015; Demir ve ark. 2016).

Ülkemizin batısında yer alan illerde yapılan çalışmalarda; DSD görülme sıklığı Aydın il merkezinde %12.5, Eskişehir'de %27.7, Mersin'de %28.4, Edirne'de %24.0, Manisa'da %31.4, Çanakkale'de %26.2 olarak belirlenmiştir (Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Can 2010; Arslan D 2012; Arslan A 2012; Göker ve ark. 2012; Gümüş ve ark. 2012).

Görüldüğü gibi ülkemizin, doğusundan batısına doğru gidildikçe DSD görülme sıklığı azalmaktadır. Çalışmamızın örnekleminin hem kırsal hem de kentsel alanı kapsamaması, Karabük ilinin Karadeniz bölgesinin batısında yer alan bir il olması nedeniyle DSD görülme sıklığımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

## **5.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde; araştırmaya katılan annenin yaşı, evlenme yaşı, medeni durum, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, aile gelir düzeyi, aile şekli, gebelik, doğum ve çocuk sayısına ait bulgular tartışılmıştır.

Adölesan annelerde, annelik rolüne uyumdaki zorlanmalar, fiziksel ve ruhsal gelişimin tamamlanmamış olması nedeniyle doğum sonu depresyon riski daha fazladır. Bu nedenle anne yaşı ile DSD arasında ters orantı bulunmaktadır. Annenin yaşı arttıkça doğum sonu depresyon görülme sıklığı azalmaktadır (Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt 2011; Arslan A 2012).

Araştırmada annelerin yaş ortalamasının  $28.83 \pm 5.257$ 'dir. Anneler yaş gruplarına göre incelendiğinde; 17-23 yaş grubundakilerin %35,9'unda, 24-30 yaş grubundakilerin %20,3'ünde 31 yaş ve üzerinde olanların %20,7'sinde DSD riski olduğu saptanmıştır. 17-23 yaş grubundaki annelerde DSD görülme oranı yüksek olmakla birlikte, yaş grupları ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $\chi^2=4,465$   $p=0,107$ ) (Tablo 4.4.1). Ancak EPDÖ puanları ile anne yaşı arasında yapılan korelasyon analizinde, negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizine göre kadının yaşı bir birim arttığında, EPDÖ puanında 0,138 birimlik bir düşüş olduğu görülmüştür.

Sword ve ark. (2011)'nin doğum şeklinin doğum sonu depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları ve doğum sonu 6. Haftada olan 16 yaş ve üzerindeki 2560 anneyi inceledikleri çalışmada, DSD riskinin genç annelerde (25 yaş ve altı) arttığı belirlenmiştir. Tahaoğlu ve ark. (2015) tarafından, Diyarbakır'da postpartum depresyon görülme sıklığını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan ve adölesan anneler (n=51) ile 35 yaş üstü annelerin (n=72) karşılaştırıldığı çalışmada, adölesanlarda DSD görülme sıklığı (%27,4) ileri yaş annelere göre (%19,4) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bodur, Özdemir ve Ayvaz (2010), bir grup ergen annede doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %41,4 olduğunu, adölesan annelerde erken gebelik yaşı ve düşük ekonomik seviyenin DSD ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Bazı çalışmalarda ve meta analizlerde ise, anne yaşı ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (O'Hara and Swain 1996; Beck 2001; Stewart et al. 2003; Mathisen et al. 2013; Karabulut 2014; Kırkan 2014; El-Hachem et al. 2014; Gaillard et al. 2014; Can 2014; Türkçapar ve ark. 2015; Al-Modayfer et al. 2015; De Castro et al. 2015).

Araştırmada, EPDÖ puanı ile anne yaşı arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğunun belirlenmesi ve kadının yaşı bir birim arttığında, EPDÖ puanında 0,138 birimlik bir düşüş olduğunun saptanması, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Buna karşılık, yaş gruplarına göre yaptığımız karşılaştırmada istatistiksel anlamlı sonuç elde edilememesi 17-23 yaş aralığındaki kişi sayısının az olması ilişkilendirilebilir.

Erken yaşlarda evlenen kadınlarda, doğurganlık davranışı erken başlamakta ve adölesan gebelik oranları artmaktadır (TNSA 2013). Adölesan anneler, doğum sonu depresyon açısından riskli grupta yer almaktadır (Beck 2001).

Araştırmada kadınların evlilik yaşı ortalaması  $22.30 \pm 4.350$ 'dir. 18 yaş altında evlenen annelerin %33,3'ünde, 18 yaş ve üzerinde evlenen annelerin %21,7'sinde DSD riski olduğu belirlenmiştir. Evlenme yaşı ile DSD riski arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ( $\chi^2=1,658$   $p=0,073$ ) bulunmamakla birlikte (Tablo 4.2.2), korelasyon analizinde evlilik yaşı ile EPDÖ puanları arasında, negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Evlilik yaşı arttıkça EPDÖ puanı azalmaktadır (Tablo 4.2.5).

Yılmaz ve ark. (2013)'ün gebelikte depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla Ankara'da yaptığı çalışmada, ilk evlilik yaşı 18 ve altında olan gebelerde depresyon görülme oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmektedir

Özdemir ve ark. (2007)'nin Konya'da yaptığı çalışmasında, 17 yaş ve altında evlenen annelerde DSD görülme oranı 18 yaş ve üstünde olanlara göre 1.015 kez daha fazla olduğu saptanmıştır. Aktaş (2008)'in doğum sonu 1.gün, 2.hafta ve 6 haftada EPDÖ kullanarak yaptığı çalışmada, evlilik yaşı 18'in altında olan kadınlarda depresyon görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Arslan D (2012)'nin Mersin'in kırsal ilçelerinde yaptığı çalışmada da, anne yaşı ile ilgili benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Literatürde evlilik yaşı ile DSD riski arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Ulusoy 2010; Seymen Tatar 2010; Arslan A 2012; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012).

Araştırmamızda, ilk evlenme yaşı ile EPDÖ puanı arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde (evlilik yaşı azaldıkça, EPDÖ puanında artma) düşük düzeyde bir ilişki bulunduğunun saptanması literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan, evlilik yaşı gruplanarak yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı ( $\chi^2=1,658$   $p=0,073$ ) bir ilişki saptanmamış olması 18 yaş altında evlenen kadın sayısının düşük olması ( $n=24$ ) ile ilişkilendirilebilir. Nitekim TUIK

(2013) verilerine göre Türkiye’de ortalama ilk evlenme yaşı 23,6 iken Karabük ilinde 24,2’dir.

DSD gelişimi yönünden bekâr anneler evli annelere göre daha fazla risk altındadır (Segre ve ark. 2007; Bjerke ve ark. 2008). Evli olmayan primiparlarda, evli kadınlara göre 2,9 kat daha fazla doğum sonu depresyon görülmektedir (Goyal, Gay and Lee 2010).

Araştırmada evli kadınların %21,7’sinde, bekârların ise (bekâr, boşanmış ve eşi vefat eden dâhil) %80,0’ında DSD riski olduğu saptanmış, aradaki ilişki anlamlı olarak değerlendirilmesine karşın, bekâr anne sayımızın (n=5) az olması nedeniyle istatistiksel analiz yapmak uygun olmadığından veri elde edilememiştir (Tablo 4.2.2).

Literatürde medeni durumun DSD için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Seymen Tatar 2010; Goyal, Gay and Lee 2010; Davey et al. 2011; Sword et al. 2011), DSD için anlamlı olmadığına dair çalışmalar da bulunmaktadır (Cantilino et al. 2010; Banti et al. 2011; Gümüş ve ark. 2012; Mathisen et al. 2013; Gaillard et al. 2014; De Castro et al. 2015).

Medeni duruma ilişkin araştırma bulgumuz, bekâr annelerin DSD açısından riskli olduğunu gösteren çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilebilse de, bekâr annelerin sayısının az olması nedeniyle istatistiksel bir sonuç elde edilememiş olması göz önünde bulundurulmalıdır.

DSD görülme sıklığını etkileyen faktörlerden biri de, anne eğitim seviyesidir (Gümüş ve ark. 2012). Literatürde kadınların eğitim düzeyi arttıkça ebeveynliğe uyumun arttığı, problem çözme becerisinin güçlendiği, gelecek kaygısının azaldığı ve özgüvenin arttığı bildirilmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesi yüksek olan anneler, doğum sonu dönemde herhangi bir sorun yaşadıklarında kendilerini daha rahat ifade edebilmekte ve gerektiğinde daha fazla profesyonel yardım talep edebilmektedir. Bu durum DSD gelişimini önleyici bir etken olarak düşünülebilir (Seymen Tatar 2010; Arslan D 2012).

Araştırmada eğitim durumuna göre DSD riski görülme sıklığı incelendiğinde; eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanların %30,3’ünde, lise mezunlarının %14,9’unda, üniversite ve üzeri bir okuldan mezun olanların ise %17,2’sinde DSD

riski bulunduğu ve eğitim seviyesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=7,585$   $p=0,023$ ). Buna gore, ilköğretim ve altında eğitim seviyesine sahip olan annelerin depresyon riski diğerlerine gore anlamlı derecede daha yoksektir.

Literatürde eğitim durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim seviyesi düştükçe DSD görülme riskinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Goyal, Gay and Lee 2010; Can 2010; Taherifard et al. 2013; Burgut et al. 2013; Deng et al. 2014; Mazaheri et al. 2014).

Sword ve ark. (2011)'nin doğum şeklinin doğum sonu depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olan kadınlarda istatistiksel olarak daha yoksek oranda DSD görüldüğü bildirilmektedir.

Ayrıca literatürde, eğitim durumu ile DSD arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Banti et al. 2011; Karabulut 2014; Kırkan 2014; El-Hachem et al. 2014; Gaillard et al. 2014; Al-Modayfer et al. 2015; De Castro et al. 2015; Türkçapar ve ark. 2015; Akdeniz Erken 2016).

Çalışma bulgumuz, eğitim seviyesi düştükçe DSD görülme riskinin arttığını bildiren çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çeşitli çalışmalarda sosyal desteği yoksek olan kadınlarda doğum sonu depresyon görülme sıklığının azaldığı, özellikle de eş desteğinin doğum sonu depresyon gelişimini önleyici bir etkisinin bulunduğu belirtilmektedir (Gremigni et al. 2011). Eğitim düzeyi yoksek olan erkeklerin eşlerine karşı daha destekleyici bir tutum içinde olduğu bilinmektedir (Sünter ve ark. 2006).

Araştırmamızda, DSD görülen kadınlardan eşlerinin %27,4' ilköğretim ve altı, %23,7' lise ve %15,3' niversite ve üzeri eğitime sahip olduğu ve eşin eğitim durumu ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=3,380$   $p=0,185$ ).

Sünter ve ark. (2006)'nin Samsun'da yaptıkları çalışmada, eşi lise düzeyi ve altında olanlarda, doğum sonu depresyon görülme sıklığının 1,9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, zdemir ve ark. (2008) tarafından, Konya'nın



Meram ilçesinde yapılan çalışmada, eşinin eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan kadınlarda DSD 2,125 kat daha fazla bulunmuştur. Arslan D (2012) ve Seymen Tatar (2010)'ın çalışmaları da, eşin eğitim seviyesinin düşük olmasının DSD için anlamlı bir risk faktörü olduğunu bildirmektedir.

Fakat bazı çalışmalarda eşin eğitim seviyesi ile DSD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ankara il merkezinde yapılan bir çalışmada eşin eğitim düzeyinin DSD sıklığını etkilemediği bildirilmiştir (Durukan ve ark. 2010). Doğum sonu depresyon sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Eskişehir il merkezinde (Serhan 2010), İstanbul'da (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012), Edirne il merkezinde (Arslan A 2012), Erzurum il merkezinde (Kırkan 2014) yapılan çalışmalarda da, benzer şekilde, eşin eğitim durumunun DSD gelişimi açısından anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Araştırma bulgumuz, eşin eğitim seviyesinin DSD riski görülme sıklığı üzerinde etkisi olmadığını bildiren çalışmalarla uyumludur.

Literatürde kadınların çalışma durumunun DSD görülme sıklığını etkilediği bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda, çalışan kadınlarda DSD görülme sıklığının; temel gereksinimlerini karşılama, yaşamın zorluklarıyla baş edebilme, sosyo-ekonomik sorunları daha az yaşama ve ev ortamı dışında daha fazla sosyalleşebilmesi nedeniyle daha düşük olduğu bildirilmiştir (Arslan D 2012; Bener, Gerber ve Sheikh 2012). Bazı çalışmalarda ise, çalışan annelerin hem iş hem ev yaşamında sorumluluklarının arttığı, buna bağlı olarak yaşanan güçlüklerin DSD görülme sıklığını arttığı gösterilmektedir (Burgut et al. 2013; Taherifard et al. 2013).

Araştırmada gelir getiren bir işte çalışanların %16,3'ünde, çalışmayanların ise %24,4'ünde DSD riski tespit edilmiştir. Çalışma durumu ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=1,459$   $p=0,227$ ).

Bener, Gerber ve Sheikh (2012)'in Katar'da 1659 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, doğum sonu dönemde ev hanımlarının daha çok depresif belirti gösterdiği, çalışan kadınlar ise anksiyete ve stres yaşadığı bulunmuştur. Japonya'da çalışma durumu, gelir ve eğitim ile DSD arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, işsizlik ile karşılaştırıldığında gelir getiren bir işte çalışma durumunun önemli ölçüde DSD riskini azalttığı bildirilmektedir (Miyake ve ark. 2011). Göker ve

ark. (2012) Manisa’da yaptıkları çalışmada, ev hanımı olmanın DSD riskini yaklaşık 2 kat arttırdığını belirlemiştir.

Bazı çalışmalarda ise, çalışan kadına yüklenen sorumlulardaki artışa bağlı olarak, doğum sonu depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Burgut ve ark. (2013)’ı tarafından Katar’da yapılan ve 1379 kadını DSD risk faktörleri açısından inceleyen çalışmada, DSD riskinin çalışan kadınlarda ev hanımlarına göre 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Taherifard ve ark. (2013)’nın İran’da yaptıkları çalışmada, çalışan annelerde DSD riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Zonguldak’ta yapılan bir çalışmada, çalışan kadınlarda doğum sonu depresyon görülme oranı %31,1’ken çalışmayanlarda %12,9 olarak saptanmış ve çalışanlarda DSD görülme olasılığının çalışmayanlara göre 2,44 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Atasoy ve ark. 2004).

Literatürde doğum sonu depresyon ile annenin çalışma durumu arasında ilişki saptanmadığını bildiren çok sayıda çalışma da bulunmaktadır (Arslan D 2012; Arslan A 2012; Çelikel 2012; Göker ve ark. 2012; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Mathisen et al. 2013; Karabulut 2014; Kırkan 2014; El-Hachem et al. 2014; Deng et al. 2014; Al-Modayfer 2015). Araştırma bulgumuz bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Yoksulluk, depresyon gelişimi için önemli bir etkidir (Aktaş 2008). Aile geliri, eşin çalışma durumu ve algılanan sosyo-ekonomik durum yoksulluğun göstergelerinden biri olarak kabul edilebilir. Dolayısıyla aile geliri düşük ya da eşi işsiz olan annelerin DSD yönünden risk altında olduğu düşünülebilir (Aktaş 2008; Durukan ve ark. 2010).

Çalışmamızda eşi çalışmayan kadınların %42,9’unda, eşi çalışanların ise %22,3’ünde DSD riski saptanmış olup, eşi çalışmayan kadınlarda doğum sonu depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu gözlenmesine karşın, eşi çalışmayan anne sayısının düşüklüğü nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Araştırmada gelir düzeyi ile DSD riski görülme durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $\chi^2=12,881$   $p=0,000$ ), aylık geliri asgari ücretten az olanların depresyon riskinin asgari ücret ve daha fazla geliri olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca korelasyon

analizinde ailenin aylık gelir durumu ile DSD riski arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, gelir durumu arttıkça DSD puanının azaldığı belirlenmiştir. Araştırmada algılanan sosyo-ekonomik durum ile DSD görülme sıklığı arasında da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $\chi^2=13,067$   $p=0,001$ ). Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan annelerde DSD riski daha yüksek olup, çoklu regresyon analizi sonucuna göre, ekonomik durum algısı olumsuzlaştıkça, EPDÖ puanında 1,513 birimlik bir artış olmaktadır.

Pek çok çalışmada ailenin gelir düzeyinin düşük olması ve sosyo-ekonomik durum algısının olumsuz olması ile DSD görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Goyal, Gay and Lee 2010; Durukan ve ark. 2010; Sword et al. 2011; Bener, Gerber and Sheikh 2012; Arslan A 2012; Mazaheri et al. 2014; Peker ve ark. 2016). Türkiye'nin Doğu ve Orta Anadolu bölgesinde yer alan 5 ilinde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri ve Konya) yapılan bir çalışmada, ekonomik durumun kötü olması DSD için bir risk faktörü olarak belirlenmiş ve ekonomik durumu çok kötü olanlarda çok iyi olanlara göre DSD riskinin 6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (İnanlı ve ark. 2002) .

Beck (2001) tarafından yapılan doğum sonu depresyonla ilişkili meta analizde, DSD risk faktörleri arasında düşük sosyo-ekonomik durum yer almaktadır. Yine 59 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analizde hane geliri düştükçe DSD riskini arttığı belirlenmiştir (O'Hara and Swain 1996). Robertson ve ark. (2004)'nın doğum sonu depresyon için antenatal risk faktörlerini inceledikleri bir literatür sentezinde; düşük gelir, ekonomik sorunlar, annenin çalışma iş durumu ve düşük sosyal statü gibi göstergelerin DSD gelişimi üzerinde küçük ama önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir.

Çalışma bulgumuz, düşük aile geliri ve sosyo-ekonomik algısının DSD gelişimi açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Aile tipi kadının sosyal destek algısını etkileyerek doğum sonu depresyon gelişimi üzerinde etkili olabilecek bir faktördür (Mermer ve ark. 2010). Araştırmada çekirdek aileye sahip kadınların %21,1'inde, geniş aileye sahip olanların ise %28,1'inde DSD riski belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=1,359$   $p=0,244$ ).

Yılmaz ve ark. (2013)'ın çalışmasında, eşinin akrabaları ile birlikte yaşayan gebelerde depresyon görülme riski çekirdek ailede yaşayanlara göre 3,73 kat daha fazla olduğu, ancak kendi akrabaları ile yaşayanlarda risk artışı olmadığı bildirilmiştir. Akdeniz Erken (2016), eşinin ailesiyle ilişkileri kötü olan kadınlarda DSD riskinin daha fazla olduğunu bildirmektedir. Arslan D (2012)'nin çalışmasında ise, aile tipi ile DSD arasındaki ilişki anlamsız bulunurken, ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça DSD görülme oranının arttığı ve DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatürde, doğum sonu depresyon gelişiminde aile tipinin etkisi bulunmadığını gösteren çok sayıda çalışma da bulunmaktadır (Özdemir ve ark. 2008; Aktaş 2008; Bjerke et al. 2008; Ulusoy 2010; Göker ve ark. 2010; Serhan 2010; Durukan ve ark. 2010; Gümüş ve ark. 2012; Arslan A 2012; Mathisen et al. 2013; Al-Modayfer et al. 2015; Türkçapar ve ark. 2015). Aile tipine ilişkin çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada kadınların gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı; önceki deneyimler ya da artan sorumluluklar nedeniyle doğum sonu depresyon görülme sıklığı üzerinde etkili olabileceği düşünülerek incelenmiştir. Fakat gebelik sayısı ( $\chi^2=0,268$   $p=0,639$ ), doğum sayısı ( $\chi^2=0,636$   $p=0,532$ ) ve yaşayan çocuk sayısı ( $\chi^2=0,751$   $p=0,438$ ) değişkenleri ile DSD riski bulunma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Al-Modayfer ve ark. (2015)'nın, doğum sonu 5.haftada, 571 kadın ile yaptıkları çalışmada, çocuk sayısı ile DSD'nin ilişkili olmadığı bulunmuştur. Aktaş (2008)'in doğum sonu depresyon görülme durumu ve etkileyen risk faktörlerini araştırdığı çalışmasında, gebelik sayısı 2 ve üzeri olan kadınların EPDÖ puan ortalamalarının ilk gebeliği olan kadınlar göre daha yüksek olduğu, ancak arada istatistiksel fark bulunmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde çoğu çalışmada, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısının DSD ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir (Atasoy ve ark. 2004; Bjerke et al. 2008; Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Gümüş ve ark. 2012; Deng et al. 2014; Gaillard et al. 2014).

Araştırma bulgumuzun literatürle uyumlu olduğunu düşünmekle birlikte, Karabük ilinde kaba doğum hızı (Binde 11,1) ile toplam doğurganlık hızlarının Türkiye ortalamasından daha düşük olmasının (TNSA 2013) da bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

### **5.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde gebelik öncesi dismenore ve adet düzensizliği, ailede ruhsal hastalık öyküsü, önceki gebelik/doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşama durumu, infertilite tedavisi görme durumu, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte sorun yaşama, doğumun gerçekleşme zamanı, doğum şekli değişkenlerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Dismenore, periyodik adetler sırasında alt karın bölgesinden gelen kramp tarzı ağrılardır. Depresif ruh hali dismenorenin en yaygın görülen belirtilerindendir (İbrahim et al. 2015). Türkiye Nüfus Sayım Araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde gebeliği önleyici herhangi bir modern yöntem ile korunma oranı %47,4'tür. Etkili bir aile planlaması yöntemiyle korunmayan kadın, adet düzensizlikleri nedeniyle sık sık gebe kalma korkusu yaşayabilir. Bu durum kadının stres yaşamasına ve depresyona girmesine neden olabilir (TNSA 2013).

Araştırmada gebelik öncesi dönemde dismenore olanların %22,4'ünde, adetleri düzensiz olan annelerin %36,0'ında DSD riski olduğu ancak, dismenore görülme durumu ile DSD arasında bir ilişki bulunmazken ( $\chi^2=0,021$   $p=0,694$ ), adet düzensizliği ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $\chi^2=6,124$   $p=0,013$ ). Buna göre, kadınların gebelik öncesi dismenore yaşamaları DSD görülme sıklığını etkilemezken, adetleri düzensiz olan kadınlarda DSD riskinin görülme sıklığı anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürde dismenore ile DSD ilişkisini sorgulayan bir çalışmaya rastlamadık. Ancak doğum sonu depresyon geçirenlerde premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk görülme oranlarının geçirmeyenlere göre yüksek olduğu, dismenore şiddeti arttıkça da premenstrüel sendromun (PMS) daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Özeren, Atilla ve Helvacı 2013). Literatürde de PMS ile DSD

arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve PMS'si olan kadınların DSD yönünden risk altında olduğu bildirilmektedir (Gümüş ve ark. 2012; Mazaheri et al. 2014; Tükçapar ve ark. 2015).

Keskinoglu ve ark. (2006)'nın İzmir'de yaptıkları bir çalışmanın tek değişkenli analizlerinde, adet düzensizliğinin (perimenopozal dönemdeki) kadınlarda depresyon oranını anlamlı olarak artırmasına karşın, çok değişkenli analizlerinde perimenopozal dönemin depresyon sıklığını etkilemediği belirlenmiştir. Gümüş ve ark. (2012)'nin Çanakkale'deki çalışmalarında adet düzeni ile DSD arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir. Kayahan ve ark.(2003)'nin yaptıkları bir çalışmada, menstruasyon düzensizliği yaşayan kadınların ortalama depresyon puanları ile (n=27, HDDÖ=10.85), menstruasyon düzensizliği yaşamayan kadınların ortalama depresyon puanları (n=61, HDDÖ=11.75) arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Adet düzensizliği şikâyeti bulunan bekâr adölesanların anksiyete düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, adölesanların adet düzensizliğine bağlı olarak değişik korkular yaşadıkları ve bu durumun anksiyete düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Özdemir ve Pasinlioğlu 2005).

Çalışma bulgumuzda, gebelik öncesi dönemde dismenore varlığı ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, adet düzensizliği yaşayan kadınların doğum sonu dönemde depresyon yönünden risk altında olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi dismonere ve adet düzensizliğinin DSD riskini sorgulayacak başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Doğum sonu depresyon kuşaklararası aktarılabilen ruhsal bir hastalıktır (Sjourne et al. 2010). Özellikle birinci dereceden akrabalarda depresyon öyküsü bulunması kadında doğum sonrası depresyon için önemli bir risk faktörüdür (Nur ve ark. 2004; Aktaş 2008; Gümüş ve ark. 2012).

Araştırmada ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü olmayanların %21,1'inde, olanların ise %40,9'unda DSD riski olduğu ve ailede ruhsal hastalık öyküsü ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ( $\chi^2=4,466$   $p=0,035$ ). Çoklu regresyon analizine göre aile öyküsünde ruhsal hastalık olanların DSD puanları, olmayanlara göre 3,176 birim daha fazladır.

Doğum sonu depresyonun kuşaklar arası aktarımının incelendiği bir çalışmada, annesi doğum sonu depresyon yaşamış kadınların EPDÖ'den önemli ölçüde daha yüksek puanlar aldığı, büyükannenin de doğum sonu depresyon geçirmiş olmasının kadındaki DSD'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Sjourne et al. 2010).

Ailesinde depresyon öyküsü olan annelerde DSD riski, Ankara'da yapılan bir çalışmaya göre 2,61 kat (Durukan ve ark. 2010), Samsun'da yapılan başka bir çalışmaya göre 2,8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Sünter ve ark. 2006).

Cantilino ve ark. (2010) tarafından Brezilya'da, 2-26 haftalık bebeği olan 400 anne ile yapılan çalışmada da, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan annelerin DSD yönünden risk altında olduğu saptanmıştır. El-Hachem ve ark. (2014)'nin Lübnan ve Beyrut'ta doğum sonu 30.-40. Günler arasında olan anneler ile yaptıkları çalışmada, ailede depresyon öyküsü olanlarda DSD görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsünün doğum sonu depresyon açısından bir risk faktörü olduğuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Önceki gebeliklerden ya da doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşanması DSD için bir risk faktörüdür (Özdemir ve ark. 2008; Arslan D 2012).

Araştırmada önceki gebelik/doğumlarından sonra hastalık düzeyinde ruhsal rahatsızlık yaşayanların %56,3'ünde, yaşamayanların ise %20,4'ünde DSD riski olduğu tespit edilmiştir. Önceki gebelik/doğumlardan sonra ruhsal rahatsızlık yaşayanlarda görülme durumu, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ( $\chi^2=10,259$   $p=0,001$ ). Regresyon analizinde, önceki gebelik/doğumdan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşayanların depresyon puanlarının sorun yaşamayanlara göre 2,616 birim daha fazla olduğu saptanmıştır.

Durukan ve ark. (2010)'ın 2 hafta- 18 aylık bebeği olan annelerde DSD sıklığını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, önceki gebeliklerinde huzursuzluk ve endişe yaşamış, doğumlarından sonra depresyon geçirmiş annelerde DSD görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayvaz ve ark. (2006)'nın Trabzon'da yaptıkları çalışmada, önceki doğumundan sonra depresyon geçirmiş olma ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, DSD riskinin gebelik depresyonu olanlarda

3,7 kat, doğum sonu depresyon öyküsü olanlarda 5.7 kat arttığı bildirilmiştir. Meksika’da yapılan bir çalışmada da doğum sonu depresyon öyküsü olan kadınların DSD riskinin 6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (De Castro et al. 2015).

Özdemir ve ark. (2008) ile Arslan D (2012)’nin çalışmalarında ise önceki gebeliklerinden sonra ruhsal sorun yaşayan kadınlarda DSD görülme sıklığının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatürde gebelik/doğum sonu depresyon öyküsünün DSD riskini arttıran prediktör olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Glasser et al. 2000; Özdemir ve ark. 2008; Hutto et al. 2011; Kirpınar, Gözüm ve Pasinlioğlu 2010; Mohammad, Gamble and Creedy 2011; Arslan D 2012; Gaillard et al. 2014; Türkçapar ve ark. 2015; Yusuff et al. 2015).

Çalışma bulgumuzda önceki gebelik veya doğumlarından sonra DSD geçiren kadınların DSD görülme durumu açısından yüksek risk altında olduğu belirlenmiş ve literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

İnfertilite öyküsü olan anneler gebelik ve doğum sonu dönemde, infertilite tedavisi ile ilişkili veya önceden yaşadığı stresörlere de bağlı olarak depresyon için risk altında olabilirler (Seven ve Akyüz 2013).

Araştırmada infertilite tedavisi gören gebeler kalan kadınların sayısı 22’dir. İnfertilite tedavisi görenlerin %36,4 (n=8)’ünde, doğal yollarla gebe kalan kadınların ise %21,6 (n=50)’sında EPDÖ puanları yüksek bulunmuştur. İnfertilite tedavisi görme ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte ( $\chi^2=2,502$   $p=0,114$ ) regresyon analizinde, infertilite tedavisi görenlerin depresyon puanlarının 2,9 birim daha fazla olduğu saptanmıştır.

Lynch ve Prasad (2014)’ın Amerika’nın 16 eyaletinde, 2 - 4 ay arasında doğum yapmış 40337 anne ile yaptıkları toplum temeli bir çalışmada, infertilite tedavisi gören doğum yapmış kadınlarda, doğum sonu depresyon belirtileri açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Al-Modayfer ve ark. (2015)’nin Suudi Arabistan’da yaptıkları çalışmada, gebeliğin doğal yollarla veya tedavi ile gerçekleşmiş olması ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Brezilya’nın Recife şehrinde, doğum sonu 2-26 haftalarda olan 400 anne ile DSM-IV kriterlerine göre depresyon tanısı için yapılandırılmış görüşme yapılan bir



çalışmada, tedavi ile gebe kalma ile doğum sonu depresyon arasında önemli bir ilişki bulunmamakla birlikte, tedavi görerek gebe kalanlarda majör depresyon riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Cantilino et al. 2010). Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu (2012)'nin 0-1 yaş arasında çocuğu olan 183 annede depresyon taraması yaptıkları ve risk faktörlerini belirledikleri çalışmada, yardımcı üreme desteği alan 15 annenin olduğu ve bunlardan 7'sinde EPDÖ puanı yüksek olmakla birlikte yardımcı üreme desteği ile DSD arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmaların yanı sıra, Burgut ve ark. (2013)'nin doğum sonu ilk 6 ay içinde olan 1379 Katarlı anne ile yaptıkları çalışmada, infertilite öyküsünün DSD riskini artıran bir faktör olduğu saptanmıştır.

Çalışma bulgumuz, infertilite tedavisi ile DSD riski arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için, infertilite ve yardımcı üreme tedavileri sonucu doğum yapan kadınlarda, daha büyük örneklem grubuyla çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Plansız/istenmeyen gebelikler annelerde doğum sonu depresyon için bir risk oluşturmaktadır. Plansız/istenmeyen gebelik geçiren annelerde maternal bağlanma puanları daha düşük, depresyon puanları ise daha yüksek olabilmektedir (Arslan D 2012; Arı 2012; Akdeniz Erken 2016).

Araştırmada planlı gebeliği olanların %20'sinde, plansız gebeliği olanların %31,8'inde, plansız fakat gebeliği sonradan isteyen annelerin %26,9'unda DSD riski olduğu, ancak gebeliğin plan durumu ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=2,378$   $p=0,305$ ).

Literatürde plansız/istenmeyen gebelikler ile DSD arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Davey et al. 2011; Bener, Gerber ve Sheikh 2012; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Gümüş ve ark. 2012; Burgut et al. 2013; Kırcan 2014) gebeliğin plan durumu ile DSD arasında bir ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Quelopana, Champion and Reyes-Rubilar 2011; Çelikel 2012; Mathisen et al. 2013; Gaillard et al. 2014; Tahaoğlu ve ark. 2015).

De Castro ve ark. (2015)'nin Meksika'da 604 anne ile yaptıkları çalışmada, gebeliğin plan durumu ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu, gebeliği plansız

olanlarda DSD riskinin 2,4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Özdemir ve ark. (2008)'nin çalışmasında ise gebeliğin istenme durumu ile DSD arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamakla birlikte, gebeliğini istemeyen annelerde DSD gebeliği isteyen annelere göre 1.757 kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Peker ve ark.(2016)'nin babalarda DSD görülme durumunu etkileyen faktörleri belirlediği çalışmada, gebeliğin plansız olmasının babalarda depresyon riskini 5,5 kat artırdığı belirlenmiştir. Mazaheri ve ark. (2014)'nin İran'ın İsfahan şehrinde doğum sonu 4-8 haftalık bebeği olan anneleri Beck Depresyon Envanteri ile taradığı çalışmada, plansız/istenmeyen gebeliklerin DSD için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Cantilino ve ark. (2010)'nin DSM-4 kriterlerine göre yarı yapılandırılmış görüşme yaparak majör depresyon varlığını araştırdıkları çalışmada, gebeliği plansız olanlarda majör depresyonun planlı gebeliği olanlara göre daha yüksek oranda görüldüğü (%10,1 X %5,4), ancak gebeliğin plan durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Demir ve ark. (2016)'nin Ankara'daki çalışmalarında gebeliğin istenme durumu ile DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yusuff ve ark. (2015)'nin Malezya'nın Sabah şehrinde, 2072 anne ile yaptıkları çalışmada, gebeliğin planlı olma durumu ile DSD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma bulgumuz, DSD riski ile gebeliğin planlanma durumu arasında ilişki saptamayan çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde gebelikte sağlık sorunu yaşamamanın ve buna bağlı olarak izlem sayısının artmasının, doğum sonu dönemde yaşanan depresif belirtiler için güçlü bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Josefsson et al. 2002; Mathisen et al.2013).

Araştırmada gebelikte sorun yaşayanların (düşük tehdidi, gebelikte hipertansiyon, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, enfeksiyon, hiperemesis gravidarum, kanama ve diğer sorunlar) %49,6'sında, sorun yaşamayanların ise %50,4'ünde DSD riski olduğu belirlenmiştir. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile DSD riski arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ( $\chi^2=0,135$   $p=0,713$ ).

İran'da, doğum sonu 12. Haftada olan 2009 anne ile yapılan bir çalışmada, gestasyonel diyabet (OR = 2.93,% 95 CI = 1,46-5,88) ve tekrarlayan üriner

enfeksiyonun (OR = 2.25,% 95 CI = 1,44-3,52) DSD'nin belirleyici faktörlerinden olduğu bildirilmiştir (Abdollahi et al. 2014).

Göker ve ark. (2012)'nin Manisa'da 318 anne ile yaptıkları çalışmada, Hiperemesis Gravidarum ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özdemir ve ark. (2008) ise, gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşamayan annelerde DSD görülme sıklığının %13,4, sorun yaşayan annelerde %24,6 olduğunu saptamış ve aradaki farkın anlamlı olduğunu bildirmiştir.

Sünter ve ark. (2006)'nin Samsun'da yaptığı çalışmada gebelikte/doğumda sorun yaşama ile DSD arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada, gebelikte sağlık sorunu yaşamayanların %24,8'inde, gebelikte hiperemesis olanların %39,4'ünde, preeklamsi/eklamsisi olanların %40,0'ında, diyabeti olanların %37,5'inde EPDÖ puanları yüksek olarak saptanmış olmakla birlikte, aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012).

Gestasyonel diyabet ve gebelik sonrası ruh sağlığı bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, gestasyonel diyabet yaş ve gebelik komplikasyonları için ayarlandığında depresyon ve anksiyete riski ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, tamamen düzeltilmiş modelde depresyon (OR [95% CI]: 1.29 [0.98, 1.70]; P = .064) ve anksiyete (OR [95% CI]: 1.14 [0.83, 1.57], P = .421) anlamsız bulunmuş, klinik ve sosyoekonomik faktörlerin bu ilişkiyi etkilediği bildirilmiştir (Walmer et al. 2015).

Arslan A (2012)'nin Edirne'de yaptığı çalışmasında, gebelikte en sık tespit edilen tıbbi sorunların hiperemesis, diyabet, preeklamsi olduğu belirlenmiş ancak, gebelikte tıbbi sorun yaşama ile DSD arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır.

Ulusoy (2010), gebeliğinde riskli durum yaşayanlarda (%40,9) DSD görülme riskinin yaşamayanlara göre (%32,7) daha fazla olduğunu ancak, aradaki farkın istatistiksel anlamsız olduğunu belirlemiştir. Can (2010)'ın çalışma bulguları da DSD ile gebelikte sorun yaşanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucunu destekler niteliktedir.

Gebelikte aşırı bulantı-kusma sorunu olan kadınların DSD açısından değerlendirildiği bir çalışmada, D.S. 1. gün, D.S. 2. hafta, D.S. 6. haftada gebelikte aşırı bulantı-kusma sorunu olmayan kadınlar ile karşılaştırıldıklarında, EPDÖ'den aldıkları puan ortalamaları birbirine yakın ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (Aktaş 2008).

Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olmakla birlikte, gebelikte yaşanan bazı tıbbi sorunların (gestasyonel diyabet, hipertansiyon vb.) doğum sonrasında da devam etme olasılığı düşünüldüğünde, annenin DSD açısından dikkatle izlenmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

DSD gelişimi açısından önemli risklerden biri bebeğin doğum özellikleridir. Özellikle erken doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı ve asfiksi gibi sorunlar bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatmasına yol açarak, annede kaygı seviyelerinin artmasına, anksiyete bozukluğuna ve depresyona neden olabilir (Uludağ ve Ünlüoğlu 2012). Öte yandan hiçbir sorun olmasa dahi, özellikle bebeğin doğum kilosunun düşük olması annede bebeğin bakımı konusunda yetersizlik duygusu yaratabilmektedir.

Araştırmada, doğumunu 37. hafta ve daha öncesinde yapanların %32,1'inde, 38. hafta ve üstünde yapanların ise %20,2'sinde DSD riski olduğu saptanmıştır. 37. gebelik haftası ve öncesinde doğum yapan annelerde DSD görülme oranı daha yüksek olmasına karşın, aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=3,532$   $p=0,06$  ).

Primipar, geç preterm bebeği olan anneler ile term bebeği olan annelerin psikolojik durumlarının araştırıldığı bir çalışmada, geç preterm bebeği olan annelerin daha uzun süre doğumhanede kaldığı, sürekli kaygı, depresyon ve stres puanlarının term bebeği olan annelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gambina et al. 2011).

Vigod ve ark. (2010)'nın yaptığı bir meta analizde, erken doğum yapmış ve düşük doğum ağırlıklı bebeği olan annelerin doğum yaptıkları ilk yıl, miadında doğum yapmış annelere göre daha yüksek depresyon riski taşıdıkları belirlenmiştir.

Durukan ve ark. (2010)'ın çalışmasında, bebeği 37. haftadan önce doğan kadınların %23,3'ünde, 37. hafta ve sonrasında doğanların %13,8'inde DSD

görüldüğü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bu farkın prematüre (<37 hafta) doğumlarda DSD'nin daha fazla görülmesinden kaynaklandığı bildirilmiştir. Suudi kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, DSD'nin psikiyatrik görüşmeye dayalı yordama gücü ile ilgili olarak, doğum zamanının erken olması öngörü gücüne sahip bir faktör olarak belirlenmiştir. Buna göre doğum sonu 5. haftada, depresyonun prematüre doğumlarla ilişkili olduğu ve DSD riskinin prematüre doğumda 3,6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Al- Modayfer et al. 2014).

Nelson ve ark. (2016)'nın 3631 annede DSD taraması yaptıkları çalışmada, doğumun 36. hafta ve daha öncesinde gerçekleşmesiyle DSD arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur. Chaaya ve ark. (2002)'nin Lübnan'ın kırsal bir bölgesinde yaptıkları araştırmada, doğumun term ya da preterm olması ile DSD arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir. Samsun'da yapılan bir çalışmada da, depresyonlu anneler ile depresyonsuz anneler arasında prematürite öyküsü bulunması arasında bir fark olmadığı saptanmıştır (Sünter ve ark. 2006).

Araştırmada, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de, 37. Gebelik haftasından önce doğum yapan annelerde DSD'nin daha fazla görüldüğüne ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, miadından önce doğum yapmanın DSD gelişimi üzerinde hazırlayıcı diğer faktörlerin de etkisiyle rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Normal vaginal doğum, genellikle kadınlar tarafından ağrılı ve korku duyulan bir eylem olarak algılanırken, sezaryen doğum rahat, konforlu ve daha güvenli bir doğum şekli olarak kabul edilebilmektedir (Kayser konakçı ve Kılıç 2004; Suyer 2011). Bu nedenle doğum şekli annenin doğum sonu dönemdeki ruh sağlığıyla yakından ilişkilidir (Weisman et al. 2010).

Araştırmada vaginal doğum yapanların %30,9'unda, sezaryen ile doğum yapanların ise %19,1'inde DSD tespit edilmiştir. Doğum şekli ile DSD riski görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=4,351$   $p=0,037$ ). Vaginal doğum yapanlarda DSD görülme sıklığı sezaryen ile doğum yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Literatürde, doğum şekli ile DSD arasında bir ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Yang et al. 2011; Gümüş ve ark. 2012; Mathisen et al. 2013; Deng et al. 2014; El-Hachem et al. 2014; Mazaheri et al. 2014), doğum şekli ile DSD arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Can 2010; Sword et al. 2011; Hergüner ve ark. 2014; Kırcan 2014; Yusuff et al. 2015; Al-Modayfer et al. 2015; Akdeniz Erken 2016).

Doğum şeklinin DSD riski görülme sıklığı üzerinde etkili olduğunu bildiren çalışmalarda farkın hangi doğum şeklinden kaynaklandığına ilişkin görüş birliği bulunmamaktadır. Özdemir ve ark. (2008) çalışmasında, DSD görülme sıklığını vajinal doğum yapanlarda %20, sezaryen ile doğum yapanlarda %17,5 olarak belirlemiş ve vajinal doğum yapanlarda DSD görülme sıklığının 1.175 kez daha fazla olduğunu bildirmiştir. Cantilio ve ark. (2010)'nın Brezilya'da yaptığı çalışmada, normal doğum yapan kadınlarda majör depresyon görülme oranı sezaryen ile doğum yapanlara göre 2,55 kat daha fazla saptanmıştır. Sünter ve ark. (2006) ise Samsun'da yaptıkları çalışmada, normal doğum yapan kadınlarda DSD riskinin 2,2 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Gümüş ve ark. (2012)'nin Çanakkale'de yaptıkları çalışmada, gebelikte doğum korkusu yaşayan ve vajinal doğum yapan kadınların depresyon (EPDÖ) puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Chang ve ark. (2016)'nın perineal ağrı ile DSD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, vajinal doğum yapan kadınlarda doğum sonu ilk 3 ayda DSD görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. İran ve Lübnan'da yapılan çalışmalarda da benzer şekilde sezaryen doğumlarda DSD görülme oranı daha düşük bulunmuştur (Chaaya ve ark. 2002; Mazaheri ve ark. 2014). Normal doğumu DSD için risk faktörü olarak gösteren bu çalışmaların hiç birinde doğumda yapılan girişimlere ( indüksiyon, epizyotomi, krede manevrası vb) ve doğumda ağrıyla baş etme yöntemlerinin kullanılıp kullanılmadığına ilişkin veriye rastlanmamıştır.

Carter ve ark. (2006)'nın 24 çalışmayı inceledikleri meta-analizde, sezaryen doğum ile DSD arasında herhangi bir ilişki olduğuna dair bir kanıt bulamamıştır. Doğum şekli ile DSD arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada, normal vajinal doğum yapanların %24'ünde, sezaryen ile doğum yapanların %58'inde DSD görüldüğü ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Malik, Malik and Irfan 2015). Lübnan'da yapılan bir çalışmada

sezaryen doğumun DSD için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (El- Hachem et al. 2014). Tayvan'da 2107 anne ile yapılan bir çalışmada, acil sezaryen ile gerçekleşen doğumlar sonrası DSD görülme riskinin vajinal doğuma göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yang et al. 2011).

Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınlarda DSD riskinin sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası perine ağrısının doğum sonu ilk 6 ayda görülen DSD için bir öngörücü (Chang et al. 2016) olduğu düşünüldüğünde, araştırma bulgumuzun doğumun doğasından mı kaynaklandığı, yoksa vajinal doğum sırasında rutin uygulanan müdahalelere (epizyotomi, indüklenmiş doğum, krede manevrası gibi) mi bağlı olduğu tam olarak kestirilememektedir. Öte yandan ülkemizde doğum ağrısıyla baş etme konusunda ilaçsız yöntemlerin kullanılma yaygınlığının düşük olması da bu sonucu etkileyebileceği düşünülen bir faktördür.

#### **5.4. Olguların Bebeğin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde bebeğe ait özellikler, annenin doğum sonu sosyal desteğine ait özellikler ve doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar ile DSD arasındaki ilişki tartışılacaktır.

Eş ve ailenin bebeğin cinsiyeti konusundaki ön yargı ve saplantıları anne için doğum sonu dönemde depresyon gelişimi için bir risk faktörü olabilmektedir (Özdemir ve ark. 2008).

Araştırmada kız bebeği olan annelerin %22,4'ünde, erkek bebeği olanların %23,3'ünde DSD riski tespit edilmiş ve bebeğin cinsiyeti ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $\chi^2=0,026$   $p=0,871$ ).

Literatürde, bebeğin cinsiyetinin DSD için bir öngörücü olmadığına dair çalışma bulgumuzu destekleyen çalışmaların yanı sıra (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Bener, Gerber and Sheikh 2012; Arslan D 2012; El-Hachem et al. 2014; Tahaoğlu ve ark. 2015; Al- Modayfer 2015; Demir ve ark. 2016), bebeğin cinsiyetinin DSD için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.

Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada bebeğin cinsiyetinin kız olması ile DSD arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tahaoğlu ve ark. 2015). Ürdün'de yapılan bir çalışmada bebeğin cinsiyetinin kız olması ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Mohammad, Gamble and Creedy 2011). Çanakkale'de yapılan bir çalışmada ise, bebeği erkek olan kadınların depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gümüş ve ark. 2012). Çin'de yapılan bir çalışmada, kız çocuğu olan annelerin erkek çocuğu olan annelere göre doğum sonu depresyondan etkilenme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Deng et al. 2014). Desai, Mehta ve Ganjiwale (2012)'nin Hindistan'da yaptıkları çalışmada, kız çocuğu olan annelerde 5,487 kat daha fazla DSD görüldüğü saptanmıştır.

Seymen Tatar (2010)'ın Ankara ve Sarıkamış'ta yapılan çalışmasında ise, bebeğin cinsiyetinin beklentiye uygun olmaması ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özdemir ve ark. (2008)'nin Konya'nın Meram ilçesinde yaptığı çalışmada da, bebek cinsiyetinin öğrenilmesi sonucu eşin ve/veya ailesindeki tutum değişikliğinin DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları bebeğin cinsiyetinin DSD gelişimi üzerinde etkili olmasının ataerkil toplum yapısı ve fazla sayıda aynı cinsiyette çocuk sayısı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bebeğin cinsiyetinin DSD riski gelişimi ile ilişkisine ait araştırma bulgumuz, Karabük bölgesinde, çocuk sayısının Türkiye ortalamasının altında olması ( TNSA 2013), örneklem grubumuzda çocuk sayısı ortalamasının  $1.92 \pm 0.89$  olması ve bebek cinsiyetinin %50.8 oranında erkek, %49.2 oranında kız olması ile ilişkili olarak literatürle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Yenidoğan bebeğin yoğun bakımda olması annede endişe, kaygı ve suçluluk duygusu oluşturabilir. Aynı zamanda anne-bebek arasındaki bağlanma ve annenin ruhsal durumunu da olumsuz etkileyebilmektedir (Türkoğlu, Yalçınöz Baysal ve Küçükoğlu 2014).

Araştırmada, doğum sonu dönemde bebeği herhangi bir nedenle YYBÜ'de yatmış olanların %19,2'sinde, bebeği YYBÜ'de yatmamış olanların ise %23,8'inde DSD görülmüş olup, bebeğin YYBÜ'de yatma durumu ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $\chi^2=0,482$  p=0,488).



Can (2010)'ın Eskişehir'deki çalışmasında, bebeklerin yoğun bakımda kalma durumları ile DSD puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Brezilya'da 400 kadın üzerinde yapılan bir çalışmaya göre bebeğin doğum sonu hastanede kalması ile DSD arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Cantilino et al. 2010).

Kırkan (2014)'ın Erzurum il merkezinde yaptığı çalışmaya göre, doğumdan sonra bebeği kuvözde kalan kadınlarda DSD görülme oranı bebeği kuvözde kalmayanlara göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Lübnan-Beyrut'ta yapılan bir çalışmaya göre, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmış olan kadınlarda erken depresif belirtiler ve DSD daha yüksek oranda görülmektedir (El-Hachem et al. 2014). Demir ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada, bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmasının depresyonu yaklaşık 4,4 kat arttırdığı saptanmıştır.

Çalışma bulgumuz, bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde herhangi bir nedenle kalmış olması anne için doğum sonu depresyon için bir öngörücü değişken olmadığı yönündedir. Bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Literatürde emzirme sırasında salgılanan prolaktin ve oksitosin hormonunun doğum sonu depresyon gelişimi üzerinde etkili olduğu ve emzirme ile depresyon arasında ilişki bulunduğu bildirilmektedir (Fairlie ve ark 2009, Annagür ve Annagür 2012).

Araştırmada, doğum sonu dönemde bebeğini emzirenlerin annelerin %23,3'ünde emzirmeyen annelerin ise %19,3'ünde EPDÖ puanlarının yüksek olduğu, ancak bebeği emzirme durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=0,243p=0,622$ ).

Ocaktan ve ark. (2006)'nın bir sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada, bebeğin beslenme şekli ile DSD arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir. Akdeniz Erken (2016)'ın Kayseri'deki çalışmasında, EPDÖ puanları açısından bebeklerini emziren kadınlarla emzirmeyen kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Benzer şekilde Ankara'da 708 kadın ile yapılan bir çalışmada, emzirme durumuna göre DSD sıklığını değerlendiren bir çalışmada, emziren anneler ile emzirmeyen anneler arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Durukan ve ark. 2010). Literatürde bebeğin emme durumu ile DSD arasında ilişki bulunmadığını bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (Chaaya et al.2002; Bjerke et

al. 2008; Ulusoy 2010; Serhan 2010; Karabulut 2014). Konu hakkında yapılan bir meta-analiz sonuçları da, emzirme ile DSD arasındaki ilişkiyi destekleyen yeterli kanıt olmadığı yönündedir (Chowdhury et al. 2015).

Buna karşılık emzirme ve DSD riski arasında ilişki saptayan çalışmalar da mevcuttur. Edirne’de yapılan bir çalışmada bebeğin düzenli emzirilmemesi ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Arslan A 2012). Kırkan (2014)’ın Erzurum’daki çalışmasında bebeğini emzirmeyen annelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ve bebeğini emzirmeyen annelerin 4.5 kat daha fazla DSD yaşadığı (Odds Ratio=4.5294) belirlenmiştir. Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu (2012)’nin çalışmasında da benzer Şekilde emzirmeyen annelerde DSD riski daha yüksek bulunmuştur. El- Hachem ve ark. (2014)’nin doğum sonu 2.gününde ve 30.-40. günlerinde annede depresyon görülme durumunun değerlendirildiği çalışmasında ise, bebeğini biberon ile besleyen annelerde DSD görülme riski anlamlı olarak saptanmıştır.

Çalışma bulgumuz DSD riski ile emzirme arasında ilişki saptamayan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Ayrıca DSD riskinin gelişiminde başka faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Bir kadının doğum sonu dönemdeki sorumluluk, ilişki ve sosyal taleplerinde meydana gelen değişiklikler dönemi stresli hale getirebilir. Yenidoğan bebeğin bakım ve sorumluluğunu üstlenmek, ev işlerinin ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karŐılamak annede baskı ve zorlanmaya neden olabilir. Bu durum özellikle sosyal destek alamayan annelerde doğum sonu depresyona yol açabilir (Hoseini et al. 2015).

Araştırmada bebek bakımı ve diğer işlerin yapılmasında eşinden destek görmediğini belirten kadınların %30,9’unda, aile/arkadaştan destek görmediğini belirtenlerin ise %40,0’ında DSD riski olduğu belirlenmiştir. Doğum sonu eşten destek görme ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $\chi^2=2,535$   $p=0,111$ ), aile/arkadaşlardan destek görme ile DSD riski arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=10,128$   $p=0,001$ ).

İsrail’de yapılan bir çalışmada eşinden destek görmediğini (OR=2,6) ve eşiyle evlilik çatışmaları bulunduğunu (OR=1,5) belirten kadınlarda DSD riskinin anlamlı

derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Alfayumi-Zeadna et al. 2015). De Castro ve ark. (2015)'nin Meksika'da yaptıkları bir çalışmaya göre DSD, gebelik sırasında eş şiddetine maruz kalan kadınlarda 3,9 kat, sosyal destek eksikliği yaşayanlarda 4,5 kat daha fazla görülmektedir. Sünter ve ark. (2006)'nın Samsun'da yaptıkları çalışmada sosyal destek ile DSD arasında ilişki saptanmazken, evlilik ilişkisi orta- kötü olanlarda DSD'nin 2,9 kat arttığı saptanmıştır. İran'da yapılan bir çalışmada, eşten memnuniyet ile DSD arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, aile desteğinin olmaması DSD gelişimi için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Taherifard et al. 2013). Büyükkoca (2001)'nin İzmir'de yaptığı araştırmada, algılanan sosyal desteğin DSD üzerine %13'lük bir etkisinin olduğunu saptamıştır.

Guangzhou'nun Tianhe bölgesinde, 1428 lohusa ile yapılan toplum temelli bir çalışmada, doğum sonrası sağlıklı olan kadınlar ile depresif olan kadınlar karşılaştırılmış ve DSD saptanan kadınların sosyal destek, objektif ve sübjektif destek puanlarının belirgin olarak azaldığı belirlenmiştir (Deng et al. 2014). Çelikel (2012)'in çalışmasında; doğum sonrası ev işleri ve bebek bakımı konusunda yardım almayan kadınların yardım alanlara göre depresyon riskinin daha yüksek olduğu ve DSD riskinin yardım almayanlarda 2.36 kat arttığı bildirilmektedir. Kanada'da 2560 anne ile yapılan bir çalışmada; evde yetersiz destek, duygusal- arkadaş ve sosyal destek desteği olanlarda DSD görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Sword et al. 2011).

Literatürde evlilik problemleri olan, eş ve sosyal destek eksikliği olan kadınların DSD açısından risk altında olduğunu bildiren ulusal ve uluslararası çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Glasser et al. 2000; Danacı ve ark. 2002; İnandı ve ark. 2002; Chaaya et al. 2002; Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Durukan ve ark. 2010; Mohammad, Gamble and Creedy 2011; Quelopana, Champion and Reyes-Rubilar 2011; Lanen, Kuk and Tamim 2011; Gümüş ve ark. 2012; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Bener, Gerber ve Sheikh 2012; Akdeniz Erken 2016).

Çalışmamızda, eşten destek görmeme ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, aile/arkadaşlardan destek görmeme DSD için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, doğum yapmış bir kadının ve yenidoğan bebeğin bazı batıl inançlardan dolayı geleneksel olarak 40 gün boyunca yalnız bırakılmadığı ve ataerkil bir toplumda yaşadığımız düşünüldüğünde, kadınların ev/diğer işlerin yapılmasında

ve bebek bakımında eşlerinden çok ailelerden beklenti içinde olmaları ile açıklanabilir.

Doğum biyolojik, sosyal ve kültürel bir olgudur. Doğum sonu dönemde ebeveynlerden yeni rollere uyum sağlaması, bebeğin bakım ve gereksinimlerini karşılaması, aile üyesi olarak etkin iletişim kurma ve bu geçiş sürecinin problemleriyle baş etmeleri beklenir. Gelişimsel bir kriz olarak nitelendirilen bu süreçte, çiftler yeni rollerine uyumda zorlanabilmekte, stres, anksiyete ve depresyon gibi önemli duygusal sorunlar yaşayabilmekte ve bu durumdan evlilik yaşantısı olumsuz etkilenebilmektedir (Güleç ve ark. 2014).

Araştırmada, bebeğin varlığının evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini ifade edenlerin %66,7'sinde, bebeğin aile yaşamını olumsuz etkilediğini düşünenlerin %70,0'ında DSD riski görüldüğü ve her iki değişken açısından aradaki ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu (sırasıyla  $\chi^2=24,961$   $p=0,000$ ,  $\chi^2=13,142$   $p=0,000$ ) belirlenmiştir. Regresyon analizinde ise; bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünenlerin depresyon puanlarının 4,096 birim, aile yaşamını olumsuz etkilediğini düşünenlerin depresyon puanlarının 0,861 birim daha fazla olduğu bulunmuştur.

Durukan ve ark. (2010)'ın çalışmasında, bebeğin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünme ile DSD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bebeğin evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin, ilişkisinin etkilenmediğini ya da olumlu etkisi olduğunu düşünenlere göre 1,591 (%95 GA=1,399-2,534) kat daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu bildirilmiştir.

Karabulut (2014)'un çalışmasında ise, gebelikte kadının doğum sonrası kendine zaman ayıramayacağı (Spearman rho = .52,  $p < .001$ ) ve eşiyle ilişkisinin eskisi gibi olamayacağı (Spearman rho = .24,  $p < .05$ ) endişesine sahip olması ile DSD arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Ankara ve Sarıkamış'ta yapılan bir çalışmada ise, doğum sonu dönemde eşe karşı olumsuz duygular (öfke, nefret, kıskançlık, itaat) hissettiğini ifade eden kadınların EPDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ( $R^2=0,25$ ,  $p=0,000$ ,  $\beta=0,210$ ,  $t=3,784$ ). Malezya'da yapılan bir çalışmada, eşi bebek bakımında destek olan ve evlilik ilişkisinden memnun olan kadınlarda DSD görülme riskinin daha az olduğu belirtilmektedir (Mohamad Yusuff et al. 2015). Hindistan'da

yapılan bir çalışmada, eşine güvenmeyen kadınlarda DSD görülme riski 10,43 kat daha fazla bulunmuştur (Desai, Mehta and Ganjiwake 2012).

Literatürde çeşitli çalışmalarda eş ile ilişkisini kötü olarak değerlendiren (Bjerke et al. 2008; Gümüş ve ark. 2012; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Al-Modayfer et al. 2015), evliliğinden memnuniyetsiz olan (Serhan 2010; Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu 2012; Bener, Gerber and Sheikh 2012; Akdeniz Erken 2016), aile içi ve evlilikle ilgili stres yaşayan, eşinden şiddet gören (Arslantaş, Ergin ve Akdolun Balkaya 2009; Arslan D 2012) kadınlarda DSD görülme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir.

Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmekle birlikte, bebeğin varlığının evlilik ve aile yaşantısını olumsuz etkilemesinin DSD riski görülmesinin bir nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu tam olarak kestirilememektedir.

Bebek bakımında sorun yaşama ve bebeğin zor mizaca sahip olması annede depresyon belirtilerinin görülmesine yol açabilmektedir (O'hara et al. 2013).

Araştırmada, doğum sonu dönemdeki kadınların %34'ünün bebek bakımına yönelik stres yaşadığı, %29,5'inin ise hem bebeğin bakımı hem de özbakım konusunda sorun yaşadığı belirlenmiştir. DSD riski ile bebek bakımına yönelik stres varlığı ( $\chi^2=10,638$   $p=0,001$ ) ve bebek bakımı/ öz bakım konusunda sorun yaşama arasında ( $\chi^2=6,525$   $p=0,011$ ) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre; bebek bakımında sorun yaşayanların depresyon puanlarının sorun yaşamayanlara göre 1,869 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Ürdün'de yapılan bir çalışmada, algılanan ebeveynlik bilgisinin düşük olması ve genel bakımdan memnuniyetsiz olan kadınlarda DSD riski görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Mohammad, Gamble and Creedy 2011). Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu (2012)'nin İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada, bebek bakımını güç olarak nitelendiren, bebeğe yeterince bakım veremediğini ve ilgi gösteremediğini belirtenlerde EPDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Çin'de yapılan prospektif bir çalışmada, postnatal algılanmış stres ve bebek bakımında stres yaşamının DSD'nin önemli yordayıcıları olduğu ve DSD ile anlamlı korelasyon gösterdikleri bildirilmiştir (Leung, Martinson and Arthur 2005).

Çelikel (2012)'in Ankara'da yaptığı çalışmada bebeğin gece uyku süresi ve bebekte sağlık sorunu olması DSD görülme açısından anlamlı bulunmazken, doğum sonu yardım alamayan, bebek bakımında zorluk yaşayan ve annelik rolüne adapte olmadığını düşünen annelerde DSD görülmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kartal (2011)'in primipar gebelere verilen eğitimin DSD üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında, doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğinin bakımında destek aldığını belirten müdahale grubundaki kadınların depresyon puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada ise, annenin bebek bakımında kendini yeterli hissetme durumu, bebek bakımında güçlük yaşama ve annelik konusunda kaygı yaşama ile EPDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Serhan 2010).

Çalışma bulgumuz bebek bakımında ve öz bakımda sorun yaşayanlarda DSD riskinin daha fazla görüldüğünü bildirmekte olup literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Ancak bebek ve öz bakımında sorun yaşanmasının DSD'nin nedeni mi, sonucu mu olduğunun ayırımını yapmak oldukça güçtür. Çalışma bulgumuz bize annelerin eş, aile ve diğer kişilerden aldıkları/algıladıkları sosyal desteğin önemli olduğunu düşündürmektedir.

## ALTINCI BÖLÜM

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Karabük ilinde, 0-12 aylık bebeği olan annelerde, doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı - kesitsel tipte ve toplum temelli olarak tabakalı sistematik örnekleme ile gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

#### 6.1.1. Olguların Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada olguların EPDÖ'den aldığı depresyon puanları ortalama  $8,24 \pm 5,337$ 'dir. Doğum sonu depresyon (DSD) riski görülme sıklığı %22,8 olarak belirlenmiştir.

#### 6.1.2. Olguların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamaları  $28,83 \pm 5,257$  ve annenin yaşı ile EPDÖ puanları arasında anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır ( $-0,129$ ).
- Olguların evlilik yaşı ortalamaları  $22,30 \pm 4,350$ 'dir ve annenin evlilik yaşı ile EPDÖ puanları arasında anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır ( $-0,198$ ).
- Olguların ilk doğum yapma yaş ortalamaları  $23,96 \pm 4,575$ 'dir. Annelerin ilk doğum gerçekleştirme yaşı ile EPDÖ puanları arasında anlamlı, negatif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon belirlenmiştir ( $-0,168$ ). Olguların ilk doğum yapma yaşı azaldıkça DSD görülme riski artmaktadır.
- Olguların eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanların %30,3'ünde, lise mezunlarının %14,9'unda, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların ise %17,2'sinde DSD görülme riski bulunmakta olup, eğitim durumu grupları ile DSD riski görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

( $\chi^2=7,585$   $p=0,023$ ). Buna göre, ilköğretim ve altında eğitim seviyesine sahip olan annelerin depresyon riski diğerlerine göre anlamlı derecede daha yüksektir.

- Araştırmada eşin eğitim durumu ile DSD riski görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=3,380$   $p=0,185$ ).
- Kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumu açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=1,459$   $p=0,227$ ).
- Çalışmada, ailenin aylık geliri asgari ücretten az olanlarda depresyon riski görülme sıklığı, asgari ücret ve daha fazla geliri olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek ( $\chi^2=12,881$   $p=0,000$ ) olarak bulunmuştur. Ayrıca ailenin aylık ortalama geliri ile EPDÖ puanları arasında düşük düzeyde ( $-0,192$ ) anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aylık ortalama gelir düzeyi azaldıkça doğum sonu depresyon görülme riski artmaktadır.
- Araştırmada kadınların sosyoekonomik durumlarını algılamaları ile DSD riski arasındaki ilişki incelenmiş olup, sosyo-ekonomik durum algısı kötü olanların %56,2'sinde DSD görülme riski saptanmıştır. Ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda DSD görülme riski iyi olarak algılayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ( $\chi^2=13,067$   $p=0,001$ ).
- Olguların %74,8'i çekirdek ailede, %25,2'si geniş ailede yaşamaktadır. Çekirdek ailede yaşayan kadınların %21,1'inde, geniş ailede yaşayanların ise %28,1'inde DSD görülme riski olduğu belirlenmiş olup, aile şekli ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $\chi^2=1,359$   $p=0,244$ ).
- Çalışmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalama  $2.23\pm 1,249$ ; doğum sayısı ortalama  $1,93\pm 0,897$  ve yaşayan çocuk sayısı ortalama  $1.92\pm 0,892$ 'dir. DSD riski görülme durumu ile gebelik sayısı ( $\chi^2=0,268$   $p=0,639$ ), doğum sayısı ( $\chi^2=0,636$   $p=0,532$ ) ve çocuk sayısı ( $\chi^2=0,751$   $p=0,438$ ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### 6.1.3. Olguların Gebelik Öncesi, Gebelik ve Doğum Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Gebelik öncesi dönemde dismenore varlığı ( $\chi^2=0,021$   $p=0,694$ ), infertilite tedavisi görme ( $\chi^2=2,502$   $p=0,114$ ), gebeliğin planlı olma durumu ( $\chi^2=2,378$



$p=0,305$ ) ve gebelikte sorun yaşama ( $\chi^2=0,135$   $p=0,713$ ) ile DSD riski arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

- Korelasyon analizinde infertilite tedavisi gören gebeler kalanların EPDÖ puanları doğal yolla gebeler kalanlara göre 2,899 birim daha fazla olarak bulunmuştur.
- Gebelik öncesi dönemde adetleri düzensiz olanların %36,0'ında, düzenli olanların %19,6'sında DSD riski olduğu, adetleri düzensiz olanlarda DSD riski görülme oranının adetleri düzenli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=6,124$   $p=0,013$ ).
- Ailesinde ruhsal rahatsızlık öyküsü olanların %40,9'unda, olmayanların ise %21,1'inde DSD riski olup, ailede ruhsal hastalık öyküsü ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $\chi^2=4,466$   $p=0,035$ ). Annelerin ailelerinde ruhsal rahatsızlık öyküsü bulunanların EPDÖ puanları soy geçmişte ruhsal rahatsızlık öyküsü olmayanlara göre 3,176 birim daha fazladır.
- Olguların önceki gebeliklerden/doğumlarından sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşayanların %56,3'ünde, yaşamayanların ise %20,4'ünde DSD riski olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=10,259$   $p=0,001$ ). Önceki gebeliklerden/doğumlardan sonra hastalık düzeyinde ruhsal sorun yaşayanların EPDÖ puanları ruhsal sorun yaşamayanlara göre 2,616 birim daha fazladır.
- Araştırmada erken doğum yapanların (37. hafta ve öncesi) %32,1'inde, miadında (38. hafta ve üstü) doğum yapanların ise %20,2'sinde DSD riski olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $\chi^2=3,532$   $p=0,060$ ).
- Doğum yapan annelerin %31,9'u vaginal doğum yaparken, %68,1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Vaginal doğum yapanların %30,9'unda, sezaryen ile doğum yapanların ise %19,1'inde DSD riski tespit edilmiştir. Doğum şekli ile DSD riski görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $\chi^2=4,351$   $p=0,037$ ). Normal doğum yapanlarda DSD riski görülme oranı sezaryen ile doğum yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

#### 6.1.4. Olguların Bebeğinin Özellikleri ve Doğum Sonu Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırmada DSD riski görülme durumu ile bebeğın cinsiyeti ( $\chi^2=0,026$   $p=0,871$ ) YYBÜ'de yatma durumu ( $\chi^2=0,482$   $p=0,488$ ) ve bebeğı emzirme durumu ( $\chi^2=0,243$   $p=0,622$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.
- Doğum sonu dönemde bebek bakımı ve diğeri işlerin yapılmasında eşinden destek görmediğini belirten kadınların %30,9'unda, aile/arkadaştan destek görmediğini ifade eden annelerin %40,0'ında, bebeğın evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünenlerin %66,7'sinde DSD riski olduğu belirlenmiştir. DSD riski ile doğum sonu eşten destek görmeme arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ( $\chi^2=2,535$   $p=0,111$ ), aile veya arkadaşlarından destek görmeme ( $\chi^2=10,128$   $p=0,001$ ) ve bebeğın evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünme ( $\chi^2=24,961$   $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doğum sonu dönemde bebeğın evlilik yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünen annelerin depresyon puanı, olumlu etkilediğini düşünenlere göre 4,096 birim daha fazladır.
- Araştırmada bebek bakımına yönelik stres yaşayan annelerin %34,0'ında, stres yaşamayanların ise %16,3'ünde DSD riski olduğu, bebek bakımına yönelik stres ile yaşama ile DSD arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=10,638$   $p=0,001$ ). Bebek bakımına yönelik stres yaşayan annelerde depresyon puanı yaşamayanlara göre 1,869 birim daha fazladır.
- Doğum sonu dönemde kadınların bebeğın bakımı ve öz bakımına yönelik sorun yaşayanların %29,5'inde, sorun yaşamayanların ise %16,0'ında DSD riski olduğu, gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğu ( $\chi^2=6,525$   $p=0,011$ ) belirlenmiştir.
- Çalışmada bebeğın aile yaşamına olan etkisini olumlu değerlendirenlerin %20,9'unda, olumsuz değerlendirenlerin ise %70,0'ında DSD riski olduğu tespit edilmiş olup, bebeğın aile yaşamına olan etkisi ile DSD arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=13,142$   $p=0,000$ ).

Bebeğin aile yaşamına etkisini olumsuz olarak nitelendiren annelerin depresyon puanları 0,861 birim daha fazladır.



## 6.2. ÖNERİLER

Araştırmada bulgularanan doğum sonu depresyon risk faktörleri incelendiğinde;

- Adölesan evlilik ve gebeliklerin riskleri konusunda farkındalık oluşturulması,
- Aile geliri ve eğitim düzeyi düşük, ailede ruhsal hastalık öyküsü ya da DSD öyküsü bulunan gebelerin düzenli gebelik ve loğusalık takipleri sırasında DSD açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmeleri,
- Kadının gebelik ve lohusalık döneminde sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik girişim ve eğitimlerin planlanması,
- Gebe sınıflarının aktif hale getirilerek kadınlardaki doğum algısının olumlu hale getirilerek, sezaryen oranlarının azaltılması ve vajinal doğum sonucu kadınların depresyona girmesinin önlenmesi,
- Doğum sonu depresyon taramasının postpartum dönemde rutin hale getirilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

- Abdollahi F, Zarghami M, Ezher MZ, Sazlina Sg, Lye MS. (2014). Predictors and incidence of post-partum depression: a longitudinal cohort study. *Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(12): 2191-2200.
- Agoub M, Moussaoui D, Battas O. (2005). Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Archives of women's Mental Health*, 8(1):37-43.
- Ak M. (2010). Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7(2):39-42.
- Akbarzadeh M, Mokhtaryan T, Amooee S, Moshfeghy Z, Zare N. (2015). Investigation of the effect of religious doctrines on religious knowledge and attitude and postpartum blues in primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(5):570-576.
- Akdeniz Erken A. (2016). Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisan Tezi. Kayseri. (Danışman:Prof.Dr. O GÜNAY).
- Aktaş D. (2008). Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman:Doç. Dr. F TERZİOĞLU, Prof.Dr. K EROĞLU).
- Al-Azri M, Al-Lawati I, Al-Kamyani R, Al Kiyumi M, Al-Rawahi A, Davidson R, Al-Maniri A. (2016). Prevalence and risk factors of antenatal among Omani woman in a primary care setting. *Sultan Qaboos University Med J*. 16(1):e335-41.
- Alfayumi-Zeadna S, Kaufman-Shriqui V, Zeadna A, Lauden A, Shoham-Vardi I. (2015). The association between sociodemographic characteristics and postpartum depression symptoms among Arab-Bedouin women in southern Israel. *Depression and Anxiety*, 32:120-128.
- Alipour Z, Lamyian Minoor, Hajizadeh E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25(3):e37-e43
- Al-Modayfer O, Alatiq Y, Khair O, Abdelkawi S. (2015). Postpartum depression and related risk factors among Saudi females. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(3):316-324.
- Almond P. (2009). Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health*, 129(5):221-227.
- Altın GE. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):188-203.
- Annagür B, Annagür A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 4(3): 279-92.

- Ardahan M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):68-75.
- Arı S. (2012). Anne Bebek Bağlanması ile Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N KESER ÖZCAN).
- Arıkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):214-231.
- Arslan A. (2012). Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. T.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Edirne. (Danışman: Yrd. Doç. D. S ÖZTORA).
- Arslan D. (2012). Doğum Sonu Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Mersin. (Danışman:Yrd. Doç.Dr. M YURDAKUL).
- Arslan E. (2014). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri. GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Prof. Dr. G VURAL).
- Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3): 13-22.
- Artal R, O’Toole M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br. J. Sports Med*, 37:6–12.
- Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. (2004). Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 14:252-257.
- Aydoğdu A, Kocaman Yıldırım N, Özkan M, Özkan S. (2012). Gelişimsel ve Durumsal Krize Müdahale: Olgu Sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 92-97.
- Ayele TA, Azale T, Alemu K, Abdissa Z, Mulat H, Fekadu A. (2016). Prevalence and associated factors of antenatal depression among women attending antenatal care service at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. Northwest Ethiopia. Ebmeier K, ed. *PLoS one*. 11(5):e0155125.
- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):243-251.
- Balıkçı A, Balıbey H. (2012). Postpartum dönemde metoklopramid kullanımına bağlı depresyon: Olgu sunumu. *Anatol J Clin Investig*, 6(1): 57-59.
- Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, Montagnani MS, Camilleri V, Cortopassi S, Rucci P, Cassano GB. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry*, 52:343-351.

- Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. (2012). Sağlam ocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonde etkili risk faktörleri. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1):12-21.
- Beck AT. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck CT. (1998). A checklist to identify woman at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*, 27(1):39-46.
- Beck CT, Gable RK. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nurs Res*, 49: 272-82.
- Beck CT (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5):275-285.
- Beck CT. (2002). Postpartum depression: A Metasynthesis. *Qual Health Res*, 12(4):453-472.
- Beji NK. (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel tıp kitabevleri, İstanbul, s.548-550.
- Bener A, Gerber LM, Sheikh J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, 4:191-200.
- Benoit C, Westfall R, Treloar AEB, Phillips R, Jansson SM. (2007). Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *Journal of Mental Health*, 16(6): 719-730.
- Beyca HH. (2009). Etkin emzirme eğitimi alan postpartum depresyonlu anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Bhusal BR, Bhandari N, Chapagai M, Gavidia T. (2016). Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 71.
- Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(3): 369 – 382.
- Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *KASHED*, 2(2):13-35.
- Bilgin N, Potur DC. (2010). Doğum sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. *Maltepe Üniv. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.* 3(3):80-87.
- Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. (2008). Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 21(12): 889-894.
- Bodnar-Deren S, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Howell EA. (2016). Suicidal ideation during the postpartum period. *Journal Of Women's Health*.

- Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. (2010). Bir grup ergen annede doğum sonrası depresyon için risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 20(1):22-28.
- Brummelte S, Galea LA. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*. 77:153-166.
- Bulut P. (2016). Doğumdan önce anne-baba adaylarıyla yapılan yeni duruma alıştırma görüşmelerinin anne-baba adaylarının doğum sonrası depresyon düzeylerine etkisi. OMÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Samsun. (Danışman:Yrd.Doç.Dr. Y BARUT).
- Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J. (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2): 90-97.
- Büyükkayacı Duman N, Karataş N. (2011). Sezeryan sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1):54-67.
- Büyükkoca M. (2001). Algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir. (Danışman:Yrd. Doç.Dr. S METE).
- Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D. (2013). Women's perspectives on postpartum depression screening in pediatric settings; a preliminary study. *The Archives of Women's Mental Health*, 16(5): 429-232.
- Can R. (2010). Sezaryen ve normal doğum yapmış kadınlarda postpartum depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. EOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik ABD Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. FD SAYINER).
- Cantilino A, Zambaldi CF, de Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. (2010). Postpartum depression in Recife-Brazil: Prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr*, 59(1):1-9.
- Carter FA, Frampton CMA, Mulder RT. (2006). Cesarean section and postpartum depression: A review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*, 68(2):321-330.
- Chaaya M, Champbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. (2002). Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health*, 5(2):65-72.
- Chang S-R, Chen KH, Lee C-N, Shyu M-K, Lin M-I, Lin WA. (2016). Relations between perineal pain and postpartum depressive symptoms: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 59:68-78.
- Chaudron LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2):103-112.



- Chi X, Zhang P, Wu H, Wang J. (2016). Screening for Postpartum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1668.
- Cho E-S, Kim S-J, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, Lee S. (2016). The effects of Kangaroo Care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal–infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(Suppl 467):96–113.
- Clement S. (1995). “Listening visits” in pregnancy: A strategy for preventing postnatal depression? *Midwifery*, 11:75-80.
- Conroy S, Pariante CM, Marks M, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, Moran P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19(15):1270– 1273.
- Copoğlu US, Kokaçya MH, Demircan C. (2015). Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar ve Tedavisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(24).
- Coşar F, Demirci N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1):18-30.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150: 782-786.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. (2005). Williams Doğum Bilgisi. Nobel Tıp Kitabevleri 21. Baskı. Çeviren: Dr. Ayşegül Cengiz Akman. Cilt:1 S. 403-411.
- Çam O, Pektaş İ, Bilge A. (2007). Ebe/hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(3):6-15.
- Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel Ü. (2010). İzmir’in Bornova ilçesinde Gebelik ve Doğum sonrası depresyon riski. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 20 (1):1-9.
- Çelikel AS. (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: A Üstünsöz).
- Çiçek Ö, Mete S (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4).
- Da Costa D, Lowensteyn I, Abrahamowicz M, Lonesculltu R, Dritsa M, Rippen N, Cervantes P, Khalife S. (2009). A randomized clinical trial of exercise to alleviate postpartum depressed mood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3):191-200.

- Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *KASHED*, 2(1):27-40.
- Daley A, Jolly K, MacArthur C. (2009). The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 26(2):154-162.
- Dallar Y, Tıraş Ü, Yalaki Z, Özkan İ. (2010). A case of child abuse during neonatal period/Yenidoğan döneminde çocuk istismari olgusu. *The Journal of Current Pediatrics*, 81-86.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli I. (2002). Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 37(3):125-129.
- Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzie KM. (2011). Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. *Matern Child Health J*, 15:866-875.
- De Castro F, Palace JMS, Billings DL, Rivera L, Frongillo EA. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3):463-471.
- De Figueiredo FP, Parada AP, Cardoso VC, Batista RFL, da Silva AAM, Barbieri MA, de Carvalho Cavalli R, Bettiol H, Del-Ben CM. (2015). Postpartum depression screening by telephone: A good alternative for public health and research. *Arch Womens Ment Health*, 18: 547-553.
- Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. (2016). Kliniğimizde doğum yapan kişilerde depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Haseki Tıp Bülteni*, 54:83-89.
- Deng A, Jiang T, Luo Y, Xiong R. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in Tianhe District of Guangzhou. *J South Med Univ*. 34(1): 113-116.
- Dennis CL, Dowswell T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. The Cochrane Library.
- Dennis CL, Hodnett ED. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Dennis CL, Janssen PA, Singer J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5): 338-346.
- Des Rivières-Pigeon C, Séguin L, Goulet L, Descarries F. (2001). Unravelling the Complexities of the Relationship Between Employment Status and Postpartum Depressive Symptomatology. *Women & Health*, 34(2):61-79
- Desai ND, Mehta RY, Ganjiwale J. (2012). Study of prevalence and risk factors of postpartum depression. *National Journal of Medical Research*, 2(2):194-198.
- Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1):68-76.

- Dönmez H, Bükülmez A (2015). Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 31(4):358-362.
- DPT (2004). İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması.
- Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ. (2015). Perineal injury during childbirth increases risk of postpartum depressive symptoms and inflammatory markers. *J Midwifery Womens Health*, 60(4):428-436.
- Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 Hafta- 18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med J*, 28:385-393.
- Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J*, 28(4):385-393.
- Ebeigbe PN, Akhigbe KO. (2008). Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria. *Niger Postgrad Med J*, 15(1):15-18.
- Edwards G, Shinfuku N, Gittelman M, Ghazali EW, Haniman F, Wibisono S, Yamamoto K, Miyaji NT, Rappe P. (2006). Postnatal depression in Surabaya, Indonesia. *International Journal of Mental Health*, 35(1): 62-74.
- Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. (2009). Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 10:14-20.
- El-Hachem C, Rohayem J, Khalil RB, Richa S, Kesrouani A, Gemayel R, Aouad N, Hatab N, Zaccak E, Yaghi N, Salameh S, Attieh E. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry*, 14:242.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. (1996). Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Bahar Sempozyumları*, 1:51-52.
- Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, Anderson GM. (2003). Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: Effects on platelet serotonin and drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics*, 112(5):e425.
- Epperson CN. (1999). Postpartum major depression: Detection and treatment. *Am Fam Physician*, 59(8):2247-2254.
- Erdem Ö. (2009). Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Duygu Durumlarının İncelenmesi. D. Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. PG Erten Bucaktepe).
- Erdem Ö, Bucaktepe PGE, Özen Ş, Kara İH. (2010).Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*. 12 (3):24-31.
- Erdem Ö, Bucaktepe PGE. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3):458-461.
- Erdem Ö, Bez Y. (2014). Doğum sonrası psikoz. *Konuralp Tıp Dergisi*. 6(1):74-77

- Erdoğan F, Kadak MT, Kartal V, Arıcı N, Eliaçık M, Demirel ÖF, İpek İÖ. (2014). İnfantil kolikli bebeklerin annelerinde postpartum depresyon. *New/Yeni Symposium Journal*, 52(1):7-11.
- Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. (2009). High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *J Womens Health*, 18:945-53.
- Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health*, 7(2):123-131.
- Fathi-Ashtiani A, Ahmedi A, Ghobari-Bonab B, Azizi MP, Saheb-Alzamani SM. (2015). Randomized Trial of Psychological Interventions to Preventing Postpartum Depression among Iranian First-time Mothers. *International Journal of Preventive Medicine*, 6.
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Wellwe A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1):16-26.
- Fisher J, Tran T, Thi La B, Kriitmaa K, Rosenthal D, Tran T. (2010). Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: Community prevalence and health care use. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(10):737-745.
- Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC. (2015). Woman's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking Professional help. *Midwifery*, 31(12):1177-1185.
- Francisco AA, Oliveria SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. (2011). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*, 27(6):e254-e259
- Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM. (2005). Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors. *Journal of Women's Health*, 14(10): 929-935.
- Gaillard A, Strat YL, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2):341-346.
- Gambina I, Soldera G, Benevento B, Trivellato P, Visentin S, Cavallin F, Trevisanuto D, Zanardo V. (2011). Postpartum psychosocial distress and late preterm delivery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5): 472-479.
- Gardner LP, Bunton P, Edge D, Wittkowski A. (2014). The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study. *Midwifery*, 30(6):756-763.
- Garthus-Niegel S, Soest TV, Knoph C, Simenosen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 191.

- Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. (2009). Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychological Medicine*, 39(6):999-1007.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106:1071–1083.
- Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17:126-133.
- Ghubash R, Eapen V. (2009). Postpartum mental illness: Perspectives from an Arabian Gulf population. *Psychological Report*, 105:127-36.
- Giray H, Keskinoğlu P, Sönmez Y, Meseri R, Karakuş, NE, Yüceetin N, Günay T. (2005). Gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenler. *Sted Dergisi*, 14(10):217-220.
- Gjerdingen D, Katon W, Rich DE. (2008). Stepped care treatment of postpartum depression: A primary care-based management model. *Woman's Health Issues* 18(1):44-52.
- Glasser S, Barell V, Boyko V, Ziv A, Lusky A, Shoham A, Hart S. (2000). Postpartum depression in an İsraili cohort: Demographic, psychosocial and medikal risk if actors. *Journal of Psychosomatik Obstetrics & Gynecology*, 21(2):99-108.
- Gonidakis F. (2012). Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants. Perinatal Depression. Dr. María Graciela Rojas Castillo (Ed.), InTech.
- Goyal D, Gay C, Lee AK. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens's Health Issues*, 20(2): 96-104.
- Göker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikkaya Ş, Yıldırım Y, Koyuncu FM. (2012). Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2012.
- Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 3447(9006):930-933.
- Gremigni P, Mariani L, Marracino V, Tranquilli AL, Turi A. (2011). Partner support and postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3):135-140.
- Grussu P, Quatraro RM. (2015). Routine screening for postnatal depression in a public health family service unit: A retrospective study of self-excluding women. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3): 266-273
- Güleç D, Kavlak O, Sevil U. (2014). Emotional problems of parents in the postpartum period and nursing care/Ebeveynlerin Doğum Sonu Yaşadıkları Duygusal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 11(1):54-61.
- Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. (2012). Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New/Yeni Symposium Journal*, 50(3):145-154.

- Gürel SA, Gürel H. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91(1), 21-24.
- Haakstad AHL, Torset B, Bø K. (2015). What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. *Midwifery*, 32:81-86.
- Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. (2015). Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*, 31:728-734.
- Hegde S, Latha KS, Bhat SM, Sharma PSVN, Kamath A, Shetty AK. (2012). Postpartum depression: Prevalence and associated factors among woman in India. *Journal of Women's Health, Issues&Care*. 1(1):1-7.
- Heh SS, Fu YY. (2003). Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *J Adv Nurs*. 42(1):30-36.
- Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Ors R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(1):15-20.
- Hidayati H, Barlianto W, Baktiyani SCW. (2014). Effects of endorphin massage on B-endorphin level and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) score in women with postpartum blues. *Cukurova Medical Journal*, 39(3):512-516.
- Hirst KP, Moutier CY. (2010). Postpartum major depression. *American Family Physician*, 82(8): 926-933.
- Hisli N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji dergisi*, 6(22):118-126.
- Hoseini SS, Panaghi L, Habibi M, Davoodi J, Monajemi MB. (2015). The relation between social support and marital satisfaction & couples' depression after the birth of the first child. *The International Journal of Indian Psychology*, ISSN 2348-5396 (e) | ISSN: 2349-3429 (p) Volume 3, Issue 1, DIP: C00219V3I12015
- Husain N, Bevc I, Husain M, Chaudhry IB, Atif N, Rahman A. (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Arch Womens Ment Health*, 9(4):197-202
- Hutto HF, Kim-Godwin YS, Pollard D, Kempainen J. (2011). Postpartum Depression Among White, African American, and Hispanic Low-Income Mothers in Rural Southeastern North Carolina. *Journal of Community Health Nursing*, 28(1):41-53.
- Işık SN, Bilgili N. (2010). Postnatal depression: Midwives and nurses knowledge and practices. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4):265-274.
- İbrahim NK, Alghamdi MS, El Shaibani AN, Ali AlAmri F, Alharbi HA, El Jadani AK, Alfaidi RA. (2015). Dysmenorrhea among female medical students in King Abdulaziz University: Prevalence. *Predictors and outcome*, 31(6):1312-1317.

- İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31(6):1201-1207.
- İşbir GG, İnci F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *KASHED*, 1(1):29-40.
- Jawaher M, Fadoua C, Sonda T, Ines F, Belhsan BA, Mohamed G, Imene B, Abdelaziz J. (2014). Postpartum depression: Prevalence and risk factors prospective study concerning 302 Tunisian partorientes. *La Tunisie Medicale*, 92(10):615-621.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth*, 25(1):23-28.
- Josefson A, Angelsioö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. (2002). Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & gynecology*, 99(2): 223-228.
- Jr Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE; Makuch MY. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 136:1204-1208.
- Kaminsky LM, Carlo J, Muench MV, Nath C, Harrigan JT, Canterino MDJ. (2008). Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an indigent population: Does a directed interview improve detection rates compared with the standard self-completed questionnaire? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 21(5):321-325.
- Karabulut G. (2014). Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Doç.Dr. E ŞALCIOĞLU)
- Karaçam Z, KitişY. (2008). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçede geçerlik güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.19(2):187-196.
- Karaçam Z, Öner H. (2008). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeğinin Türkçede kesme noktalarının hesaplanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):61-71.
- Karamustafaloğlu N, Tomruk N. (2000). Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(2):64-71.
- Kartal B. (2011). Primipar gebelere verilen eğitimin doğum sonu depresyon üzerine etkisi. EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri. (Danışman: Doç.Dr. M BAŞER, Prof.Dr. N KARATAŞ).
- Kayser Konakçı S, Kılıç B. (2004). İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 14(2):88-95.
- Kesebir S, Aksoy AE. (2010). Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2(3):281-307.

- Keskinoğlu P, Özkul Ö, Ayan R, Norgaz G, Giray H, Kılıç B. (2006). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde 50-54 yaş arası kadınlarda menopoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görölme sıklığına etkisi. *Sted*, 15(2):31-37.
- Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. (2014). Is postpartum depression a homogenous disorder: Time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14(1).1.
- Kırkan TS. (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: Bir izlem çalışması. AÜ Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD. Uzmanlık Tezi. Erzurum. (Danışman: Prof. Dr. N AYDIN).
- Kim JJ, La Porte LM, Corcoran M, Magasi S, Batza J, Gümüş RK. (2010). Barriers to mental health treatment among obstetric patients at risk for depression. *Gynecology*, 202(3):312.e1-312.e5.
- Kirpinar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Clinical Nursing*, (19):422-431.
- Kocabaşoğlu N, Başer SZ. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. Sempozyum Dizisi No:62 S:349-354.
- Kocamanoğlu B. (2008). Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyo-demografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi. O.M.Ü. Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. AR Şahin).
- Kocamanoğlu B, Şahin AR. (2011). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 12:226-232.
- DSM-4. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği. 2. Baskı. Çev. Editörü: E KÖROğLU. Ankara.
- DSM-5. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. Hekimler Yayın Birliği. Çev. Editörü: E KÖROğLU Ankara.
- Kurtcu A. (2010). Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarının incelenmesi. CÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z GÖLBAŞI).
- Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and up to ix weeks after the birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Lee DT, Ngai IS, Ng, MM, Lok IH, Yip AS, Chung TK. (2009). Antenatal taboos among Chinese women in Hong Kong. *Midwifery*, 25(2): 104-113.
- Lee SM. (2010). The Effects of Music Therapy on Postpartum Blues and Maternal Attachment of Puerperal Women. *J Korean Acad Nurs*, 40(1):60-68.
- Letourneau NL, Dennis CL, Benzie K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, Este D, Watson W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the



Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7):445-457.

Leung SSK, Martinson IM, Arthur D. (2005). Postpartum depression and related Psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28:27-38.

Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, 9(3):131-138.

Lynch CD, Prasad MR. (2014). Association between infertility treatment and symptoms of postpartum depression. *Fertility and Sterility*, 102 (5):1416-1421.

Maimburg RD, Væth M. (2015). Postpartum depression among first-time mothers – results from a parallel randomised trial. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2):95-100.

Malik FR, Malik BB, Irfan M. (2015). Comparison of postnatal depression in women following normal vaginal delivery and caesarean section: A pilot study. *J Postgrad Med Inst*, 29(1): 34-37.

Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med. Sci*, 29(1):206-214.

Marks MN, Siddle K, Warwick C. (2003). Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(2):119-127.

Marsh JR. (2013). A middle range Theory of postpartum depression: Analysis and application. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (4):50-54.

Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlov P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 5:787-793.

Mazaheri MA, Rabiei L, Masoudi R, Hamidizadeh S, Nooshabadi MRR, Najimi A. (2014). Understanding the factors affecting the postpartum depression in the mothers of Isfahan city. *J Educ Health Promot*, 3:65.

McCabe-Beane JE, Segre LS, Perkhounkova Y, Stuart S, O'Hara MW. (2016). The identification of severity ranges for the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(3):293-303.

McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. (2016). Trajectories of depressive symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the first baby study. *Journal of Women's Health*, 25(11):1112-1121

Mermer G, Bilge A, Yücel Ü, Çeber E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2):71-76.

Mete S, İsbir GG, Çeçe Ö, Tokat MA. (2013). Doğuma hazırlık sınıfının doğum korkusuna, doğuma hazır oluşuğa ve doğum şekli tercihine etkisi. 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul. 24-26 Mayıs, 28.

- Miller ES, Peri MR, Gossett DR. (2016). The association between diabetes and postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 19(1):183–186.
- Miller JB, Murray L, Beckmann MM, Kent T, Macfarlane B. (2013). Dietary supplements for preventing postnatal depression. The Cochrane Library.
- Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*, 130:133-137.
- Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1):1.
- Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian. *Midwifery*, 27(6):e238-e245.
- Mokhber N, Namjoo M, Tara F, Boskabadi H, Rayman PM, Ghayour-mobarhan M, Sahebkar A, Majdi RM, Tavallaie S, Azimi-Nezhad M, Shakeri TM, Nematy M, Oladi M, Mohammadi M, Ferns G. (2011). Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: A randomized double-blind placebo- controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24 (1):104-108.
- Mörelus E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91: 63-70.
- Munoz C, Agruss J, Haeger A, Sivertsen L. (2006). Postpartum depression: Detection and treatment in the primary care setting. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2 (4):247-253.
- Munoz RF, Le HN, Ippen CG, Diaz MA, Jr Urizar GG, Soto J, Mendelson T, Delucchi K, Lieberman AF. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the mamas y bebes/mothers and babies course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14:70-83.
- Nelson DB, Doty M, Mcintire DD, Leveno KJ. (2016). Rates and precipitating factors for postpartum depression following screening in consecutive births. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 29(14): 2275-2279.
- Novak JC, Broom BL. (1999). Maternal and child health Nursing. Mosby. S:337
- Nugent JK, Bartlett JD, Valim C. (2014). Effects of an infant-focused relationship-based hospital and home visiting intervention on reducing symptoms of postpartum maternal depression: A pilot study. *Infants & Young Children*, 27(4):292-304.
- Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2):55-59.
- O'Connor E, Rossom RC, Henniger M, Burda BU. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women. Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315 (4): 388-406. doi: 10.1001 / jama.2015.18948

- Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü D, Özdemir O, Köse K. (2006). Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 59(4):151-157.
- O'Hara MW, Swain AM. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1):37-54.
- O'Hara MW, McCabe JE. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9:379-407.
- Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. (2008). Risk factors for postpartum depression in a well-child clinic: Maternal and infant characteristics. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61(1):7-12.
- Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2005). Adet düzensizliği şikâyeti olan adölesanların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1):30-40.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. (2008). Konya il merkezinde Doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):391-398.
- Özeren A, Atila D, Helcacı M. (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg.* 23 (1): 25-33.
- Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. (2003). Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:5-12.
- Özorhan EY, Ejder SA, Şahin ÖA. (2014). Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniv. Sağ. Bil. Fak. Hemşirelik E- Dergisi.* 2(3).
- Öztürk R, Saruhan A. (2013). 1-4 Aylık prematüre bebeği hastanede tedavi gören annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(1):32-47.
- Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* ; 159(1): 43-47.
- Patel V, DeSouza N, Rodrigues M. (2003). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child*, 88(1):34-37.
- Peker GC, Okutucu AC, Tekiner AS, Dağlı Z. (2016). Babalarda doğum sonu depresyonu ve etkili olan faktörlerin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(2):141-146.
- Pinheiro E, Bogen DL, Hoca D, Wisner KL. (2016). Transdermal estradiol treatment during breastfeeding: Maternal and infant serum concentrations. *Arch Womens Ment Health*, 19(2):409-413.
- Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res*, 149(1-3):253-259.

- Pollock JI, Manaseki-Holland S, Patel V. (2009). Depression in Mongolian women over the first 2 months after childbirth: Prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 116:126-33.
- Posmontier B, Neugebauer R, Stuart S, Chittams J, Shaughnessy R. (2016). Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by nurse- midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(4):456-466
- Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. (2011). Factors Associated With Postpartum Depression in Chilean Women. *Health Care for Women International*, 32(10):939-949.
- Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivera FP, Barr M, Taylor JA, Lengua LJ, Barr RG. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6):1857-1864.
- Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. (2007). Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: a cohort study. *Arch Dis Child*, 92(1):24-28.
- Rai S, Pathak A, Sharma I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*, 57(Suppl 2):S216-221.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 26(4):289-295
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, Saisto T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36 (1): 1-9.
- Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Atrian MK, Karimian Z, Sooki Z. (2014). The impact of postpartum depression on quality of life in woman after child' birth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(2):1-7.
- Sağlık Bakanlığı, AA, Müdürlüğü SG. Doğum sonu bakım yönetim rehberi (2014).
- Scocir A P, Hundley V. (2006). Are Slovenian Midwives and Nurses Ready to Take on a Greater Role in Caring Woman with Postnatal Depression? *Midwifery*, 22.40-49.
- Segre LS, O'hara MW, Arndt S, Stuart S. (2007). The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 42:316-321.
- Séjourné N, Vaslot V, Beaumé M, Goutaudier N, Chabrol H. (2012). The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2):135-144.
- Senator J. (2015). Postpartum depression: Who is checking in with supermom? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 29(3):196-218.
- Serhan N. (2010). Anne ve Babalarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. SÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. Konya. (Danışman:Yrd. Doç. Dr. E EGE).

- Seven M, Akyüz A. (2013). Postpartum depresyon gelişiminde etkisi bilinen bir faktör: İnfertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3):7-11.
- Seymen Tatar E. (2010). Doğum Sonu İlk Üç Ayda Annelerin Depresyon Yaşama Durumlarının Belirlenmesi. GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman:Yrd. Doç.Dr. E KILÇARSLAN TÖRÜNER).
- Silverman ME, Loudon H. (2010). Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5):411-415.
- Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8):1205-1217.
- Sofronas M, Feeley N, Zelkowitz P, Sabbagh M. (2011). Obstetric and neonatology nurses attitudes, beliefs, and practices related to the management of symptoms of maternal depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(12):735-744.
- Songar A, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N. (1993). Psikoaktif ilaçlar-Laktasyonve gebelik. *Perinatoloji Dergisi*. 1:178-181.
- Sorenson DS, Tschetter L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1):14-25.
- Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. (2003). Postpartum depresyon: Literature review of risk factors and interventions. *Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health*.
- Stewart RC, Umar E, Kauye F, Bunn J, Vokhiwa M, Fitzgerald M, Tomenson B, Rahman A, Creed F. (2008). Maternal common mental disorder and infant growth — a cross-sectional study from Malawi. *Matern Child Nutr*, 4(3): 209-219.
- Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 6(Suppl 2):57-69.
- Stuart-Parrigon K, Stuart S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Curr. Psychiatry Rep*, 16(9):1-9.
- Suyer S. (2011). Yenidoğan Sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Davranışına Etkisi. MÜ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Doç.Dr. N DEMİRCİ).
- Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 3(1):26-31.
- Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(8):966-977.
- Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, SundströmPoromaa I, Skalkidou A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health*, 14(3):195-201.

- Şeyh M, Hantoushzadeh S, Şeriat M, Faranhani Z, Ebrahimiinasab O. (2015). The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *European Journal of Nutrition*, 1-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Kurumu. Gebe Bilgilendirme Sınıfı.
- Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçioğlu İ, Öztürk BA, Balsak D, Bademkiran H, Gül E, Görkem Ü, Güngör T. (2015). Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal*. 23(1):26-29.
- Taherifard P, Delpisheh A, Shirali R, Afkhamzadeh A, Veisani Y. (2013). Socioeconomic, Psychiatric and Materiality Determinants and Risk of Postpartum Depression in Border City of Ilam, Western Iran. *Depression Research and Treatment*, 2013.
- Taşkın L, Koç G. (2006). I. Basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(2):048-056.
- Tezel A. (2008). Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde Hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *New/Yeni Symposium Journal*,46(4):184-187.
- Thurgood S, Avery DM, Williamson L. (2009). Postpartum depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, 6(2):17-22.
- Top ED (2012). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Belirti Düzeyinin Azaltılmasında Eğitimin Etkinliği. Adnan Menderes Üniv. Sağ. Bil. Ens. Doğum-Kadın Hast. Hemş. ABD. Yüksek Lisans Tezi. Aydın.
- Türkçapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunç S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(1):1.
- Türkoğlu N, Yalçınöz Baysal H, Küçüköğlü S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip olan annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 3(1):1-8.
- Türkyılmaz S. (2014). Sağlık Personelinin Annelik Hüznü ile İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları. AMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Aydın. (Danışman: N AKDOLUN BALKAYA).
- Uludağ A, Ünlüoğlu İ. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(3):19-26.
- Ulusoy MN. (2010). Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme ve Büyümesi ile İlişkinin Longitudinal İncelenmesi. SÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. Konya. (Danışman: Doç.Dr. K MARAKOĞLU).
- Upadhyaya SK, Sharma A, Raval CM. (2014). Postpartum psychosis: Risk factors identification. *North Amerikan Journal of Medikal Sciences*, 6(6):274-277.

- Uwakwe R. (2003). Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 107(4):251-259.
- Üstgörül S, Yanikkerem E. (2014). Doğum sonu depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 12 (4):14-30.
- Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. (2013). Trends of postpartum depression in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment*. Article ID 291029, 8.
- Veltema MR, Perréard EC, Bousquet A, Manzano J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3):291-306.
- Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*, 117(5):540-550.
- Walmer R, Huynh J, Wenger J, Ankers E, Mantha AB, Ecker J, Thadhani R, Park E, Bentley-Lewis R. (2015). Mental health disorders subsequent to gestasyonel diabetes mellitus differ by race/ethnicity. *Depression and Anxiety*. 32(10):774-782.
- Wan EY, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z, Jie Y, Yang H. (2009). Postpartum depression and traditional postpartum care in China: Role of zuoyuezi. *Int J Gynaecol Obstet*, 104: 209-213.
- Weisman O, Granat A, Gilbio-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, Kuint J, Feldman R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*, 13:505-513.
- Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk K. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*, 18:41-60.
- Wesseloo R, Burgerhout KM, Koorengel KM, Bergink V. (2015). Postpartum psychose in de klinische praktijk: Diagnostiek, Behandeling en preventie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(1):25-33.
- Williams CJ, Turner KM, Burns A, Evans J, Bennert K. (2016). Midwives and woman's views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35:39-46.
- Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. (2004). Prevention of postpartum depression: A pilot randomized clinical. *The American Journal of Psychiatry*, 161:1290-1292.
- Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, Heather FE, Stephen RW, Michelle LC, Andrea LC, Eydie LM, Cristopher SF, Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5):490-498.

- Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30: 378-384.
- Xie RH, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med*, 65(4):680-684.
- Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. (2014). Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 57(4):246-251.
- Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA, Alto P. (1968). Postpartum blues syndrome. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 23(6):545-548.
- Yamaoka Y, Fujiwara T, Tamiya N. (2016). Association between maternal postpartum depression and unintentional injury among 4-month-old infants in Japan. *Matern Child Health J*, 20:326-336.
- Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1):158-164.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:8 Sayı:1.
- Yıldız D, Akbayrak N. (2014). Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı düzeyleri ve Annelik rolüne etkisi. *Gulhane Medical Journal*, 56(1).
- Yılmaz M, Öncel S. (2009). Annelik Hüznü ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 1(1): 32-38.
- Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. (2015). Breastfeeding and postnatal depression: A prospective cohort study in Sabah, Malaysia. *Journal on Human Lactation*, 32(2): 277-281.
- Yusuff ASM, Tang L, Binns CW, Lee AH. (2015). Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: A cohort study. *Women and Birth*. 28(1):25-29.
- Yüksekol ÖD, Arguvanlı SÇ, Başer M. (2014). Annelik Hüznü ve Hemşirelik. *Erciyes Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1):56-61.
- Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. (2016). Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from Northwestern China. *Midwifery*, 35:47-52.
- Zhu P, Sun M, Hao J, Chen Y, Jiang X, Tao R, Huang K, Tao F. (2014). Does prenatal maternal stress impair cognitive development and alter temperament characteristics in toddlers with healthy birth outcomes? *Dev Med Child Neurol*, 56(3):283-289.
- Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189:263-268.



## EKLER

### Ek.1. VERİ TOPLAMA FORMU

#### *Karabük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri*

Bu araştırma, oldukça yaygın görülen doğum sonu depresyonun, Karabük İlinde görülme sıklığını saptamak ve ilişkili olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak olup, verilerde yer alan kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz ve duyarlı yaklaşımınız için teşekkür ederiz.

#### Araştırmacılar

**Ebe Münevver DEMİR** (Karabük Üni. SBE Ebelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi)

**Yard. Doç. Dr. Nazan KARAHAN** (Karabük Üni. Ebelik Anabilim Dalı Başkanı)

#### VERİ TOPLAMA FORMU

1. Adınız Soyadınız:
2. Aile Hekiminiz:
3. Telefon numaranız: Varsa e posta adresi:
4. Yaşınız: Medeni haliniz:
  1. Evli
  2. Bekar
  3. Diğer.....
2. Eğitim durumunuz:
  1. Okur – yazar değil/ okul yazar
  2. İlkokul
  3. Ortaokul
  4. Lise
  5. Üniversite veya üzeri
3. Çalışma durumunuz:
  1. Çalışmıyor
  2. Çalışıyor (Ne iş yaptığınızı belirtiniz).....
4. Herhangi bir hastalığınız (kalp hastalığı, şeker hastalığı, yüksek tansiyon vb) var mı?
  1. Yok
  2. Var (Belirtiniz).....
5. Eşinizin mesleği:
  1. İşsiz
  2. Memur
  3. İşçi
  4. Esnaf
  5. Diğer
6. Eşinizin eğitim durumu:
  1. Okur – yazar değil/ okul yazar
  2. İlkokul
  3. Ortaokul
  4. Lise
  5. Üniversite veya üzeri
7. Aylık ortalama geliriniz:.....
8. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin ekonomik durumunuzu en iyi tanımlıyor?
  1. Çok iyi
  2. İyi
  3. Orta
  4. Kötü
  5. Çok kötü
9. Aile biçiminiz nedir?
  1. Çekirdek aile ( eşim, ben, çocuğum)
  2. Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyoruz
  3. Kendi ailemle birlikte yaşıyoruz
  4. Diğer (Belirtiniz).....

## Ek.1 devam

10. Evlenme yaşıınız:
11. Evlilikle ilgili memnuniyetinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
  1. Çok memnunum
  2. Memnunum
  3. Memnun değilim
  4. Hiç memnun değilim
  5. Diğer (Belirtiniz).....
12. İlk doğum yapma yaşıınız:
13. Kaç gebelik geçirdiniz:
14. Yasayan çocuk sayınız:
15. Bu kaçınıcı çocuğunuz:
16. Canlı doğum sayınız
17. Ölü doğum sayınız:
18. Düşük- kürtaj sayısı:
19. Ölen çocuk sayısı:
20. Gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?
  1. Hayır
  2. Evet (Belirtiniz).....
21. Gebelik öncesi dönemde adetleriniz sırasında şiddetli ağrı hissediyor muydunuz?
  1. Hayır
  2. Evet
22. Gebelik öncesi dönemde adetleriniz düzenli miydi?
  1. Hayır (Ne şekilde?).....
  2. Evet
23. Bebeğiniz şu anda kaç aylık:
24. Bu gebeliğiniz planlı/isteyerek olan bir gebelik miydi?
  1. Hayır
  2. Planlı değildi fakat sonradan bebeği istedim.
  3. Planlı ve isteyerek gebe kaldım.
25. Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiğinizde eşinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında herhangi bir değişme oldu mu?
  1. Cinsiyeti öğrenmedik
  2. Değişiklik olmadı.
  3. Olumlu yönde değişiklik oldu.
  4. Olumsuz yönde değişiklik oldu.
26. Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
  1. Hayır, herhangi bir sorun yaşamadım.
  2. Düşük tehlikesi
  3. Yüksek tansiyon
  4. Yüksek ateş
  5. Şeker hastalığı
  6. Erken doğum tehdidi
  7. Enfeksiyon
  8. Aşırı bulantı kusma
  9. Kanama
  10. Diğer(Belirtiniz) .....

## Ek.1 devam

27. Bu bebeğinizi nasıl doğurdunuz?
1. Normal vajinal doğum
  2. Müdahaleli vajinal doğum (dikiş, vakum vb.)
  3. Belden uyuşturularak vajinal doğum (epidural anestezi ile)
  4. Belden uyuşturularak sezaryen
  5. Genel anestezi ile sezaryen
28. Doğum şekliniz sezaryen ise nedenini işaretleyiniz.
1. Normal doğumdan korkmam
  2. Bundan önceki doğumun sezaryen olması
  3. Vücut yapımın normal doğuma müsait olmaması
  4. İri bebek olması
  5. İkiz gebelik olması
  6. Diğer.....
29. Doğumunuzu kaçınıcı gebelik haftasında yaptınız?
1. 24-31 haftalar arasında
  2. 32-35 haftalar arasında
  3. 36-37 haftalar arasında
  4. 38 hafta ve üstünde
30. Bu bebeğinizin cinsiyeti nedir?
- 1.Kız                      2. Erkek
31. Bebeğiniz kaç kilo doğdu?.....

<b>32. Bebeğin sağlık durumu ile ilgili sorular</b>	<b>1.Hayır</b>	<b>2.Evet</b>
a. Bebeğiniz herhangi bir sebeple yoğun bakım ünitesinde yattı mı?		
b. Bebeğinizin doğuştan herhangi bir anomalisi var mı?		
c. Halen bebeğinizde herhangi bir sağlık problemi var mı?		
d. Bebeğinizi emziriyor musunuz?		
e. Bebeğinizi emzirme ile ilgili sorunlar yaşadınız mı?		

<b>33. Doğum sonu destek ile ilgili Sorular</b>	<b>1.Hayır</b>	<b>2.Evet</b>
a. Doğumdan sonra bebek bakımı ve diğer işlerin yapılmasında eşinizden yeterince destek gördünüz mü?		
b. Doğumdan sonra bebek bakımı ve diğer işlerin yapılmasında aile ya da arkadaşlarınızdan yeterince destek gördünüz mü?		
c. Bebeğinizin evlilik yaşantınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?		

- 34.Bebeğinize bakarken ne gibi güçlükler yaşıyor musunuz?

1. Herhangi bir güçlük yaşamıyorum.
2. Tek başıma bakarken kendime güvenemiyorum.
3. Tek başıma bakarken bebeğime zarar vermekten korkuyorum.
4. Evden dışarı çıkmam gerektiğinde, bebeğime bakacak kimse olmaması neden ile güçlük yaşıyorum.
5. Bebeğime en iyi şekilde bakamama kaygısı taşıyorum.
6. Ekonomik güçlükler yaşıyorum.
7. Diğer (Belirtiniz).....

## Ek.1 devam

35. Bebeğinizin yaşamınıza olan etkisini aşağıdaki cümlelerden hangisi en iyi tanımlamaktadır?
1. Ailemize pek çok yönden mutluluk ve güzellik getirdi
  2. Planlı olmamasına rağmen yaşamımıza mutluluk kattı
  3. Gebeliğin ve bebek bakımının zorluklarına rağmen, mutluluk ve güzellik getirdi
  4. Ekonomik güçlüklerim nedeni ile bebeğime istediğim imkânları sağlayamamak beni zorladı
  5. Ailemize pek çok yönden ağır bir yük getirdi
  6. Gebelik ve bebek bakımında yaşadığım zorluklar, mutluluğumu gölgeledi
  7. Bu bebeği kesinlikle istemiyorum.
  8. Diğer (Belirtiniz).....

<b>36. Annenin ruhsal durumuna yönelik sorular</b>	<b>1. Hayır</b>	<b>2. Evet</b>
<b>a.</b> Herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?		
<b>b.</b> Önceki gebelik ya da doğumlardan sonra <u>hastalık düzeyinde</u> ruhsal sorun yaşadınız mı?		
<b>c.</b> Önceki gebelik ya da doğumlarınızdan sonra herhangi bir ruhsal soruna yönelik ilaç kullandınız mı?		
<b>d.</b> Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?		

37. Doğum sonu dönemde aşağıdakilerden hangisini yaşadınız/ yaşıyorsunuz?

1. Kendi öz bakımımı (saç tarama, diş fırçalama vs) yapamadığım zamanlar oldu.
2. Kendi öz bakımımı çoğu zaman yapmak istemedim.
3. Bebeğimin bakımını yapmakta çok zorlandım/zorlanıyorum.
4. Bebeğimin bakımını yapmak istemiyorum.
5. Bebeğimin sorunlu olması ( sarılık, gaz problemleri vs) nedeniyle çok zorlandım/zorlanıyorum.
6. Duygusal değişimlerim nedeniyle bebeğime yeterince ilgi gösteremedim.
7. Bebeğimin bakımı ve kendi bakımına kısa sürede alıştım ve zorlanmadım.
8. Diğer (Belirtiniz).....

## Ek.2.

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.

### EDINBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. **Son 7 gündür;** gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.
  0. Her zaman olduğu kadar
  1. Artık pek o kadar değil
  2. Artık kesinlikle o kadar değil
  3. Artık hiç değil
2. **Son 7 gündür;** geleceğe hevesle bakıyorum.
  0. Her zaman olduğu kadar
  1. Artık pek o kadar değil
  2. Artık kesinlikle o kadar değil
  3. Artık hiç değil
3. **Son 7 gündür;** bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
  3. Evet, çoğu zaman
  2. Evet, bazen
  1. Çok sık değil
  0. Hayır, hiçbir zaman
4. **Son 7 gündür;** nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
  0. Hayır, hiçbir zaman
  1. Çok seyrek
  2. Evet, bazen
  3. Evet, çoğu zaman
5. **Son 7 gündür;** iyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.
  3. Evet, çoğu zaman
  2. Evet, bazen
  1. Çok sık değil
  0. Hayır, hiçbir zaman
6. **Son 7 gündür;** her şey giderek sırtıma yükleniyor.
  3. Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
  2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
  1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
  0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. **Son 7 gündür;** öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
  3. Evet, çoğu zaman
  2. Evet, bazen
  1. Çok sık değil
  0. Hayır, hiçbir zaman
8. **Son 7 gündür;** kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
  3. Evet, çoğu zaman
  2. Evet, bazen
  1. Çok sık değil
  0. Hayır, hiçbir zaman
9. **Son 7 gündür;** öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
  3. Evet, çoğu zaman
  2. Evet, oldukça sık
  1. Çok seyrek
  0. Hayır, asla
10. **Son 7 gündür;** kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
  3. Evet, oldukça sık
  2. Bazen
  1. Hemen hemen hiç
  0. Asla

### Ek.3.

 TC Sağlık Bakanlığı Tuzluca İli ve Karakük İlçe Kurumu	<b>ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>	<b>Doküman Adı:</b> KADB-F.23-R.00
		<b>Yayın Tarihi:</b> 18.04.2013
		<b>Sayfa No:</b> 1/3
		<b>Onaylayan:</b> Daire Başkanı

Sizi Münevver...DEMİR tarafından yürütülen “Karakük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için acık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 47 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 15-20 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılmak için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu  
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Yrd. Doç.Dr. Nazan KARAHAN

#### Araştırmanın Amacı:

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde gebeliğin getirdiği ruhsal değişikliklere adaptasyon güç olmaktadır. Bu nedenle doğum sonu dönem, ruhsal değişiklikler yönünden riskli kabul edilmektedir. Doğum sonu dönemde en sık karşılaşılan ruhsal sorun, depresyondur. Doğum sonu depresyonda olan anneleri erken dönemde tespit etmek ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastahğin uzun dönemli olumsuz etkilerini en aza indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle doğum sonu depresyon gelişimine zemin hazırlayan risk faktörlerini tespit etmek ve riskli anneleri yakından izlemek önemlidir. Bu çalışma Karabük ilinde doğum sonu depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Araştırmanın Süresi:** 4 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 254

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Karabük il ve ilçelerindeki tüm aile sağlığı merkezleri

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:** Yrd.Doç.Dr. Nazan KARAHAN, Ebe Münevver DEMİR

## Ek.3.devam

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İçin Tıbbi Çözüm Kurumu</p>	<b>ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>	<b>Doküman Adı:</b> KADB-F.23-R.00
		<b>Yayın Tarihi:</b> 18.04.2013
		<b>Sayfa No:</b> 2/3
		<b>Onaylayan:</b> Daire Başkanı

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:  
İmzası:  
Adresi:  
(varsa Telefon No, Faks No):  
Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)  
Adı Soyadı:  
İmzası:  
Adresi:  
Varsa Telefon No, Faks No:  
Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:  
İmzası:  
Görevi:  
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:  
İmzası:  
Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

## Ek.4.



### T.C. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARLARI

**Karar Tarihi:** 16/02/2015 **Toplantı No:**2015/01

Karabük Üniversitesi Etik Kurulu, Prof. Dr. Nihat EKİNCİ başkanlığında 16/02/2015 Pazartesi günü, aşağıdaki gündemi görüşmek üzere toplandı.

#### **KARARLAR**

##### **Karar 1 :**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 30.12.2014 tarih ve 197 sayılı yazısı ile Ebelik Anabilim Dalı öğrencisi 2013528301004 numaralı Münevver DEMİR'in, tez danışmanı Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN ile yürüteceği "Karabük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri" konulu çalışması incelenmiş olup, gerekli iznin sağlanması uygun görülmüştür.

  
Prof.Dr. Nihat EKİNCİ  
Etik Kurul Başkanı

YÜZLÜ GİBİDİR  
16/02/2015.

---

Kalp ve damar hastalıklarından korunmak için sağlıklı beslenmeye özen gösteriniz.

Karabük Üniversitesi , Demir Çelik Kampüsü 100. Yıl Mah. 78050 KARABÜK.



## Ek.5.

T.C.  
KARABÜK VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 71207605-262.02 *187*  
Konu : Araştırma Talebi

*13*./01/2015

Sayın Münevver DEMİR  
Karabük Toplum Sağlığı Merkezi/KARABÜK

“Karabük İli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Hakkında Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi” ve “Karabük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri” başlıklı bilimsel araştırma projelerini gerçekleştirmesi 09.01.2015 tarih ve 100 sayılı Valilik Oluruna istinaden komisyonumuzca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Simgе ÖZGÜNER  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

Ek:  
1-Komisyon Raporu (2 Sayfa )

*Sıvı tüketiminizi artırınız, su içmek için susamayı beklemeyiniz.*

5000 Evler Cumhuriyet Mah. 41 Nolu Sok. No:8 78100 KARABÜK Ayrıntılı bilgi:Psikolog R.DURAN  
Telefon : (370) 433 31 26 ( Dahili 1160-1128 ) Faks: (370) 433 81 60 e-Posta:hsm78.bohpk@saglik.gov.tr

## ÖZGEÇMİŞ

Münevver DEMİR, 1982'de Kayseri/İncesu'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Osman Ülkümen Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2003 yılında Marmara Üniversitesi Zeynep Kamil SYO Ebelik bölümünden, 2010 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık kurumları İşletmeciliği bölümünden mezun oldu. Halen Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktadır. 2004-2008 yılları arasında Kastamonu Doğanyurt Merkez Sağlık Ocağı'nda, 2008-2011 yılları arasında Kastamonu Doğanyurt Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde, 2011-2013 yılları arasında Kastamonu Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi'nde ebe olarak görev yaptı. 2013 yılından itibaren Karabük Toplum Sağlığı Merkezi'nde ebe olarak çalışmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

### **ADRES BİLGİLERİ**

**Adres :** Karabük Toplum Sağlığı Merkezi. Bayır Mah. Plevne Cad. No:2

Merkez / KARABÜK

**Tel :** 0505 689 2748

**E-posta:** karpayrevvenum@gmail.com