



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PREMATURE BEBEK ANNELERİNDE DOĞUM SONRASI
DEPRESYON VE SUÇLULUK, UTANÇ DUYGULARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Arş. Gör. Mustafa TABUROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN



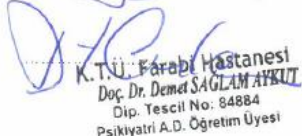
Prof. Dr. İsmail AK

KARABÜK

2019

TEZ ONAYI

Arş. Gör. Mustafa TABUROĞLU' nun hazırladığı “**Premature Bebek Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon ve Suçluluk, Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**” adlı bu çalışma 22/07/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**' nda **TIPTA UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı SOYADI Tez Danışmanı	
Ünvanı Adı SOYADI Üye	
Ünvanı Adı SOYADI Üye	 K.T.Ü. Farabi Hastanesi Doç. Dr. Demet SAGLAM AYKUT Dip. Tescil No: 84884 Psikiyatri A.D. Öğretim Üyesi

Bu tez Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından TIPTA UZMANLIK tezi olarak onaylanmıştır.

TIP FAKÜLTESİ DEKANI
PROF.DR. Mustafa YASAR


BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Tarih 22 / 07 /2019

Arş. Gör. Mustafa TABUROĞLU

İMZA



TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, asistanlık döneminde her zaman desteğini hissettiğim ve beraber çalışma fırsatı yakaladığım için kendimi şanslı hissettiğim Prof. Dr. İsmail AK, Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Öykü MEMİŞ'e,

Tez çalışmam boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. İsmail AK, bu süreçte bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Seyit Ali KAYIŞ'a,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime önemli katkıları olan ve klinik tecrübelerinden yararlandığım Prof. Dr. Elvan İŞERİ, Prof. Dr. Yasemen Taner, Doç. Dr. Esra GÜNEY, Prof. Dr. Zeki Odabaşı, Prof. Dr. Refah Sayın, Prof. Dr. Alev Leventoğlu, Dr. Öğr. Üyesi Gülin Morkavuk, Dr. Öğr. Üyesi Efdal Akkaya'a,

Maddi ve manevi hiçbir özveriden kaçınmayan sevgili aileme,

Hayattaki en büyük sevgi ve destek kaynağım, biricik eşim Sevilay ve sevgili kızım Gülin'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
EKLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET VE ANAHTAR KELİMELEr	xii
ABSTRACT AND KEYWORDS	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Depresyonun Tanımı.....	4
2.2. Depresyonun Güncel Sınıflandırılması.....	4
2.3. Depresyonun Etiyolojisi.....	5
2.3.1. Genetik faktörler.....	5
2.3.2. Biyokimyasal etkenler.....	6
2.3.3. Nöroendokrin etkenler.....	7
2.3.4. Beyin görüntüleme sonuçları.....	8
2.3.5. Nörotrofik faktörler.....	9

2.3.6.Psikoanalitikgörüő.....	9
2.3.7.Bilişsel kuram.....	10
2.3.8.Davranışçı görüş.....	11
2.3.9.Kişilerarası etkenler kuramı.....	11
2.4.Depresyonun Epidemiyolojisi.....	12
2.5.Depresyonun Klinik Belirtileri.....	13
2.5.1. Duygulanım ve duygudurum belirtileri.....	13
2.5.2.Bedensel belirtileri.....	13
2.5.3. Davranışsal belirtiler.....	14
2.5.4. Bilişsel belirtiler.....	14
2.6.Doğum Sonrası Dönem ve Ruhsal Bozuklukları.....	15
2.6.1.Annelik hüznü.....	16
2.6.2.Doğum sonrası psikoz.....	16
2.6.3.Doğum sonrası depresyon.....	17
2.6.3.1.Doğum sonrası depresyon epidemiyolojisi.....	18
2.6.3.2.Doğum sonrası depresyon etiyolojisi.....	19
2.6.3.3.Doğum sonrası depresyonun klinik özellikleri.....	24
2.6.3.4. Doğum sonrası depresyonun ayırıcı tanısı.....	25
2.6.3.5. Doğum sonrası depresyon gelişiminde risk faktörleri.....	27
2.6.3.6. Doğum sonrası depresyon sonuçları.....	29
2.6.3.7. Doğum sonrası depresyon tedavisi.....	31

2.7. Suçluluk ve Utanç Kavramları.....	33
2.8. Prematurite	34
3.GEREÇ ve YÖNTEM	36
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	37
3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri	37
3.4. Verilerin Toplanması.....	38
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1.Sosyodemografik veri formu.....	38
3.5.2.Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği.....	38
3.5.3. Beck depresyon ölçeği	39
3.5.4. Suçluluk-utanç ölçeği (SUTÖ)	39
3.5.5. Beck anksiyete ölçeği	40
3.6. İstatistiksel Analiz	40
4.BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
7. KAYNAKÇA.....	82
8. EKLER.....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	119

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	41
Tablo 1.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	42
Tablo 2.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	44
Tablo 2.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	45
Tablo 3.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ile anne meslek, eş meslek, aylık ortalama gelir durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	47
Tablo 3.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne meslek, eş meslek ve aylık ortalama gelir durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular.....	49
Tablo 4.a Prematüre doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planı ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgular.....	51
Tablo 4.b Miadında doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planlanması ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgular.....	53
Tablo 5.a Prematüre doğum yapmış annelerin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular.....	55

Tablo 5.b Term bebek annelerinin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular.....	57
Tablo 6.a Prematüre doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular.....	60
Tablo 6.b Miadında doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular.....	63
Tablo 7. Prematüre ve miadında doğum yapmış annelerin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular.....	65
Tablo 8.a Prematüre bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular.....	67
Tablo 8.b Term bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular.....	68

EKLER DİZİNİ

EK-1:Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	99
EK-2:Sosyodemografik Veri Formu.....	101
EK-3:Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	103
EK-4:Beck Depresyon Ölçeği.....	106
EK-5: Beck Anksiyete Ölçeği.....	110
EK-6:Suçluluk-Utanç Ölçeği.....	111
EK-7:Etik Kurul Onayı.....	117

SİMGELER VE KISALTMALAR

5HTTLPR: Serotonin Taşıyıcı Geni Promotor Bölgesi

ACTH: Adrenal Kortikotrofik Hormon

BDNF: Beyin Kökenli Nörotrofik Faktör

cAMP: Siklik Adenozin Monofosfat

COMT: Katekol-O-metil Transferaz

CRH: Kortikotropin Uyarıcı Hormon

CRP: C- Reaktif Protein

DSM-5: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı

DSM-IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı

EPDS: Edinburg Postpartum Depresyon Skalası

HHT: Hipotalamo-Hipofizo-Tiroid

HPA: Hipotalamo-Pituiter-Adrenal

IL-1: İnterlökin 1

IL-6: İnterlökin-6

MAO-A: Monoamin Oksidaz-A

NGF: Sinir Büyüme Faktörü

PPD: Postpartum Depresyon

SUTO: Suçluluk-Utanç Ölçeği

TNF- α : Tümör Nekrosiz Faktör Alfa

ÖZET

Premature Bebek Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon ve Suçluluk, Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Amaç: Prematüre ve miadında doğum yapan annelerin postpartum dönemde depresyon düzeyleri ile hem sosyodemografik risk faktörlerini hem de suçluluk, utanç duyguları arasındaki ilişkiyi yordamaktır.

Gereç ve Yöntem: Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine 01.03.2018-01.03.2019 tarihleri arasında rutin sağlık kontrolleri veya mevcut hastalıkları nedeniyle başvuruda bulunan bebeklerin anneleri çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan gönüllü annelerle yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında; Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçekleri uygulandı.

Verilerin istatistiksel analizi “ MiniTAB17 ” programı kullanılarak değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırması için Chi-square ve Fisher Exact testi kullanıldı. Tüm parametrik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirildi; normal dağılıma uyan parametrik veriler t testi ile normal dağılım göstermeyen parametrik veriler ise Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Prematüre ve miadında doğum yapmış anneler, uygulanan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği dikkate alınarak “PPD (Postpartum Depresyon) olan grup” ve “PPD olmayan grup” olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Prematüre doğum yapan annelerde PPD sıklığı %40,0 iken, term bebek annelerinde ise %26,1 olarak saptanmıştır. Prematüre bebek annelerinin PPD olan grubunda eş sosyal desteği ve anne sütüyle besleme oranları daha düşük iken, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve bebek bakımı konusunda kendisini yetersiz hissetme düzeyi anlamlı

olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Miadında doğum yapan annelerde ise sadece eş sosyal desteği ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü PPD ile ilişkili bulunmuştur.

Miadında doğum yapan annelerin PPD olan ve olmayan grupları arasında suçluluk utanç skorları açısından anlamlı bir ilişki gözlenmezken, prematüre bebek annelerinin PPD olan grubunda utanç skorları anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir.

Sonuç: Postpartum depresyon, anne ve bebeğin sağlığını önemli ölçüde etkileyen ve dikkate alınması gereken bir bozukluktur. Prematüre bebek annelerinde doğum sonrası dönemde depresyon açısından riskli bulunan grupların erken dönemde tanınması ve gerekli müdahalelerin uygulanması öncelikli hedefdir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, prematüre, suçluluk, utanç

ABSTRACT

Evaluation of The Relationship between Postpartum Depression and Guiltiness-Shame Emotion in Premature Baby Mothers

Purpose: To Investigate the relationship between depression levels in the postpartum period and both sociodemographic risk factors and guilt-shame feelings of premature and timely birth mothers.

Equipment and method: In Karabük Training and Research Hospital Pediatric Clinic between the date of 1st March 2018 to 1st March 2019, mothers of babies who attended for routine control or for their illnesses joined to this study. After the psychiatric interview with volunteer mothers who met the criteria for participation in the study, sociodemographic info form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Edinburg Postpartum Depression Scale and Guilt-Shame Scale applied.

The analysis of data were evaluated by using MiniTAB17 program. For comparison of categorical data Chi-square and Fisher's Exact tests are used. Conformity of all parametric data to normal distribution is evaluated with Kolmogorov- Smirnov test, Parametric data showing normal distribution is compared with t test and parametric data not showing normal distribution is compared with Mann -Withney U test.

Finding: Premature and timely birth mothers are separated in to two groups of with Postpartum Depression and without Postpartum Depression by using Edinburg Postpartum Depression Scales. The frequency of PPD in premature birth mothers are %40.0 and timely birth mothers frequency of PPD is %26.1 . While in the PPD group of premature infant mothers, spousal social support and breastfeeding rates were lower, family history of psychiatric illness and feeling insufficient in terms of infant care were significantly higher. Timely birth mothers with PPD and without PPD don't have any meaningful relationship about guilt shame scores, but timely birth mothers' only spousal social support and family history of psychiatric disease were found to be associated with PPD.

Timely birth mothers with PPD and without PPD don't have any meaningful relationship about guiltiness shame scores but premature birth mothers with PPD have meaningful higher shame scores.

Result: Postpartum Depression is a very important disorder that significantly affects the health of the mother and baby. The primary objective is to identify the groups at risk of depression in the postpartum period and to implement the necessary interventions.

Keywords: Postpartum depression, premature, guiltiness, shame



PREMATURE BEBEK ANNELERİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE SUÇLULUK, UTANÇ DUYGULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.GİRİŞ

Depresyon üzüntü, keder duygularını içeren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bazı olumsuz yaşam olayları ve durumlar karşısında da bu gibi duygular sıklıkla görülebilmektedir. Ancak bu yaşam olayları sırasında ortaya çıkan her duygudurumunu bir depresyon hastalığı olarak kabul etmek doğru olmayabilir. Depresyonda bu gibi duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük hayatını ve işlevselliğini bozacak kadar yoğun olarak izlenir (1).

Depresyon tüm dünyada en yaygın görülen ruhsal bozukluktur. Depresyon çocukluktan yaşlılık dönemine kadar her yaş grubunda görülebilir ancak 25-44 yaşları arasında daha sık görülen bir hastalıktır (2). 2001 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre yaklaşık 450 milyon insan, ruh sağlığı bozukluklarından muzdariptir ve mental hastalıklar dünya çapında kötü sağlık şartları ve maluliyetin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Aynı raporda depresif bozukluklar, küresel hastalık yükünün önde gelen dördüncü nedenidir (3). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresif bozukluk geçiren kişi sayısı 2005 ve 2015 yılları arasında tahmini olarak %18,4 oranında artmıştır.

Depresyon kadınlarda (%5,1) erkeklerden (% 3,6) daha yaygın olarak görülmektedir (4). 15 ülkenin dahil olduğu bir çalışmada yetişkinlerin yaşam boyu

majör depresyon ve distimi prevalansı kadınlarda erkeklere göre 1.9 kat daha fazla bulunmuştur (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde, major depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda yüzde 17 ve erkeklerde yüzde 9 olarak tespit edilmiştir (6).

Gebelik, psikolojik bir değişim dönemidir, aynı zamanda kadın için bir sınavdır. Bazıları için de, bu durum gelişimsel bir krizdir. İyi bir anne olmak, genellikle anne ve çocuk arasındaki güvenli ve uyumlu bir ilişki ile bağlantılıdır. Gebelikte bebeğin gelişimiyle alakalı belirsizlikler veya sağlık durumunun kötüye gideceği ile ilgili endişeler doğumdan sonra ortaya çıkabilir ve bu durumlarla başa çıkamayacağına dair korkular özellikle ilk kez doğum yapan anneler için tipiktir (7).

Beck'in 1996 yılında doğum sonrası depresyonla ilgili yapmış olduğu bir metaanaliz çalışmasında birtakım risk faktörleri belirlenmiştir. Beck, postpartum depresyonun belirtilerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 araştırmayı incelemiştir. Bu metaanalizin sonucunda doğum sonrası depresyonun risk faktörleri arasında sıklıkla; doğum öncesi dönemde depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımıyla ilgili kaygılar, sosyal destek yetersizliği, stresli yaşam olayları, eşler arası anlaşmazlıklar, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, maddi durumun yetersiz olması, gebeliğin istenmemesi gibi durumlar bulunmaktadır (8).

Prematüre doğan bebeklerin anneleri zamanında doğan bebeklerin annelerine göre erken dönemde daha fazla psikolojik sorun yaşarlar. Özellikle yenidoğan dönemindeki annelerin yaşadığı ruhsal belirtiler hakkında literatürde ayrıntılı ve uzunlamasına çalışmalar yapılmıştır (9). Erken preterm doğumdan sonra yenidoğan dönemi ebeveynler için daha streslidir. Yenidoğan döneminde çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin, annelerinin % 30-50'sinin, babalarının ise % 30-60'ının klinik olarak anlamlı depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (10-12).

Prematürelilik anne bebek ilişkisini negatif şekilde etkilemektedir. Bebekleri, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen ebeveynlerin kaygı, depresyon ve travma belirtilerinde artış olduğu gösterilmiştir. Yeni anne olmanın duygusal fırtınasıyla beraber; hasta bir bebeğe sahip olma, yoğun bakımın stresli ortamı, bebekten ayrı kalmanın verdiği hüznün anne ve babalar için ek bir stres kaynağı oluşturmaktadır (13). Annelerin yaşadığı ani stres reaksiyonunun kaynağı olarak; yenidoğanın klinik durumu, yoğun bakımda kalma süresi, doğum kilosu, gebelik haftası gibi faktörlerden ziyade; annenin “annelik sorumluluklarını” yerine getirememesi, bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada kendini yetersiz hissetmesi, onu kucaklayamaması ve bebeğini diğer aile üyeleri ile karşılayamaması gibi nedenler varsayılmaktadır. Annede doğumla beraber görülen sıkıntı hissi taburcu olduktan sonra günlerce hatta haftalarca dahi sürebilir ve ailelerin ebeveynlik rollerine uyumunda güçlüğü sebep olabilir (14).

Utanç, suçluluk gibi kişisel farkındalığa dönük negatif duygular insanların günlük yaşamlarında zaman zaman yaşadığı ortak duygulardır (15). Utanç ve suçluluk eğilimi ile özellikle bazı ruhsal belirtiler arasında bağlantı olabileceği bazı çalışmalarla ortaya konmuştur. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada depresif belirtilerle hem utanç hem de suçluluk duyguları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (16). Yine kadınlarla erkeklerin suçluluk utanç eğilimlerini ele alan bir çalışmada kadınların erkeklere göre hem suçluluk hem de utanç duyguları puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (17).

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Depresyonun Tanımı

Depresyon kederli, sıkıntılı, elemli bir duygudurumla beraber düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunlarla beraber düşük benlik saygısı, isteksizlik, kötümserlik duygu ve düşünceleri ile görülen bir sendromdur (18).

Depresyon belirtilerinin bazıları kişinin günlük hayatında da görülebilir. Kişiler karşılaştıkları bu durumu zaman zaman ifade edebilirler. Örneğin dikkatin sürdürülememesi, unutkanlık, düşüncelerin dağınıklığı gibi depresyon döneminde sıklıkla karşılaşılan bilişsel belirtiler, zaman zaman birçok kişinin normal hayatında da görülebilir. İnsanların günlük yaşamlarında depresif belirtilerden bir ya da birkaçıyla iç içe olduğu görülmektedir. Burada mühim olan, bu depresif belirtilerin görülmesi değil, bunların sıklık, şiddet ve süre bakımından depresyon sendromu ya da hastalığı ile ilişki halinde olmasıdır (19).

2.2.Depresyonun Güncel Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskısında (DSM-5), duygudurum bozuklukları tanımlaması kaldırılmıştır. Bu tanımlamayı karşılayacak şekilde “depresyon bozuklukları” ve “iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar” olarak iki gruba ayrılmıştır. DSM-5’te Depresyon bozuklukları başlığı altında; yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu

(distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanıları mevcuttur (20).

Depresif bozukluk belirteçleri göz önüne alındığında Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı (DSM-IV-TR) ve DSM-5 sınıflandırmaları arasında çok büyük farklılıklar yoktur. DSM-5 sınıflandırmasında, daha önceleri DSM-IV-TR sınıflandırmasında bulunan postpartum depresyon olarak tanımlanan belirtecin aslında %50 oranında gebelik döneminde başladığına dikkati çekmiş ve bu tanımlama “postpartum başlangıçlı” yerine “peripartum başlangıçlı” olarak değiştirilmiştir (20).

2.3. Depresyon Etiyolojisi

Majör depresyon nedenleri arasında genetik, biyolojik faktörler, psikolojik ve çevresel faktörler gösterilmektedir.

2.3.1. Genetik faktörler

Depresif bozukluk tanısı alan hastaların birinci derece yakınlarında bu bozukluğu geçirme riski genel popülasyona göre iki üç kat daha fazladır. İkiz çalışmalarıyla beraber kalıtımla geçiş oranının %31-42 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Tekrarlayan ve erken dönemlerde başlayan depresif bozukluklarda kalıtımın rolünün daha fazla olduğu düşünülmektedir (18).

Stresli yaşam olaylarının depresyona etkisini inceleyen bir çalışmada, serotonin taşıyıcı genin promotor bölgesindeki (5HTTLPR) fonksiyonel bir polimorfizmin, bu yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkisini azalttığı görülmüştür. Yine serotonin taşıyıcı promotor gen polimorfizminin kısa alelinin bir veya iki kopyasına sahip olan bireyler, uzun alel için homozigot olanlara göre stresli yaşam olayları ile ilişkili olarak depresif semptomları daha sık ve intihar etme eğilimleri daha yüksek bulunmuştur (21).

2.3.2.Biyokimyasal etkenler

1952’ de İproniazid adlı ajanın tüberküloz hastalarında etkinliği incelenirken, ilaç uygulanan hastaların daha mutlu, daha pozitif ve fiziksel olarak daha enerjik oldukları raporlanmıştır. Zeller tarafından yürütülen bu çalışma sonrasında iproniazid ve analoglarının; noradrenalin, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitter maddelerin yıkımını sağlayan monoaminooksidaz adlı enzimin inhibisyonununa bağlı olarak etkide buldukları anlaşılmıştır (22).

Depresyon oluşumunda günümüzde kabul edilen görüş beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadığıdır. Depresyonu ortaya çıkartan nörotransmitter fonksiyonlarıyla alakalı patolojiler ilk basamağı oluşturmaktadır. Bunlar, takip eden hücresel düzeydeki patolojileri (protein kinazlar, siklik adenzin monofosfat (cAMP), beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), G proteini, gen ifadenmesi ve nöral plastisite ile ilgili patolojiler) etkileyerek depresyon oluşumuna sebep olabilmektedir (1). Depresif bozuklukta en çok adı geçen nörotransmitter serotoninidir. Depresyonun nörobiyolojik etyolojisine dönük birçok çalışmada “serotonin hipofonksiyonundan” bahsedilir. Triptofan hidroksilaz inhibitörü olan paraklorofenilalaninin depresif belirtilere yol açtığı gösterilmiştir. Yine selektif geri alım inhibitörlerinin (SSRİ) ve triptofanın, serotonin oluşumunu ve fonksiyonunu artırarak antidepresan etki göstermesi de “ serotonin hipofonksiyonu” görüşünü desteklemektedir (23).

Depresyondaki hastalarda noradrenalin maddesinin azalması; enerji azlığı, ilgi kaybı, haz alamama, konsantrasyon güçlüğü, ümitsizlik ve karamsarlık gibi depresif semptomları artırmaktadır. Noradrenalin projeksiyonları ile depresyon arasında ilişkiye dair birtakım kanıtlar mevcuttur. Depresif çoğu hastada plazma noradrenalin düzeyinde artma, noradrenerjik reseptörlerde artma ve β adrenerjik reseptör sayısında farklılıklar saptanmıştır (24).

Depresyonda etkisi olduğu düşünülen bir diğer nörotransmitter de dopamindir. Dopamin konsantrasyonunu azaltan rezerpin gibi ilaçlar veya dopamin konsantrasyonunun azaldığı Parkinson gibi hastalıklar depresif belirtilere sebep olmaktadır (25).

Beyinde serotonin, noradrenalin ve dopamin maddeleri birbirleriyle etkileşim halindedir. Depresyonun gelişiminde her bir nörotransmitter maddenin tek başına etkili olduğunu söylemek zordur (26).

2.3.3.Nöroendokrin etkenler

Tüm hipotalamo pitüiter adrenal (HPA) sistem, organizmaların yaşadığı ortamlardaki fiziksel ve psikososyal değişimlere uyum sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. İnsanlarda algılanan stres, merkezi sinir sisteminde, hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) aracılığıyla, ön hipofizden adrenal kortikotropik hormon (ACTH) ve adrenal korteksten de kortizol salgılanmasına neden olur. Buna karşılık kortizol seviyelerindeki yükselmeler, hipokampüste negatif geri besleme mekanizmaları yoluyla HPA sistemini tipik olarak inhibe eder (27).

CRH, ACTH ve kortizol hormonlarının düzeyleri fiziksel ve ruhsal stresler karşısında artmakta ve homeostazın sağlanmasında, uyumsal yanıtların düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Genellikle düşük kortizol düzeyleri duygudurum ve mental durumun dengelenmesinde rol oynamaktadır. Örneğin, Addison hastalığında (adrenal yetmezlikle giden) ilgi kaybı, içe kapanma, uykusuzluk ve bitkinlik semptomları görülmektedir. Tedavide kullanılan antidepresan ilaçların kortikosteroid reseptör gen ekspresyonunu stimule ettikleri bulunmuştur. Antidepresan ilaçlarla tedavi altında olan kişilerde, hipotalamo-pituiter-adrenal anormalliklerde iyileşme görülmektedir (28).

Tiroid hormonları beynin normal gelişimi ve bilişsel işlevleri açısından gerekli olup, anormalliklerinde bilişsel, davranışsal ve nörovegetatif değişiklikler görülür. Hipotiroidi hastalarının yarısında, hipertroidilerde ise her beş hastadan birinde depresif belirtiler ortaya çıkar. Hipotalamo-hipofizo-tiroid (HHT) eksenini ile serotonerjik sistem arasında “kesin olmayan” bir ilişkiden söz edilmekte ve subklinik hipotiroidinin de depresyon tedavisinde direnç yol açtığı öne sürülmektedir (1).

2.3.4.Beyin görüntüleme sonuçları

Depresif bozuklukta beynin yapısal durumunun incelenmesi, belli beyin bölgelerinin hastalığıdaki rolü yıllardır araştırmacıların ilgisini çeken bir alandır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, duygudurum bozuklukları semptomlarıyla bazı biyolojik araştırma bulguları birlikte değerlendirildiğinde; duygudurum bozuklukları ile limbik sistem, bazal gangliyon ve hipotalamus patolojileri arasında bağlantı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmalarda özellikle medial limbik yapılar (orbitofrontal-singulat korteks ve bazal gangliyon) incelenmiştir (29). Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme ile depresyonu olan hastalarda ventrikül hacimlerinin genişlediği tespit edilmiş ancak bu bulgular sadece depresyona özgü bulunmamıştır (30, 31).

Major depresyon nedeniyle takip edilen remisyon olan hastaların, nondepresif gruba göre sol hipokampus hacminin % 19 daha küçük olduğu gösterilmiştir. Temporal lob, kaudat, frontal lob veya diğer beyin bölgeleri karşılaştırıldığında hacimsel farklılık gözlenmemiştir (31).

2.3.5.Nörotrofik faktörler

Yetişkin beyindeki nöronal plastisite; dendritik büyüme, aksonal filizlenme, sinaptik yeniden modelleme, nörojenez ile yakından bağlantılı yeni sinapsların oluşturulması ve modifiye edilmesiyle hücresele seviyede ortaya çıkar (32). Beyindeki bu nöroplastik olaylar arasında, sinaptik yeniden modelleme ve sinaptojenez büyük ölçüde nörotrofik faktörler, sinir büyüme faktörü (NGF) ve BDNF dahil bir grup proteinler (nörotrofinler) tarafından etkilenir (33).

Depresyonda en çok üzerinde durulan nörotrofik faktörlerin başında BDNF gelmektedir. BDNF'nin nörogenesis ve sinaptik plastisite üzerine olumlu etkisi vardır. Özellikle hipokampal bölgede stresle ilişkili olarak BDNF'nin ifadesinin azalması sonucu nöronal atrofi, hipokampal hacim ve fonksiyonlarında azalmaya ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Hipokampal bölgedeki BDNF aktivitesinin azalması depresyona yatkınlığı artırır (34).

2.3.6.Psikoanalitik görüş

Psikoanalitik kurama göre depresyon, yitim yaşantısına karşı gerçekleştirilen tepki olarak yorumlanır. Çocukluk sırasında anne-baba sevi kayıpları, sevgi ve ilgi ihtiyaçlarının karşılanmaması, ilerleyen dönemlerde depresyon olarak ortaya

çıkabilmektedir. Birey, kayıplarına karşı çaresiz kalmaktadır, sergilediği davranışlarla sevgi, sevecenlik ve güven arayışı içerisindedir (35).

Freud'a göre depresyon, yas tutmanın abartılmış ve patolojik bir ifadesidir. Yas tutmada ve depresyonda ana faktör, böylesine bir sevgi yatırımı yapılan ve sevilen bir kişinin kaybının kabullenilememesidir. Freud'a göre, her iki durumda da bireyin dünyayla ilgisi kesilir, artık başka bir objeye sevgi yatırımı imkanı da ortadan kalkar (36).

Melanie Klein'e göre depresif erişkinler kırılğan bir yapıya sahiptirler, çünkü geçmişte çevrelerindeki sevgi veren figürleri, örneğin anne ve babalarını, yıkıcılık ve hırslarıyla tahrip ettikleri şeklindeki erken dönem kaygılarını hiçbir zaman tam olarak çözememişlerdir. Bu tahribin bir sonucu da, içsel olarak aktif halde bulunan nefret edilen kötü nesnelere tarafından zulmedildiklerine olan inançlarıdır. Kötü içsel nesnelere tarafından zulmedilme hissiyle birlikte tahrip etmiş oldukları kayıp, iyi nesnelere duyulan özlem, depresif halin temelini oluşturur (37).

2.3.7.Bilişsel kuram

Beck, 1967 yılında yayımladığı "Depression: Causes and Treatment" adlı kitabında bireyin kendisi, çevresi ve geleceğiyle ilgili olumsuz yargıların depresyona zemin hazırladığını belirtmiştir. Beck o döneme kadar yalnızca duygudurum bozukluğu olarak tanımlanan depresyonu, düşünce bozukluğu temelinde ifade etmesi o zaman için büyük bir yenilikti. Bilişsel üçlü (kognitif triad) olarak isimlendirilen bu açıklamayla Beck, depresif hastaların kendilerini, çevrelerini ve geleceği olumsuz olarak gördüklerini belirtmiştir (38).

Bilişsel kuramda depresyondaki kişinin düşünce tarzının, bilişsel üçlünün etkisiyle yönlendirildiği varsayılmaktadır. Terapi sırasında ortaya çıkan mantık dışı olumsuz otomatik düşünceler saptanabilir. Bu düşüncelerin, duygudurumu veya motivasyonu doğrudan etkilediği öne sürülmektedir. Bilişsel kurama göre, depresyondaki hastaların kişiye özel şemaları bu olumsuz düşünce yapılarını beslemektedir ve terapideki amaç bu şemaların etkinliğini azaltıp, hastanın duygudurum ve bakış açısını değiştirmeye yardımcı olmaktır (39).

2.3.8.Davranışçı görüş

Davranışçı yaklaşımda, Seligman'ın “öğrenilmiş çaresizlik” görüşünden kısaca bahsetmek gerekir. Burada yapılan deneyde, köpeklere bir yandan elektrik akımı verip onları kaçınma davranışına sevk ederken, öte yandan da köpeklerin kaçabilmeleri engellenirse bir müddet sonra köpekler bu çabadan vazgeçerler, teslim olup, üzüntülü ve durgun bir çaresizlik içine düşerler. Köpeklerin yaşadıkları bu çaresizlik, insanlardaki depresyon haline benzemektedir. Davranışçı kurama göre depresyon, çocukluktan itibaren bazı acı veren olaylarla karşılaşmak ve bu durumlardan uzaklaşmayı, kaçınmayı öğrenememe ve bu durumlar karşısında çaresiz kalma halidir (18).

2.3.9.Kişilerarası etkenler kuramı

Depresyon, bireyin kendisi dışındaki diğer insanlarla olan ilişkilerinde problem yaşamasına sebep olabilir veya bireylerin kendi aralarında yaşadıkları problemler depresyonu tetikleyebilmektedir. Özellikle kişilerarası ilişkilerdeki onaylanmama, desteklenmeme, kabul edilmeme ve reddedilme gibi durumlar kırılmalıklar oluşturarak depresyona zemin hazırladığı söylenebilir (40). Kişilerarası duyarlılık, depresyona yatkın kişiliğin bir özelliği olarak öne sürülmektedir. Kişilerarası

duyarlılık, ayrılma kaygısı, kaçınanlık, çabuk incinen bir iç benlik ve onaylanma gereksinimi depresif durumlara eşlik etmektedir (41).

2.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılı verilerine göre depresyon, dünya çapında 322 milyon insanı etkileyen en yaygın mental bozukluklardan biridir. Bu insanların hemen hemen yarısı Güney Doğu Asya Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesinde yaşamaktadır(4). 2030 yılına kadar depresyonla ilişkili morbidite oranlarının artacağı ve yeti yitiminin, önde gelen üç temel nedeninden biri olarak, toplam hastalık yükünde önem kazanacağı tahmin edilmektedir (42).

Kıtalararası analizler, Avrupa ve ABD'de duygudurum bozuklukları yaygınlığının sırasıyla % 7,6 ile % 11,9 arasında değiştiğini ve majör depresif bozukluğun sırasıyla % 3,1 ile % 10,3 arasında olduğunu göstermiştir (43, 44). Kanada'da majör depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 10,8; yıllık ve bir aylık yaygınlık tahminleri sırasıyla % 4,0 ve % 1,3'tür. Depresyon, kişinin hem çalıştığı iş yerinde sürekliliğinin sağlanamaması, hem de kendisini iyi hissetmeden işine devam etmesi halinde üretkenlik kaybına yol açarak mesleki işlevselliği olumsuz etkilemektedir (45).

Ülkemizde, genellikle depresif belirtilerin %20'si tedavi gerektirir. Klinik anlamda depresyonun ise prevalansı %10 civarındadır. Depresyondaki kişilerin yaklaşık %35'inde bu belirtilerin kronikleştiği de dikkat çekmektedir (46).

Kişilerin sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerinin depresyon gelişimi için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşanlarda, aile veya yakınların yitimi halinde, depresyon veya özkıyım açısından aile öyküsü olanlarda depresyon yaygın olarak izlenmektedir. Yine geçmişinde intihar girişimi olanlarda, madde kullanım

öyküsü olanlarda ve anksiyete bozukluğu gibi komorbid bir ruhsal bozukluk varlığında depresyon gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır. Depresyon kadınlarda 35-45, erkeklerde ise 55 yaşından sonra daha yaygın görülmektedir (47).

2.5. Depresyonun Klinik Belirtileri

2.5.1. Duygulanım ve duygudurum belirtileri

Depresif duygudurum elem, çaresizlik, mutsuzluk, hüznün, umutsuzluk ve değersizlik duyguları ile karakterizedir. Anhedoni, daha önce haz alarak yapılan uğraşlara karşı görülen belirgin bir ilgisizlik ve isteksizlik halidir. Depresif hastalarda yaygın olarak anhedoni ve ilgi kaybı görülmektedir. Duygudurumda gün içerisinde dalgalanma ve değişkenlik izlenebilir. Depresif duygular günün erken saatlerinde daha yoğun olmakla beraber günün ilerleyen saatlerine doğru kısmen iyileşme gösterir. Anksiyetenin depresif duygudurumla birlikteliği sık olarak görülmektedir (48).

2.5.2. Bedensel belirtiler

Depresyondaki hastalarda somatik belirtilerin önemi iyi bilinmelidir. Depresyon hastaları genellikle tüm kültürlerde ve tüm bakım kliniklerinde somatik belirtilerle karşımıza çıkar (49). Depresyonla ilişkili somatik belirtiler, hem ağrılı olmayan (iştah, uyku ve libidoda değişiklikler, enerji eksikliği, baş dönmesi, çarpıntı ve nefes darlığı gibi) hem de ağrılı semptomlar (baş ağrısı, sırt ağrısı, kas-iskelet ağrıları, gastrointestinal yakınmaları gibi) içeren heterojen bir gruptur (50).

Major depresif bozukluktaki somatik belirtilerin tanınması ve yönetimi klinik olarak önemlidir, çünkü bu belirtiler hem kısa hem de uzun dönem sonuçları

açısından önemli bir göstergedir. Örneğin depresyonda görülen ağrı varlığı, daha uzun bir remisyon dönemi öngörüsünü azaltmaktadır (51).

2.5.3. Davranışsal belirtiler

Depresyondaki hastalarda görülen başlıca davranışsal belirtiler psikomotor yavaşlama ve psikomotor hareketlilik olmak üzere ikiye ayrılır. Psikomotor yavaşlama, majör depresif bozukluğun kilit bir yönü olarak kabul edilir (52). Psikomotor retardasyonun belirtileri konuşmanın yavaşlaması, hareketlerde azalma ve bozulmuş bilişsel işlevi içerir. Melankolik depresyon ve psikotik özellikleri olan hastalarda bu belirtiler yaygındır (53).

Ajitasyon ise, kişinin yaşamış olduğu sıkıntının motor davranışlarla dışa vurumudur; özellikle de ağır kaygılı hastalarda yerinde duramama, huzursuzluk hali, ellerini ovuşturma, parmaklarla oynama şeklinde görülür (54).

2.5.4. Bilişsel belirtiler

Son dönemde yapılan araştırmalar, ağırlıklı olarak depresyonun özellikle şiddetli evresinde bilişsel işlevlere odaklanmıştır ve günümüzde depresyonun, akut dönemde bilişsel işlev bozukluğu ile karakterize olduğu yaygın bir şekilde kabul edilmektedir (55, 56).

Depresif dönemdeki hastalar; dikkat, bilgi işleme hızı, motor hız, sözel ve sözel olmayan öğrenme, kısa süreli bellek ve çalışma belleği ile bilişsel esnekliği ölçen yönetici işlevlerle ilgili testlerde kontrol grubuna göre daha düşük performans sergilemişlerdir (57,58). Major depresif bozukluk döneminde kognitif fonksiyonların

etkilenmesi, kişilerin iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Benzer şekilde kişinin sosyal ve aile hayatına tam olarak katılımını kısıtlamakta ve toplumun bireyden beklentilerini karşılamasında sorunlara yol açmaktadır (59).

2.6.Doğum Sonrası Dönem ve Ruhsal Bozuklukları

Doğum sonrası dönem; anne babaların bebeğin bakımını sağlaması, bebek için güvenli bir ortam oluşturması, anne babalık rollerine adaptasyonu ve bebekle ilgili sorunlarla başa çıkmasını gerektiren bir süreçtir. Bu dönem, aile için çok olumlu, ebeveynlere haz veren, aile ilişkilerinin güçlendiği bir dönem olarak geçirilebileceği gibi, aile için bir kriz dönemine de dönüşebilmektedir (60). Doğum sonrası dönemde, fizyolojik ve anatomik değişikliklerle beraber, anneyi yeni roller ve sorumluluklar bekler. Anneler bebeğiyle sağlıklı iletişim kurmak, bebeğin bakımını üstlenmek, annelik rollerini benimsemek ve bebekle ilgili problemleri çözmek zorundadırlar. Çoğu kadın, hamilelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlere adapte olmakta zorluk çekmez. Ancak annelik rolünde adaptasyon sorunu yaşayan kadınlarda farklı düzeylerde duygusal problemler gelişebilmektedir (61). Annenin yaşamış olduğu bu duygusal sorunların özellikle anne bebek etkileşimini, evlilik ilişkisini ve bebeğin gelişimini negatif yönde etkilediği yapılan bazı çalışmalarla gösterilmiştir (62, 63).

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar semptomların şiddetine, özelliklerine, prognozlarına ve tedavilerine göre; annelik hüznü, postpartum depresyon ve psikoz olmak üzere başlıca 3 grupta incelenmektedir.

2.6.1. Annelik hüznü

Annelik hüznü, yeni annelerin birçoğunu etkileyen ve en yaygın görülen doğum sonrası komplikasyonlardan biridir. Belirtiler doğumu takiben 3-5 günde pik yapar, ilk iki hafta boyunca devam eder ve ardından kaybolur (64). Bu dönem genellikle hormonal değişikliklerin yol açtığı (semptomların başlangıcı östrojen ve progesteron seviyelerinin düşüşü ile beraberdir) uyku düzensizliği, iştahsızlık ve daha yeni anne olmanın stresi ile artmış fizyolojik bir fenomen olarak kabul edilir (65).

Annelik hüznü döneminde görülen belirtiler üzüntü, duygusal oynaklık, anksiyete, irritabilite, ağlama, alınganlık, uyku bozuklukları olarak görülmektedir. Bu durum annelerin işlevselliğini ve bebeklerine olan bakımını pek etkilemez. Zamanla belirtilerin şiddeti azalarak kaybolur ve tedaviye gereksinim duyulmaz. Annelik hüznü yaşayan annelere sosyal destek sağlanmalı, bu durumla başa çıkma yöntemleri konusunda sağlık profesyonelleri tarafından gerekli bilgiler verilmelidir. Annenin bebek bakımı ve yenidoğan sağlığına ilişkin bilgi eksiklikleri tespit edilerek tamamlanmalıdır. Psikoterapötik girişimlerin bir parçası olan duygusal destek ve bilgilendirme gibi yaklaşımlar bu dönemi aşmada faydalı olmaktadır (66).

2.6.2. Doğum sonrası psikoz

Genel popülasyonda postpartum psikoz prevalansı 1000 doğumda 1-2'dir. Bipolar bozukluğu olan veya postpartum psikoz öyküsü olan kadınlarda bu oran 100 kat daha fazladır. Bilişsel işlevlerde bozulma ve dağınıklık, tuhaf davranışlar, konfüzyon, sanrılar, bozulmuş algı ve yönelim deliryumun klinik görüntüsüyle tutarlıdır (67).

Doğum sonrası ilk 3 günde ortaya çıkan belirtiler, hızlı duygudurum dalgalanmaları ve psikotik belirtiler şeklinde kendini gösterir. İşitsel varsanılara ve kötülük görme sanrılarına sıklıkla rastlanır. İntihar riski nedeniyle hızla ve etkin bir biçimde sağıaltım uygulanmalıdır. Postpartum psikoz, doğum sonrası depresyondan farklı olarak biyolojik faktörlerin daha etkin olduğı bir ruhsal hastalıktır (68).

2.6.3.Doğum sonrası depresyon

Doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki ilk 12 ayda meydana gelen psikotik olmayan bir depresyon olarak tanımlanabilir (69). Doğum sonrası depresyon; doğumu takiben 6-8 hafta arasında başlayan, depresif duygudurum, suçluluk, bitkinlik, uyku düzensizlikleri, iştahsızlık, haz yitimi, suisidal ve/veya homosidal düşünceler ve diğere somatik semptomlarla seyreden bir bozukluktur (70).

Doğum sonrası depresyon; annenin benlik saygısını, becerilerini, bebekle olan etkileşimini, bebeğın gereksinimlerinin giderilmesini ve aile içi sorumluluklarını negatif anlamda etkilemektedir. Bazı yapılan çalışmalarda bu annelerin çocuklarının büyüme ve gelişmelerinin akranlarına göre geride kaldığı, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişmelerinin de olumsuz yönde etkilendiğı bildirilmektedir (71, 72).

Depresif anneler, bebeklerinin beslenme ve oyun oynama gibi ihtiyaçlarını karşılamakta daha isteksiz davranırlar. Bebeğini kucaklama, sağılık kontrollerinin takibi ve onunla oyun oynama gibi pozitif etkileşimli anne-bebek davranışları maternal depresyon belirtileri olan annelerde daha azdır; bununla birlikte depresif annelerin bebeklerinde huzursuzluk, sık ağlama ve bu bebeklerin sağılık hizmetine ulaştırılmasında yetersizlik durumları daha sık görülür (73).

2.6.3.1.Doğum sonrası depresyon epidemiyolojisi

Postpartum depresyon insidansı, çalışmalarda tanı için kullanılan ölçütlere, değerlendirme süresine ve çalışmaya alınan kadınların özelliklerine bağlı olarak büyük ölçüde farklılık göstermektedir (74). Postpartum depresyon yaygınlığını belirlemek için yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni, bazı çalışmalarda tanısal olarak depresyonun değerlendirilmesi, bazılarında ise depresyon belirtileri şiddetinin temel alınmasıdır (75, 76).

Toplum örnekleminde yapılan farklı çalışmalarda postpartum dönemde ilk 6 ayda maternal depresyonun nokta prevalansı % 9,1' den % 38,2'ye kadar değişkenlik göstermektedir (77). Doğum sonrası depresyona odaklanan çoğu derleme ve metaanaliz çalışmasında postpartum depresyonun Batı ülkelerinde kadınların % 10-15'ini etkilediği tahmin edilmektedir (78).Vietnam'da yapılan bir araştırma, anneler arasındaki postpartum depresyon prevalansının kentsel alanlarda % 20,4 ve kırsal alanlarda % 15,8 olduğunu göstermiştir (79). Güneybatı Etiyopya'da yapılan bir çalışmada doğumdan itibaren ilk 12 ayda toplam 138 anneyle görüşme sağlanmış ve annelere Edinburg postpartum depresyon skalası (EPDS) uygulanmıştır. Doğum sonrası depresyonu değerlendirmek için EPDS (kesme puanı ≥ 10) skorlamasına göre katılımcıların % 33.82'sinde postpartum depresyon bulunmuştur (80).

Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre sınırlı örnekleimde, doğum yapan annelerdeki depresyon prevalansı % 14-29 arasında değişmektedir (81). Aydın il merkezindeki 9 farklı sağlık ocağında kayıtlı 6-8 haftalık bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 248 anneye Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (kesme puanı $>12/13$) uygulanmıştır. Postpartum depresyon sıklığı %12,5 olarak saptanmıştır (82).

2.6.3.2.Doğum sonrası depresyon etiyolojisi

Genetik faktörler

Kalıtsal faktörler ve affektif hastalıklara yatkınlık, PPD oluşumuna katkıda bulunurken; PPD'yi nonpuerperal afektif hastalıktan ayıracak farklı bir kalıtsal örüntünün mevcut olup olmadığı belirsizdir (83).

Serotonin ile ilişkili polimorfik bölge, serotonin promotör bölgesinin transkripsiyonel aktivitesini etkileyen işlevsel bir poliformizmdir. Serotonin ile ilişkili polimorfik bölgenin kısa allelini taşıyan kişilerde serotonin ekspresyonu daha az olmaktadır bu da kısa allele sahip olanları depresyona daha yatkın hale getirmektedir. Psikiyatrik geçmişi olan ve aynı zamanda kısa allele sahip annelerin doğumla beraber ilk 8 haftada doğum sonrası depresyon riski artmıştır (84).

Monoaminerjik sistemin lohusalık dışı majör depresyon ile ilişkili, dopamin ve noradrenalin metabolizmasında rol oynayan katekol-O-metiltransferaz (COMT) ve monoamin oksidaz-A (MAO-A) enzimleriyle alakalı allellik gen varyasyonları incelenmiştir. MAO-A ve COMT, Val158 Met-Met taşıyıcıları, polimorfizmlerinin düşük aktiviteli varyantlarını bulduran annelerde doğum sonrası 6. haftada depresif semptomlarda artış olduğu bildirilmiştir (85).

Endokrin ile ilişkili faktörler

Steroid hormonları, hem lohusalık dışı hem de doğum sonrası depresyonda önemli bir rol oynar. Hamilelik ve doğum sonrası dönemde, steroid ve peptid

hormonlarının seviyeleri, PPD' nin etiyojisine katkıda bulunabilecek önemli ölçüde dalgalanma göstermektedir (83).

Kadınlarda progesteron seviyeleri gebelik süresince yaklaşık 20 kat daha yüksektir ve hamilelik boyunca da yüksek seyretmektedir. Bununla birlikte östradiol seviyeleri kadınlarda hamilelik boyunca yaklaşık 200-300 kat daha yüksektir ve bu iki steroid hormon seviyesi de plasentanın dışarı atılmasıyla birlikte düşer (86). Kadınlarda, yükselen estradiol seviyeleri üçüncü trimesterde artmaya devam eder, ancak doğumdan sonra dramatik olarak düşer, bu da doğumdan sonraki ilk birkaç hafta boyunca bir “estradiol-geri çekilme durumunun” PPD'ye katkısı olduğu hipotezini açıklar (87).

Östradiolün depresyon açısından koruyucu olduğunu ve düşük serum östrojen düzeylerinin PPD semptomları ile ilişkili olması gerektiğini varsayan dokuz çalışmada doğum sonrası östrojen seviyeleri ölçülmüştür. Buna karşılık yüksek serum östradiol seviyelerinin doğum sonrası depresyon açısından risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (88).

Ovaryum kaynaklı steroidlerin yanı sıra glukokortikoidler de depresyonun oluşumuna katkı sağlar. Postpartum depresyonu olan annelerde, kortizolün aşırı salgılanması ve anormal HPA fonksiyonu olduğu gösterilmiştir (89). Major depresyonda ve gebelik döneminde görülen hipotalamo-pitüiter aks bozuklukları benzerdir. Her iki durumda da, plazma kortizolün bazal konsantrasyonları ve kortizolün idrarla atılımı artar ve deksametazon supresyon testi ile plazma kortizolünün baskılanması önlenir (90).

PPD semptomları ile doğum sonrası tiroidit bulguları aynı döneme denk gelmektedir. Tipik olarak kadınların % 5 ile % 7'sinde doğum sonrası ilk yılda tiroid hormonlarının dengesi bozulur (91). Bu gözlem, PPD'de tiroid sistemini etkileyen

teorilerin oluşumuna zemin hazırlamıştır. Örneğin, tiroid sistemindeki gebeliğe bağlı değişikliklerin serotonerjik sistemin aktivitesini bozabileceği veya östrojen reseptör duyarlılığını değiştirebileceği ileri sürülmüştür (92).

Prolaktinin anksiyolitik özelliği vardır. İnsanlarda ve sıçanlarda doğumdan itibaren laktasyonun strese karşı koruyucu etkide bulunduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle doğum sonrası prolaktin bazal düzeylerinin yüksek olması PPD gelişimine karşı koruyucu olabilir (93). Bununla birlikte, 48 kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada, doğum sonrası emzirmeye devam eden annelerde ikinci ve sekizinci haftada PPD semptomları ile hem prolaktin düzeyi hem de oksitosin düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Prolaktin düzeyi ile PPD belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken, düşük oksitosin düzeylerinin eş zamanlı PPD semptomları ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (94).

21-32 gebelik haftaları arasındaki 73 İsviçreli kadınla yapılan prospektif bir çalışmada, oksitosin düzeyi düşük gebelerde, doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde depresif semptomlar daha fazla görülmüştür (95). 57 kadından oluşan prospektif bir çalışmada, gebelikte testosteron düzeylerinin, doğumdan sonraki 1. ve 6.haftalarda depresif belirtilerle ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (96). Diğer yandan, 193 kadınla yapılan başka bir çalışmada, doğum sonrası ilk üç gün içinde ölçülen testosteron düzeyiyle, hem depresif belirtiler hem de öfke şiddeti arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (97).

İmmünolojik/İnflamatuar faktörler

İmmün sistemdeki bozulmaların sıklıkla depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere bazı ruhsal hastalıkların başlangıcıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir (98). Postpartum dönemde görülen pek çok immuno-enflamatuar değişiklik, bu dönemdeki duygudurum bozukluğu ve anksiyete semptomlarıyla ilişkilidir. Erken

lohusalık döneminde IL-6 (İnterlökin-6), IL-1 (İnterlökin-1) reseptör antagonisti ve lösemi inhibe edici faktör reseptörü sayısında artma, antienflamatuar Clara hücre proteininde de azalma olduğu gösterilmiştir. Lohusalık döneminde görülen bu bağışıklık aktivasyonu, doğum sonrası anksiyete ve depresif semptomlarla korele olarak bulunmuştur (99, 100).

Çalışmaların çoğu doğumu takiben proinflamatuvar sitokin düzeyleri ile doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde görülen PPD semptomları arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Örneğin, 91 annenin yer aldığı bir çalışmada doğumu takiben ilk birkaç gün içinde, depresif belirtileri artmış olan kadınların, daha yüksek IL-6 ve IL-6 reseptörü seviyelerine sahip olduğu gösterilmiştir (99). 56 annede yapılan farklı bir çalışmada, doğum sırasındaki IL-6 ve TNF- α (Tümör Nekrosiz Faktör Alfa) seviyelerinin, doğum sonrası ilk dört gün ve altıncı haftadaki EPDS skorları ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (101).

Genel bir sistemik inflamasyon belirteci olan C-reaktif proteini (CRP) ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. 1053 kadının katıldığı çalışmada, doğumdan sonraki ikinci günde CRP düzeyi ile doğum sonrası 2. ve 8. aylarda PPD riski arasında bir bağlantı saptanmamıştır (102). Öte yandan, 27 annenin yer aldığı bir çalışmada ise CRP düzeyi ve postnatal ilk 5 gün içinde PPD gelişme ihtimali açısından bir ilişki olduğu gösterilmiştir, fakat aynı ilişki postpartum 5. ve 6. haftalarda bulunamamıştır (103).

Psikososyal ve kültürel faktörler

PPD üzerine yapılan psikososyal araştırmalar, biyolojik faktörler üzerine yapılan araştırmalardan çok daha uzun bir geçmişe sahiptir ve bu nedenle de çok daha geniş bir literatürdür. O'Hara ve arkadaşları tarafından bilişsel-davranışçı bir PPD modeli önerilmiştir. Bu model kadının hamilelikten önce ve hamilelik sırasındaki psikolojik

kırılganlıklarının, doğum gibi stresli bir yaşam olayını takiben depresif belirtilerdeki artışlara sebep olacağını öngörmektedir. Depresyonun bilişsel davranışçı teorilerinde, kadınların doğum sonrası dönemdeki kırılganlıkları; geçirilmiş depresyon öyküleri ve işlevsiz sosyal-bilişsel süreçlerin yansıması olarak gösterilmiştir (104).

Bazı kadınlar doğum süreciyle bağlantılı, bazıları ise doğumdan bağımsız olarak stresli yaşam olayları ile karşılaşır. Prospektif bir çalışmada, depresyon kırılganlığı özelliklerinin ve stresli yaşam olaylarının ortak etkilerinin, hem PPD gelişiminin hem de belirtilerin şiddetinin önemli bir belirleyicisi olduğu kanıtlanmıştır (105).

Kesitsel ve prospektif çalışmalara dayanan çok büyük bir literatür, PPD için risk faktörlerini ele almaktadır. Bu çalışmaların meta-analiz sonuçlarına göre orta ile güçlü ilişkili olan risk faktörleri; hamilelik sırasında depresyon öyküsü, depresyon ve anksiyete, nevrotik kişilik özelliği, düşük özgüven, zayıf evlilik ilişkisi, zayıf sosyal destek ve stresli yaşam olaylarını (örn: çocuk bakımı ile ilgili stresörler) içerir. PPD ile daha az ilişkili olan risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik durum, bekâr olma, istenmeyen hamilelik ve obstetrik stresler vardır (106).

PPD ile nevrotik kişilik özelliği arasında bir ilişki olduğu teorisi, yapılan birçok çalışmayla desteklenmektedir (107-109). İspanya’da yapılan bir çalışmada, Eysenck kişilik envanteri ile ölçülen nevrotik kişiliğin doğumdan sonraki 2 ile 8 ay arasında PPD için güçlü bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (108).

Collins ve arkadaşları doğum öncesi daha az psikolojik destek alan kadınların, hamilelik sırasında ve doğum sonrası dönemde depresif bir ruh hali yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (110). Benzer şekilde eşlerinden yeterli ilgi ve destek göremediğini belirten ve evliliklerinde problem yaşayan annelerde doğum sonrası depresif belirtilerin görülme ihtimalinin daha fazla olduğu,

yeterli ilgi ve desteğin ise bebeğin sağlığını pozitif anlamda etkilediği saptanmıştır (111, 112).

PPD' nin farklı kùltùrlerdeki çalışmalarına ilişkin araştırmalar, kadının doğumdan sonra hastalığın ortaya çıkışının, sosyal çevresinin ilgi ve desteğiyle doğrudan bağlantılı olduğu bildirilmiştir (113). Batı toplumlarında doğumu takiben kadınlara yüklenen rollere ve doğum sonrası annenin bebeğini koşulsuz olarak seveceği, ailesiyle yakından ilgileneceği ve doğumdan sonra hep mutlu olacağı şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu beklentiler anneler üzerinde sıklıkla ciddi baskılar oluşturmaktadır (114).

Doğum sonrası depresyonun bazı geleneksel kùltürel ortamlarda daha az yaygın olduğu gör÷lmektedir. Örneğin, bazı doğu kùltürlerinde doğumdan sonraki ilk 3-6 hafta boyunca bir kadının yatakta istirahat etmesi sağlanır. Lohusa dönemindeki kadına annesi veya kayınvalidesi ev işleri ve çocuk bakımında yardımcı olurlar (115). Doğum sonrası depresyon küresel bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğu kùltüründe sorunun kökeninin bütünüyle biyolojik sebeplerden kaynaklanmadığı için batı toplumlarındaki tedavi yöntemlerinden yeterince yararlanılamayacağı öne sür÷lmektedir (64).

2.6.3.3. Doğum sonrası depresyonun klinik özellikleri

Postpartum depresyon, genellikle doğumdan 2-3 hafta sonra sinsice başlar fakat başlangıcı doğumu takiben 1 yıla kadar uzayabilmektedir (116).

PPD için spesifik bir tanı sınıflandırması yoktur. Bununla birlikte, PPD' nin semptom ve bulguları, doğum dışı majör depresyon belirtileri ile aynıdır ve majör depresif ataklar olağan kriterler kullanılarak teşhis edilir, ancak PPD' den söz etmek için bir hamilelik süreci veya doğum sonrası başlangıcı olması gerekmektedir (117).

Doğum sonrası depresyondaki annede, ailesine ve bebeğine dönük karşıt duygular öne çıkmaktadır. Postpartum depresyonun diğer bulguları; depresif ruh hali, etkinliklere karşı istenç azlığı, bitkinlik, iştah değişikliği, uyku düzensizliği, bebek bakımındaki zorluklar, kendisini suçlu hissetme, özbenlik saygısında azalma, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon ve özkıyım düşünceleridir. Sıklıkla bu belirtiler doğumdan itibaren 2-8 haftalar arasında başlar ve en az 2 hafta en çok da 1 yıl kadar devam eder (118).

PPD'nin ilk işaretleri sinsice ve belirsiz olabilir, özellikle belirti şiddeti hafif ve orta düzeyde olduğunda ve annenin yardım arama davranışı önemszenmediğinde, fark edilemeyebilir. Bu olgularda depresif belirtiler haftalarca sürebilir, sonunda klinik durum ağırlaşabilir ve hastaneye yatış ihtiyacı doğabilir. Bu yüzden tanının erken dönemde saptanması çok önemlidir (119).

2.6.3.4. Doğum sonrası depresyonun ayırıcı tanısı

Doğum sonrası dönemde normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif belirtiler arasındaki benzerlik, bazı durumlarda klinik tanıyı zorlaştırabilir. Yorgunluk, cinsel istekte değişiklik, huzursuzluk ve uyku düzensizliği postpartum depresyon bulguları olmakla beraber, doğum sonrası dönemde de normal olarak görülebilir. Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan bir çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin sadece depresif hastalarda görüldüğü tespit edilmiştir (120).

Doğum sonrası hüznün, doğum yapan annelerin % 50 ile % 80'inde görülür. Belirtiler ve semptomlar doğumdan 1-2 gün sonra ortaya çıkar ve bunlar moral bozukluğu, anksiyete, ağlama, sinirlilik, iştah ve uyku sorunlarıdır. Bu değişiklikler hafiftir ve 10 ile 14 gün içinde kendiliğinden düzeler; ancak doğum sonrası annelik

hüznü olan hastaların % 25'inde PPD gelişir (121). Genellikle doğum sonrası annelik hüznü belirtileri, kadınların sosyal ve mesleki işlevselliğini bozamaz ve aile üyelerinin sosyal desteğiyle aktif müdahaleye gerek duymadan bu dönem atlatılmaktadır (122).

Doğum sonrası psikoz, genelde doğumu takiben ilk 2 hafta içinde (en fazla 3 aya kadar) akut ve ani bir başlangıç gösterir. Psikiyatrik ve obstetrik bir acil durum olarak kabul edilmelidir (123). En sık görülen semptomlar aşırı sevinç, duygudurum değişkenliği, saçma sapan konuşma, dağınık davranış, halüsinasyonlar ve sanrıları içerir (124). Annenin kendisine veya bebeğine zarar verme, bebeğin bakımını reddetme ile ilgili düşünce ve tutumları ortaya çıkabilir. Deluzyonel düşünce temelinde bebeğin sakat veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi hâkim olabilir. Halüsinasyonların içeriği de düşüncelerle örtüşebilir ve anneye bebeğini öldürmesi yönünde emir veren sesler şeklinde görülebilir (125).

Bipolar bozukluğu olan kadınlarda doğum süreci; mani, depresyon ve psikotik atakların gelişimi için tetikleyici bir dönemdir ve ayrıca hâlihazırda manik ya da depresif atak döneminde olan bireylerde de belirtilerin şiddetini artırır (126). Doğum sonrası hipomani, annelik deneyimiyle ilgili normal sevinç olarak yanlış anlaşılabilir, çünkü sosyal ya da mesleki fonksiyonlarda belirgin bir bozulmaya neden olmaz; ancak klinik önemi daha sonraki postpartum depresyonu ile olan ilişkisinde yatmaktadır (127).

Postpartum dönemde bipolar bozukluk depresyon döneminin göstergeleri; depresif belirtilerin doğumdan hemen sonra ortaya çıkması, hipomani tablosunun gelişmesi, atipik depresif belirtiler görülmesi, düşünce akışının hızlanması, psikotik bulguların eşlik etmesi, birinci derece yakınlarında bipolar bozukluk öyküsü, antidepresan tedaviye çabuk yanıt vermesi, antidepresan tedaviyle ortaya çıkan hipomani, mani veya karma dönemin tetiklenmesidir (128).

Doğum sonrası obsesif kompulsif bozukluk başlangıcı gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 6 hafta içinde ortaya çıkabilir. Takıntıların teması sıklıkla bebeğe zarar verme düşünceleri ve korkunç imajlarla ilgilidir. Doğum sonrası majör depresyon tanısı konan kadınlarda, bebekleriyle ilişkili istemsiz gelen tekrarlayıcı düşünceler ve kompulsif kontrol davranışları görülebilir (129).

2.6.3.5. Doğum sonrası depresyon gelişiminde risk faktörleri

Doğum sonrası depresyon eğilimi olan annelerin depresif belirtilerinin erken dönemde tanınması ve tedaviye başlanması, depresyonun geç dönem olumsuz etkilerini en az düzeye indirgemedeki önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden postpartum depresyon gelişimine zemin hazırlayan risk faktörlerini fark etmek ve depresyon açısından riskli sayılabilecek kadınların yakından takibi önemlidir.

Doğum öncesi depresyon ve anksiyete, psikiyatrik hastalık öyküsü, kötü evlilik ilişkisi ve stresli yaşam olayları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası depresyonun predispozan faktörleridir. Gelişmiş ülkelerde önemli risk faktörleri ise doğum öncesi depresyon ve kaygı, geçirilmiş psikiyatrik hastalık, bozulmuş evlilik ilişkisi, stresli yaşam olayları, çocuk bakım stresi ve gebeliğe karşı olan olumsuz tutumdur (130).

Postpartum depresyonun gelişmiş ülkelerdeki fiziksel ve biyolojik risk faktörleri; beden sağlığında zayıflama, olumsuz vücut görünümü ve vücut ağırlığının artışı gibi etkenlerdir (131). Benzer şekilde, gelişmekte olan ülkelerde de bedensel sağlık durumunun zayıf olması risk faktörü olarak rapor edilmiştir (132).

Doğum sonrası depresyon için obstetrik ve pediatrik risk faktörleri açısından yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Koutra ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada sezaryan ile doğumun, normal vajinal doğuma göre postpartum depresyon skorunun istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (133). 2008 ve 2014 yılında yapılan farklı iki kohort çalışmasında doğum şeklinin postpartum depresyonla ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (134, 135). Bununla birlikte emzirmenin yetersizliği veya başlamaması, kaçınıcı gebelik olduğu ve bebeğin cinsiyeti gibi etkenler araştırılmış ancak tutarsız bulgular elde edilmiştir (131, 134).

Annelerin beslenme öncesi ve sonrasında duygudurumlarının değerlendirildiği bir çalışmada emziren annelerin emzirme sonrası olumsuz duygularının azaldığı, biberonla besleyen annelerin ise bebeğin beslenmesi sonrasında olumsuz duygularında artış olduğu tespit edilmiştir (136). Doğum sonrası dönemde depresyonu olan kadınların emzirme devamlılıklarının daha kısa, emzirmeyi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (137).

Premature doğan, tıbbi hastalık nedeniyle takipte olan (138) ve zor mizaçlı (139) bebeklerin annelerinde depresif belirtilerin görülme olasılığı yüksektir. Bebeğin cinsiyetinin farklı kültürdeki önemi ve önceliği değişkenlik göstermektedir. Örneğin, Çin' de bebeğin cinsiyetinin kız olması durumunda doğum sonrası depresyon skorlarında önemli bir artış mevcuttur, ancak Türkiye'de yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyetinin depresif skorları doğrudan etkilediğine dair veriler tutarsızdır (130). Gebelik sürecinin sancılı geçmesi (140), düşük/ölü doğum hikâyesi ve gebeliğin planlanmamış olması depresyon riskini artırır (141). Demografik özellikler ile postpartum depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve çelişkili sonuçlar bulunmuştur.

Gelişmiş ülkelerde, genç anne yaşının doğum sonrası depresyon için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (142). Genç yaşta hamile kalan kadınların depresyona daha yatkın oldukları bildirilmiştir. En yüksek depresyon seviyesinin 13-19 yaş arasındaki annelerde (143) en düşük depresyon düzeyi ise 31-35 yaş arası kadınlarda

görülmüştür (144). 1897 kadınla yapılan geniş bir çalışmada, yaşı 25 den küçük olan kadınların doğumdan altı hafta sonra postpartum depresyon geçirme ihtimalinin beş kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (145). Ancak yapılan birçok çalışmada da doğum sonrası depresyon ile anne yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (131).

Çalışmalar, düşük sosyoekonomik durumun doğum sonrası depresyon gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir (146). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin (147) ve düşük sosyoekonomik düzeyin (140) doğum sonrası depresyon için risk oluşturduğu bildirilmiştir.

Gebelik dönemi boyunca duygusal ve psikososyal desteğin yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir. Gebelikte sosyal destek yetersizliğinin depresyon ve kaygı düzeylerini arttırdığı yapılan birçok çalışmayla ispatlanmıştır (148, 149). Gebelik süresince kadının eşi tarafından cinsel şiddete maruz kalması ve diğer aile içi şiddet türleri, doğum sonrası depresyon sıklığına katkıda bulunan faktörlerdir (150). İnandı ve arkadaşlarının Orta ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde 2514 anne ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada katılımcıların %40' ının hamileliği boyunca yeterli aile desteğini alamadığı saptanmıştır (151). Aile ve çevreden algılanan sosyal desteğin kadınların hayat kalitesini ve iyilik halini artırdığı (152) özellikle eş, aile ve sağlık profesyonellerinden sağlanan sosyal desteğin postpartum depresyonun önlenmesinde büyük bir rolü mevcuttur (153).

2.6.3.6. Doğum sonrası depresyon sonuçları

Doğum sonrası depresyon anne, bebek ve aile için ciddi sonuçları olan önemli bir ruhsal sağlık problemidir. Doğum sonrası depresif bozukluğun ortaya çıkması anneye, evlilik ilişkisine ve çocuklarına zarar verebilir ve tedavi edilmediği takdirde uzun vadede olumsuz etkileri olabilir. Bu ciddi sonuçlarla beraber, doğum sonrası

ruhsal hastalıkların erken teşhis ve tedavi müdahaleleri, anne ve çocuğun sağlığı ve iyiliği için zorunludur (154).

Doğum sonrasında depresif annelerin çocuklarında psikolojik, bilişsel, nörolojik ve motor gelişim dönemlerinde gerileme daha fazladır. Benzer şekilde bu çocuklarda kaçınma ve stresli davranış örüntülerinin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (155, 156). Doğumundan itibaren depresyon dönemindeki bir annenin içe dönük, tepkisiz ve olumsuz davranışları, anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisini etkilemektedir (157). Tronick ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada depresif annelerin bebeklerinin daha az ses çıkardıkları ve daha az olumlu yüz ifadesine sahip oldukları bildirilmiştir (156). Zuckerman ve ark., depresif annelerin bebeklerinin kortizol ile katekolamin seviyelerindeki artışla bağlantılı olarak bu bebeklerin daha sık ağladığını, daha geç sakinleştirildiğini ve daha uzun sürede uykuya daldıklarını belirtmiştir (158). Geniş bir popülasyonu temel alan 107.587 annenin dahil olduğu bir araştırmada gebelik sürecinden doğum sonrası ilk altı aya kadarki herhangi bir dönemde, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında gastrointestinal ve alt solunum yolu enfeksiyonları anlamlı olarak daha yüksektir (159).

Gebelik süresince ve postpartum dönemde özkıyım düşünceleri ve girişimleri genel toplumdaki kadınlara göre daha düşüktür fakat intihara bağlı ölümlerin yaklaşık %20'sinin doğum sonrası dönemde gerçekleştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada kendine zarar verme düşüncesinin, gebelikte ve doğum sonrası dönemde %5-14 arasında görüldüğü ve intihar düşüncesinden daha yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. Doğum sonrası depresyonu olan annelerde intihar eğilimi yüksektir ve bu popülasyondaki en sık ikinci ölüm nedenidir (160).

2.6.3.7. Doğum sonrası depresyon tedavisi

Doğum sonrası depresyonun tedavisi genellikle bütüncül bir yaklaşımla ele alınır. Bu bütünü oluşturan unsurlar; sosyal çevrenin desteği, aile üyelerinin tedavi sürecine dâhil edilmesi, gerekli durumlarda farmakoterapi, psikoterapi ve elektrokonvulsif tedavi seçeneklerini içerir.

Farmakolojik tedavi

Orta ile ağır şiddetli postpartum depresyon tedavisinde ilaç kullanımı gereklidir. Emzirme döneminde psikotropik ilaç kullanımının güvenlik ve risk durumları göz önüne alınmalıdır. Bir bebeğin maruz kaldığı ilaç miktarı; maternal ilaç dozu, ilacın alınma zamanı ve doz sıklığı, ilacın bebek ve annedeki metabolizması gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (161).

Anne psikotropik ilaç kullanıyorsa, prematüre veya karaciğer metabolizma bozukluğu belirtileri olan bebeklerin emzirilmesi ertelenmelidir. İlacın anne sütündeki en yüksek olduğu konsantrasyon, ilaç alımından 6-8 saat sonra elde edilir. Bu nedenle emzirme, anne sütü ilaç konsantrasyonunun en düşük olduğu (ilaç almadan hemen önce veya sonra) zamanlarla sınırlandırılabilir (162). Daha önce antidepresan tedavi almamış ve halen laktasyon döneminde olan annelerde doğum sonrası depresyon için etkinlikleri ve tolerabiliteleri nedeniyle seçici serotonin geri alım inhibitörleri önerilmektedir (163). SSRI'lar emziren annelerde diğer antidepresan sınıflarından daha yaygın olarak kullanılmış ve çalışılmıştır. Örnek olarak, doğum sonrası depresyon nedeniyle antidepresanlar ile tedavi edilen kadınlara (n = 459) ait retrospektif bir çalışma, SSRI'lerin % 90 oranında kullanıldığını bulmuştur (164). SSRI'lar arasında genellikle ilk tedavi için paroksetin veya sertraline seçilmektedir, çünkü bebeklerde yan etkiler daha düşük saptanmıştır. Çalışmalar sonucunda anne sütü aracılığıyla paroksetin ve sertraline maruz kalan

bebeklerin serumlarında bu iki etken maddenin en az düzeyde olduğu belirtilmiştir (165, 166).

Psikoterapotik ve psikososyal yaklaşımlar

Doğum sonrası depresyonu olan birçok anne, bebeğın anne sütünü aracılığıyla ilaca maruz kalması ve ilacın potansiyel yan etkileri nedeniyle antidepresanları almakta tereddüt ederler ve bu nedenle genellikle psikolojik tedavileri tercih ederler (162).

Doğum sonrası depresyon için psikososyal ve psikolojik tedavilerden oluşan randomize on kontrollü çalışmanın bir Cochrane meta analizi, hem psikososyal hem de psikolojik müdahalelerin, depresyonu azaltmada etkili ve uygun bir tedavi seçeneğı olduğunu ispatlamıştır (167).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi yaşam olaylarına odaklanan özellikle duygudurum bozukluklarının tedavisinde yararı gösterilmiş bir psikoterapidir (168). Avustralya’da yapılan pilot bir çalışmada, postpartum depresyon tanısı alan 18 kadın, 8 gruba ayrılarak kişilerarası terapi seanslarına alınmıştır ve 3 ay sonunda depresif belirtilerde anlamlı olarak azalma görülmüştür (169). Cho ve ark. ının pilot çalışmasında doğum öncesi bilişsel davranışçı müdahale, doğum sonrası depresyon için koruyucu bir tedavi seçeneğidir. Doğum öncesinde yapılan bilişsel davranışçı terapi, depresif belirtilerin azalmasında ve evlilik doyumunun artmasında etkilidir (170).

Elektrokonvulzif tedavi

Elektrokonvulzif tedavi, doğum sonrası depresyonda etkin bir tedavi seçeneğidir ve bebeğe herhangi bir etkisi olmadığı için emziren annelerde de tercih edilmektedir (171).

Annenin kendisine ya da bebeğine zarar vermek istemesi, intihar düşüncelerinin olması, yeme-içmesinin bozulması ya da psikotik belirtilerinin bulunması halinde elektrokonvulzif tedavi düşünülmelidir (172).

Diğer tedaviler

Doğum sonrası depresyon için alternatif ve tamamlayıcı tedaviler arasında sıklıkla uygulananlar; bitkisel takviyeler, egzersiz, aromaterapi, masaj, akupunktur, parlak ışık terapisi, dua etme ve homeopatidir (173).

2.7. Suçluluk ve Utanç Kavramları

Suçluluk ve utanç duygusu çoğu zaman karıştırılır ve birbirinin yerine kullanılır. Tangney ve Dearing' e göre, bu iki duygu oldukça benzer duygulardır ancak bunları birbirinden ayıracak belirgin özellikler de mevcuttur. Utanç duygusu kişinin benliğine ilişkin, suçluluk ise bireyin davranışlarına ilişkin olumsuz değerlendirmeleri ve yargılamaları içerir. Utanç duygusunda kişide aşırı değersizlik ve yetersizlik duyguları ön plandayken; suçlulukta ise huzursuzluk, elem ve pişmanlık hisleri daha belirgindir. Aralarındaki farklardan birisi de utanç duygusunda birey başkalarının kendisi hakkındaki düşüncelerine odaklanırken, suçlulukta ise kişi davranışın veya tutumların başkalarını ne şekilde etkilediği ile ilgilenmektedir (174).

Ahlaki güdüleme ve davranışların gelişiminde suçluluk ve utanç gibi duygular çok önemlidir. Suçluluğa ve utanca yatkınlık gösteren durumlar farklı psikolojik, sosyal özelliklerle ve farklı psikopatolojilerle ilişkilendirilmiştir. Suçluluk ve utancın psikopatolojilerle ilişkilendirildiği çalışmalar depresyon, anksiyete, sosyal kaygı, bulimia belirtileri, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk üzerinde yoğunlaşmıştır (175).

Yapılan bazı çalışmalar yüksek düzeyde suçluluk ve utanç duygularının, depresyonu yordayan bir değişken olduğunu vurgulamıştır (176, 177). Literatürde depresyonun önemli yordayıcısının utanç olduğunu ve utanç duygusunun suçluluk duygusundan daha patojenik olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (178, 179), diğer farklı çalışmalar ise suçluluğun depresyonun en önemli ayırt edici özelliği olduğunu ileri sürmektedir (180, 181). 4 hafta ile 1 yaş arasında bebeği olan 183 anneyle yapılan bir çalışmada, utanma eğiliminin doğum sonrası depresif belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada suçluluk eğiliminin doğum sonrası depresif belirtilerin ya da yardım aramaya yönelik tutumların önemli bir göstergesi olmadığı bulunmuştur (182).

2.8. Prematurite

Ortalama gebelik süresi 40 haftadır ve normal 38-42 hafta olarak kabul edilir. Otuz yedinci gebelik haftasından önce meydana gelen doğumlar preterm eylem, doğan bebekler ise prematüre bebek olarak adlandırılmaktadır (183).

2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl tahminen 15 milyon bebek çok erken doğmaktadır. Bu oran tüm doğumların yüzde 10'undan daha fazladır. Preterm doğum komplikasyonları nedeniyle her yıl yaklaşık olarak 1 milyon çocuk ölmektedir (184).

Prematüre bebekler, intrauterin gelişimlerini tamamlamadan doğdukları ve tüm sistemleri immatür olduğu için pek çok sorun yaşarlar. Prematüre bebeklerin doğum sonrası en fazla yaşadıkları problemler; anemi, beslenme sorunları, işitme problemleri, respiratuar distres sendromu, nekrotizan enterokolit, neonatal asfiksi, intraventriküler hemoraji, prematüre retinopatisi, patent duktus arteriozus, sepsis ve hiperbilirubinemidir (185).

Prematüre bebeklerin anneleri; bebeklerinin hayatta kalma şanslarının azalması, gelişebilecek komplikasyonların sık olması ve uzun süreli ayrılıkların yaşanması (yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi süreleri) nedeniyle annelik rolünü sürdürmede zorluk yaşarlar (186).

Doğum sonrasında prematüre bebeğin durumunda beklenmeyen ve ani birtakım gelişmeler yaşanması, anne ve bebek arasındaki ilişkiyi olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu dönemde annelerde özellikle gerçeklik algısında bozulma, iyi bir anne olamama ve suçluluk duyguları hatta ölüm düşünceleri görülebilmektedir (187). Literatürde yer alan çalışmalarda; prematüre bebeğe sahip olan annelerin zamanında doğum yapmış annelere göre postpartum blue (annelik hüznü), postpartum depresyon, anksiyete ve kaygı gibi ruhsal sorunları daha sık yaşadıkları belirtilmiştir (188, 189).

Doğum sonrası depresyonda tedaviye dönük gerekli müdahaleler yapılmazsa, depresyonun kronisite kazanması, yinelenmesi ve ilerlemesi mümkündür. Ayrıca bu durum annenin yaşam kalitesini düşürmekte, kendisine ve bebeğine zarar verme ihtimalini artırmaktadır. Kişinin hayat kalitesinin belirleyicisi depresyon gibi ruhsal sorunların anneliğin ilk zamanlarından itibaren tespit edilerek bireylerin desteklenmesi sağlıklı nesiller yaratabilmek adına büyük önem taşır (190).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışmada, rutin sağlık kontrolleri veya mevcut hastalıkları nedeniyle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine başvuran 1-12 ay arası prematüre ve term bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyon yaygınlığını ve ilişkili faktörlerin araştırılması aynı zamanda depresyon düzeyi ile suçluluk-utanç duyguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Annelerle yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında; Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Sosyodemografik Bilgi Formu ve Suçluluk-Utanç Ölçekleri (SUTO) uygulanmıştır. Anneler ilk etapta 37.gebelik haftasını tamamlamadan önce doğum yapan prematüre bebek anneleri ile 37 ya da üzerinde gebelik haftasında miadında doğum yapan anneler olarak iki gruba ayrılmıştır. Prematüre ve miadında doğum yapmış annelerin dâhil olduğu iki grup yaş, eğitim durumu, meslek durumu, gelir dağılımı vb. birçok sosyodemografik değişken açısından değerlendirilmiştir. Aynı zamanda iki gruba ayrılan annelerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile sosyodemografik veri formundaki değişkenler arasındaki ilişki ayrı ayrı incelenmiştir. Bu iki farklı grup Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği açısından da kendi arasında değerlendirilmiştir. Çalışmamız kesitsel vaka kontrollü bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine 01.03.2018-01.03.2019 tarihleri arasında doğum sonrası 1-12 ay arasındaki bebeklerin anneleri gönüllülük esasına göre çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.3. Çalışmaya Alınma ve Alınmama Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden, okuma-yazma bilen, zeka geriliği olmayan, psikotik bozukluğu bulunmayan, öncesinde geçirilmiş herhangi bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diabetes mellitus vb) olmayan, gebeliği boyunca herhangi bir psikotrop ve/veya psikoaktif ilaç kullanma öyküsü olmayan doğum sonrası 1 ile 12 ay arası anneler bu çalışmaya dâhil edilmiştir.

200 kadar vaka taranmış, 25 katılımcı kriterlere uygun olmama, çalışmaya katılmak istememe, eksik veri bildirimini, gebelik dönemi veya öncesinde geçirilmiş herhangi bir kronik hastalık (hipertansiyon, diabetes mellitus vb) öyküsü, daha öncesinde herhangi bir nedenle psikotik atak geçirme, mental retardasyon (zekâ geriliği) ve dil bilmeme gerekçeleriyle çalışma dışı bırakıldı. Araştırmaya dâhil edilen 175 olgu ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma öncesinde Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 07.02.2018 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Görüşme esnasında öncelikle her katılımcı anneden Dünya Tıp Birliğinin Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak hazırlanan aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, ailenin tipi ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik verilerini belirlemek ve bebeğe ait bilgileri (doğum haftası, doğum kilosu vb.) elde etmek için tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu gönüllülere uygulanmıştır. Psikiyatrik görüşme sonrasında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Suçluluk-Utanç Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Sosyodemografik veri formu doğum sonrası depresyon ile ilgili yayınlar taranarak tarafımızca hazırlanmıştır. Bu form toplam üç bölüm ve 18 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaşı, kendisinin/eşinin eğitim durumu ve mesleği, ailenin gelir durumu gibi sosyodemografik veriler mevcuttur. İkinci bölümde katılımcıların geçirilmiş gebelik öyküsü, eşinden sosyal destek alıp almadığı ve ailede ruhsal hastalık hikâyesi bulunmaktadır. Son bölümde ise bebeğin cinsiyeti, doğum haftası, bebeğin beslenme şekli, bebeğin takipli hastalığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.5.2. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek, depresyon seviyesini ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiş bir

kendini değerlendirme ölçeğidir (191). Türkçeye Engindeniz ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Ölçek dörtlü likert tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeleri 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlanırken; 1. 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde skorlanır. Bu madde skorlarının tek tek toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak bildirilmiştir (192).

Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79 kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84 özgüllüğü 0,88 pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur (193, 194).

3.5.3.Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Envanteri 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı teşhis koymaktan ziyade depresyonun şiddetini objektif olarak ortaya koymaktır. Kişinin verdiği cevaplar 0-3 arasında puanlanır. Puanların toplanmasıyla depresyonun şiddeti belirlenmiş olur. Ölçek 1978 yılında Aeron Beck tarafından geliştirilmiştir (195). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır ($r = .63$). Çalışmanın güvenilirlik kat sayısı 0.89' dur (196).

3.5.4.Suçluluk-utanç ölçeği

Suçluluk-Utanç Ölçeği, depresyonla bağlantılı olduğu öne sürülen ve çeşitli koşullarda yaşanan suçluluk ve utanç düzeylerini ölçmektedir. Johnson ve Noel tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek hem yetişkinlere hem de ergenlere uygulanabilmektedir.

Geliştirilen 24 maddeden 12 tanesi suçluluk alt boyutunu (3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24. sorular), geriye kalan 12 soru ise utanç alt boyutunu (1, 2, 4, 5, 8,

9, 10, 13, 15, 18, 19, 20. sorular) oluşturmaktadır (197). Suçluluk ve utanç duyguları ayrı ayrı puanlanmaktadır. Yüksek çıkan puanlar, suçluluk ve utanç duygularının yoğunluğunu göstermektedir. Türkiye’de Nesrin H. Şahin ve Nail Şahin tarafından 1992 yılında 540 lise ve üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme uygulanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri ‘suçluluk’ için 0.81, ‘utanç’ için 0.80 olarak saptanmıştır (198).

3.5.5. Beck anksiyete ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, anksiyete belirtilerinin düzeyini ölçmeye yarayan bir öz değerlendirme ölçeğidir (199). Ölçek likert tipi 0-3 arasında puanlanan yirmi bir maddeden oluşmaktadır. Toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin düzeyiyle korelasyon gösterir. Ulusoy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (200).

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi “ MiniTAB17 ” programı kullanılarak değerlendirildi. Değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak verildi. Kategorik verilerin karşılaştırması için Chi-square ve Fisher Exact testi kullanıldı. Tüm parametrik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirildi; normal dağılıma uyan parametrik veriler t testi ile normal dağılım göstermeyen parametrik veriler ise Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Anne yaşı ve anne eğitim durumu ile EPDS skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon analizi uygulandı. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4.BULGULAR

Prematüre ve miadında doğum yapmış anneler, uygulanan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (kesme puanı=13) dikkate alınarak iki gruba ayrılmıştır. EPDS skoru 13 ve üzerinde puan alanlar “PPD olan grup” ve EPDS skoru 13 puan altında olanlar “PPD olmayan grup” olarak değerlendirildi. Her iki grup sosyodemografik değişkenler açısından birbiriyle kıyaslanmıştır.

Tablo 1.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular

PREMATURE BEBEK ANNELERİ							
PPD olmayan grup			PPD olan grup			P değeri	
n	Ort ± SS	(min-max)	n	Ort ± SS	(min-max)		
Yaş**	36	29,27±6,03	(18-40)	24	30,54±5,86	(19-42)	0,422
**= t testi		min: en küçük değer					
Ort: Ortalama		max: en büyük değer					
SS: Standart sapma							

Tablo 1.a'da prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular mevcuttur. Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu olmayan grubunda (EPDS<13) yaş ortalaması 29,27±6,03 (en düşük değeri 18 en yüksek değer 40) olup, doğum sonrası depresyonu olan grubunda (EPDS≥13) yaş ortalaması 30,54±5,86 (en düşük değeri 19 en yüksek değeri 42)'dir.

Tablo 1.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ							
PPD olmayan grup				PPD olan grup			
	n	Ort ± SS	(min-max)	n	Ort ± SS	(min-max)	P değeri
Yaş*	85	29,03±5,32	(20-42)	30	28,80±5,51	(18-40)	0,861

*= Mann Whitney U test min: en küçük değer
Ort: Ortalama max: en büyük değer
SS: Standart sapma

Tablo 1.b'de term bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ve yaş ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu olmayan grubunda (EPDS<13) yaş ortalaması 29,03±5,32 iken, doğum sonrası depresyonu olan grubunda (EPDS≥13) yaş ortalaması 28,80±5,51 idi.

Prematüre ve term bebek annelerinin depresif olan ve olmayan iki grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi (p>0,05).

Anne yaşı ile EPDS Skorlarının Korelasyon Analizi:

Prematüre doğum yapan annelere uygulanan Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği skorları ile anne yaşı arasında yapılan Spearman Korelasyon analizinde anne yaşı ve EPDS skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p=0,252$; $r=0,150$).

Miadında doğum yapan annelere uygulanan Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği skorları ile anne yaşı arasında yapılan Spearman Korelasyon analizinde anne yaşı ve EPDS skorları arasında çok zayıf derecede pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($p=0,033$; $r=0,199$).

Anne eğitimi ile EPDS Skorlarının Korelasyon Analizi:

Prematüre doğum yapan annelere uygulanan Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği skorları ile anne eğitimi arasında yapılan Spearman Korelasyon analizinde anne eğitimi ve EPDS skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p=0,341$; $r=-0,125$).

Miadında doğum yapan annelere uygulanan Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği skorları ile anne eğitimi arasında yapılan Spearman Korelasyon analizinde anne eğitimi ve EPDS skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p=0,218$; $r= -0,116$).

Tablo 2.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular

PREMATURE BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Eğitim durumu^a					
İlköğretim	9	25,0	8	33,3	
Lise	16	44,4	11	45,8	0,647
Üniversite	11	30,5	5	20,8	
Eş eğitim durumu^a					
İlköğretim	11	30,5	7	29,1	
Lise	14	38,8	9	37,5	0,975
Üniversite	11	30,5	8	33,3	

^a: χ^2 Test

Tablo 2.a’da prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular mevcuttur. Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu olmayan grubunda %25,0’inin (n=9) ilköğretim mezunu, %44,4’ünün (n=16) lise mezunu, %30,5’inin (n=11) üniversite mezunu olduğu saptandı. Doğum sonrası depresyon olan grupta ise %33,3’ü (n=8) ilköğretim mezunu, %45,8’i (n=11) lise mezunu ve %20,8’i (n=5) üniversite mezunuydu.

Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon olmayan grubunun eş eğitim durumuna göre dağılımı %30,5’i (n=11) ilköğretim mezunu, %38,8’i lise

mezunu (n=14), ve %30,5'i (n=11) üniversite mezunuydu. Doğum sonrası depresyonu olan grupta ise %29,1'i (n=7) ilköğretim mezunu, % 37,5'i lise mezunu (n=9) ve %33,3'ü (n=8) üniversite mezunuydu.

Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu olan ve olmayan grubunda hem anne eğitimi hem de eş eğitimi açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Tablo 2.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Eğitim durumu^a					
İlköğretim	33	38,8	12	40,0	0,994
Lise	26	30,5	9	30,0	
Üniversite	26	30,5	9	30,0	
Eş eğitim durumu^a					
İlköğretim	25	29,4	8	26,6	0,712
Lise	27	31,7	12	40,0	
Üniversite	33	38,8	10	33,3	

^a: χ^2 Test

Tablo 2.b’de term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne, eş eğitim durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular mevcuttur. Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyon olmayan grubunun %38,8’i (n=33) ilköğretim mezunu, %30,5’i (n=26) lise mezunu ve %30,5’i (n=26) üniversite mezunuydu. Doğum sonrası depresyonu olan grupta ise %40,0’ı (n=12) ilköğretim, %30,0’u (n=9) lise ve %30,0’u (n=9) üniversite mezunuydu.

Term bebek annelerinin eş eğitim durumları açısından dağılımı ise PPD olmayan grupta %29,4’ü (n=25) ilköğretim, %31,7’si (n=27) lise, %38,8’i (n=33) üniversite mezunuydu. PPD olan grubun %26,6’sı (n=8) ilköğretim, %40,0’ı (n=12) lise, %33,3’ü (n=10) üniversite mezunuydu.

Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu olan ve olmayan grubunda hem anne eğitim durumu hem de eş eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmadı.

Tablo 3.a Prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon ile anne meslek, eş meslek, aylık ortalama gelir durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular

PREMATÜRE BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Mesleği^a					
Çalışmıyor	24	66,6	19	79,1	0,293
Çalışıyor	12	33,3	5	20,8	
Eş mesleği^b					
Çalışmıyor	4	12,5	1	4,1	0,639
Çalışıyor	32	87,5	23	95,8	
Aylık ortalama gelir^a					
Düşük	11	30,5	6	25,0	0,612
Orta	18	50,0	15	62,5	
Yüksek	7	19,4	3	12,5	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 3.a’da prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ile anne, eş meslek, aylık ortalama gelir durumları arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir. Prematüre bebek annelerinin PPD olmayan grubunun %66,6’sının (n=24) çalışmadığı, %33,3’ünün (n=12) çalıştığı belirtildi. PPD olan grupta ise %79,1’inin (n=19) çalışmadığı, %20,8’inin (n=5) herhangi bir işte çalıştığı saptandı.

PPD olan ve olmayan her iki grupta eş meslek durumlarına bakıldığında; PPD olmayan grubun %12,5'inin (n=4) eşlerinin çalışmadığı, %87,5'inin (n=32) eşlerinin herhangi bir işte çalıştığı belirtildi. PPD olan grubun %4,1'inin (n=1) eşlerinin çalışmadığı ve %95,8'inin (n=23) eşlerinin herhangi bir işte çalıştığı tespit edildi.

Prematüre bebek annelerinin dâhil olduğu ailelerin aylık ortalama gelir dağılımları düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

Prematüre bebek annelerinin PPD olmayan grubunun %30,5'i düşük (n=11), %50,0' si (n=18) orta, %19,4'ü (n=7) yüksek aylık ortalama gelir düzeyine sahipti. PPD olan grupta ise %25,0'i (n=6) düşük, %62,5'i (n=15) orta, %12,5'i (n=3) yüksek aylık ortalama gelir grubuna dâhildi.

Prematüre bebek annelerinin PPD olan ve olmayan her iki grubunda annenin mesleği, eş mesleği ve aylık ortalama gelir dağılımı gibi sosyodemografik değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 3.b Term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne meslek, eş meslek ve aylık ortalama gelir durumları arasındaki ilişkiye ait bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Mesleği^a					
Çalışmıyor	67	78,8	22	73,3	0,537
Çalışıyor	18	21,1	8	26,6	
Eş mesleği^b					
Çalışmıyor	9	10,5	1	3,3	0,450
Çalışıyor	76	89,4	29	96,6	
Aylık ortalama gelir^a					
Düşük	26	30,5	10	33,3	0,962
Orta	53	50,0	18	60,0	
Yüksek	6	19,4	2	6,6	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact test

Tablo 3.b’de term bebek annelerinin doğum sonrası depresyonu ve anne meslek, eş meslek, aylık ortalama gelir dağılımları arasındaki ilişkiye ait bulgular mevcuttur. Term bebek annelerinin PPD olmayan grubunun %78,8’i (n=67) çalışmıyor, %21,1’i (n=18) ise çalışıyordu. PPD olan annelerin ise %73,3’ü (n=22) çalışmıyorken, %26,6’sı (n=8) herhangi bir işte çalışıyordu.

Term bebek annelerinin eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde; PPD olmayan annelerin %10,5'inin (n=9) eşlerinin çalışmadığı, %89,4'ünün (n=76) eşlerinin herhangi bir işte çalıştığı görülmüştür. PPD olan annelerin ise %3,3'ünün (n=1) eşlerinin çalışmadığı, %96,6'sının (n=29) eşlerinin herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Term bebek annelerinin bulunduğu ailelerin aylık ortalama gelir dağılımları düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. PPD olmayan grubun %30,5'i (n=26) düşük, %62,3'ü (n=53) orta ve % 7,0'si (n=6) yüksek aylık ortalama gelir grubuna sahipti. PPD olan grubun ise %33,3'ü (n=10) düşük, %60,0'ı (n=18) orta ve %6,6'sı (n=2) yüksek aylık ortalama gelir grubuna dâhildi.

PPD olan ve olmayan term bebek annelerinin meslek, eş meslek ve aylık ortalama gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.a Prematüre doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planı ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgular

PREMATÜRE BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Gebelik sayısı^a					
1	11	30,5	11	45,8	0,230
2	15	41,6	5	20,8	
≥3	10	27,7	8	33,3	
Düşük/ölü doğum sayısı^a					
Yok	28	77,7	16	66,6	0,340
Var	8	22,2	8	33,3	
Gebelik planı^a					
Planlanmış	27	75,0	15	62,5	0,301
Planlanmamış	9	25,0	9	37,5	
Doğum şekli^b					
Normal	7	19,4	3	12,5	0,725
Sezeryan	29	80,5	21	87,5	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 4.a'da prematüre doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum sayısı, gebelik planı ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

PPD olmayan annelerin %30,5'inin (n=11) 1 gebelik, %41,6'sının (n=15) 2 gebelik, %27,7'sinin (n=10) 3 veya daha fazla sayıda gebelik öyküsü mevcuttu. PPD olan annelerin ise %45,8'inin (n=11) 1 gebelik, %20,8'inin (n=5) 2 gebelik, %33,3'ünün (n=8) 3 veya daha fazla sayıda gebelik öyküsü olduğu belirtildi.

Prematüre bebek annelerinin PPD olmayan grubunun %77,7'sinin (n=28) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olmadığı, %22,2'sinin (n=8) düşük/ölü doğum öyküsü olduğu tespit edildi. PPD olan grubun ise %66,6'sının (n=16) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olmadığı, %33,3'ünün (n=8) düşük/ölü doğum öyküsü olduğu saptandı.

Prematüre bebek annelerinde PPD olmayan grubun %75,0'inin (n=27) gebeliğinin planlanmış, %25,0'inin (n=9) gebeliğinin planlanmamış olduğu belirtildi. PPD olan grubun ise %62,5'inin (n=15) gebeliğinin planlanmış %37,5'inin (n=9) gebeliğinin planlanmamış olduğu görüldü.

Doğum şekli açısından prematüre bebek annelerinde PPD olmayan grubun %19,4 'ünün (n=7) normal yolla, %80,5'inin (n=29) sezaryen yoluyla doğum yaptığı tespit edildi. PPD olan grubun ise %12,5'inin (n=3) normal yolla, %87,5'inin (n=21) sezaryen yoluyla doğum yaptığı saptandı.

PPD olan ve olmayan prematüre bebek anneleri; gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planlanması ve doğum şekli açısından birbiriyle kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.b Miadında doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planlanması ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Gebelik sayısı^a					
1	28	32,9	15	50,0	0,210
2	32	37,6	7	23,3	
≥3	25	29,4	8	26,6	
Düşük/ölü doğum sayısı^a					
Yok	63	74,1	23	76,6	0,782
Var	22	25,8	7	23,3	
Gebelik planı^a					
Planlanmış	65	76,4	19	63,3	0,163
Planlanmamış	20	23,5	11	36,6	
Doğum şekli^a					
Normal	34	40,0	10	33,3	0,518
Sezeryan	51	60,0	20	66,6	

^a: χ^2 Test

Tablo 4.b’de miadında doğum yapmış annelerin gebelik sayısı, düşük/ölü doğum varlığı, gebelik planlanması ve doğum şekli özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

PPD olmayan term bebek annelerinin %32,9'unun (n=28) 1 gebelik, %37,6'sının (n=32) 2 gebelik ve %29,4'ünün (n=25) 3 veya daha fazla sayıda gebelik öyküsü mevcuttu. PPD olan grubun ise %50,0'sinin (n=15) 1 gebelik, %23,3'ünün (n=7) 2 gebelik ve %26,6'sının (n=8) 3 veya daha fazla sayıda gebelik öyküsü olduğu belirtildi.

Term bebek annelerinin düşük/ölü doğum sayılarına bakıldığında; PPD olmayan grubun %74,1'inin (n=63) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olmadığı, %25,8'inin (n=22) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olduğu saptandı. PPD olan grubun ise %76,6'sının (n=23) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olmadığı, %23,3'ünün (n=7) daha önce düşük/ölü doğum öyküsü olduğu tespit edildi.

Term bebek annelerinin PPD olmayan grubunun %76,4'ünün (n=65) gebeliğinin planlanmış, %23,5'inin (n=20) gebeliğinin planlanmamış olduğu belirtildi. PPD olan grubun ise %63,3'ünün (n=19) gebeliğinin planlanmış, %36,6'sının (n=11) gebeliğinin planlanmamış olduğu görüldü.

Doğum şekli açısından term bebek anneleri incelendiğinde; PPD olmayan grubun %40,0'ı (n=34) normal yolla, %60,0'ı (n=51) sezaryen yoluyla doğum yapmıştır. PPD olan grubun ise %33,3'ü (n=10) normal yolla, %66,6'sı (n=20) sezaryen yoluyla doğumu gerçekleştirmiştir.

PPD olan ve olmayan term bebek annelerinin dâhil olduğu iki grup; gebelik sayısı, düşük/ölü doğum sayısı, gebelik planlanması ve doğum şekli açısından birbiriyle kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık yoktu.

Tablo 5.a Prematüre doğum yapmış annelerin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular

PREMATURE BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Aile tipi^b					
Çekirdek aile	30	83,3	20	83,3	1,00
Geniş aile	6	16,6	4	16,6	
Eş sosyal desteği^a					
Evet	27	75,0	12	50,0	0,047
Hayır	9	25,0	12	50,0	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü^b					
Evet	1	2,7	6	25,0	0,013
Hayır	35	97,2	18	75,0	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 5.a'da prematüre doğum yapmış annelerin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular mevcuttur.

Prematüre bebek anneleri aile tipine göre incelendiğinde; PPD olmayan annelerin %83,3'ünün (n=30) çekirdek aile tipine, %16,6'sının (n=6) geniş aile tipine sahip olduğu tespit edildi. PPD olan annelerin %83,3'ünün (n=20) çekirdek aile tipine, %16,6'sının (n=4) geniş aile tipine dâhil olduğu saptandı.

PPD olan ve olmayan prematüre bebek anneleri aile tipi özelliğine göre birbiriyle karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi (p=1,00).

Gebelik boyunca annelerin eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumları değerlendirildiğinde; PPD olmayan annelerin %75,0'inin (n=27) eşlerinden sosyal destek aldığı, %25,0'inin (n=9) eşlerinden herhangi bir sosyal destek almadığı belirtilmiştir. PPD olan annelerde ise %50,0'sinin (n=12) gebelik boyunca eşlerinden sosyal destek aldığı, %50,0'sinin (n=12) eşlerinden herhangi bir sosyal destek almadığı görülmüştür.

Eşler tarafından sağlanan sosyal destek açısından PPD olan ve olmayan prematüre bebek annelerinin yer aldığı gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık olup, PPD olan annelerin eşlerinden daha az sosyal destek aldıkları saptanmıştır (p=0,047).

Prematüre bebek annelerinin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı soruldu. PPD olmayan annelerin %2,7'sinin (n=1) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %97,2'sinin (n=35) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı belirtildi. PPD olan grubun ise %25,0'inin (n=6) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %75,0'inin (n=18) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı tespit edildi.

Ailede psikiyatrik hastalık öykü açısından PPD olan ve olmayan her iki grup arasında istatistiksel anlamda bir farklılık olup, PPD olan annelerin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü daha fazlaydı (p=0,013).

Tablo 5.b Term bebek annelerinin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Aile tipi^b					
Çekirdek aile	72	84,7	25	83,3	1,00
Geniş aile	13	15,2	5	16,6	
Eş sosyal desteği^a					
Evet	64	75,2	16	53,3	0,025
Hayır	21	24,7	14	46,6	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü^b					
Evet	4	4,7	8	26,6	0,002
Hayır	81	95,2	22	73,3	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 5.b’de term bebek annelerinin aile tipi, eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Term bebek annelerinin aile tipi incelendiğinde; PPD olmayan annelerin %84,7’sinin (n=72) çekirdek aile tipine, %15,2’sinin (n=13) geniş aile tipine sahip olduğu saptandı. PPD olan grubun %83,3’ünün (n=25) çekirdek aile tipine, %16,6’sının (n=5) geniş aile tipine dâhil olduğu tespit edildi.

PPD olan ve olmayan term bebek annelerinin bulunduğu her iki grup aile tipi açısından birbiriyle kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi (p=1,00).

Gebelik boyunca annelere eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumuna bakıldığında; PPD olmayan term bebek annelerinin %75,2’sinin (n=64) eşlerinden sosyal destek aldığı, %24,7’sinin (n=21) eşlerinden sosyal destek almadığı belirtilmiştir. PPD olan grubun ise %53,3’ünün (n=16) eşlerinden sosyal destek aldığı, %46,6’sının (n=14) eşlerinden sosyal destek almadığı görülmüştür.

PPD olan ve olmayan term bebek annelerinin eşleri tarafından sağlanan sosyal destek durumuna göre iki grup arasında istatistiksel anlamda farklılık olup, PPD olan annelerin eşleri tarafından sağlanan sosyal desteğin daha az oranda olduğu saptanmıştır (p=0,025).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından PPD olmayan grubun %4,7’sinin (n=4) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %95,2’sinin (n=81) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı belirtildi. PPD olan grubun ise %26,6’sının

(n=8) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %73,3'ünün (n=22) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı tespit edilmiştir.

Ailede psikiyatrik hastalık öykü açısından PPD olan grupla olmayan grup arasında istatistiksel anlamda farklılık olup, PPD olan grubun ailelerinin psikiyatrik hastalık öyküsü daha yüksekti ($p=0,002$).



Tablo 6.a Prematüre doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular

PREMATURE BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Bebeğin cinsiyeti^a					
Erkek	23	63,8	13	54,1	0,451
Kız	13	36,1	11	45,8	
Bebeğin yaşı (hafta)^a					
4-12 hafta	25	69,4	11	45,8	0,077
13-24 hafta	3	8,3	7	29,1	
25-52 hafta	8	22,2	6	25,0	
Bebek beslenmesi^a					
Sadece anne sütü	19	52,7	5	20,8	0,04
Anne sütü ve mama	13	36,1	13	54,1	
Sadece mama	4	11,1	6	25,0	
Bebek bakımında yeterlilik^a					
Evet	29	80,5	11	45,8	0,005
Hayır	7	19,4	13	54,1	
Bebeğin takipli hastalığı^b					
Var	3	8,3	5	20,8	0,462
Yok	33	91,6	19	79,1	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 6.a'da prematüre doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular mevcuttur.

Prematüre bebek annelerinin PPD olmayan grubun %63,8'i (n=23) erkek, %36,1'i (n=13) kız idi. PPD olan grubun ise %54,1'i (n=13) erkek, %45,8'i (n=11) kız idi.

Araştırma kapsamına alınan prematüre doğum yapmış annelerin bebekleri, yaş dağılımına göre 4-12 haftalık, 13-24 haftalık, 25-52 haftalık olmak üzere üç gruba ayrıldı. PPD olmayan grubun %69,4'ü (n=25) 4-12 haftalık, %8,3'ü (n=3) 13-24 haftalık, %22,2'si (n=8) 25-52 haftalık idi. PPD olan grubun %45,8'i (n=11) 4-12 haftalık, %29,1'i (n=7) 13-24 haftalık, %25,0'i (n=6) 25-52 haftalık bir bebeğe sahipti.

PPD olan ve olmayan gruplar bebeğin takipli bir hastalığı açısından birbiriyle kıyaslandığında, PPD olmayan grubun %8,3'ünün (n=3) bebeğinin takipli bir hastalığı olduğu, %91,6'sının (n=33) takipli bir hastalığı olmadığı saptandı. PPD olan grubun ise %20,8'inin (n=5) bebeğinde takipli bir hastalık varken, %79,1'inin (n=19) bebeğinde takipli bir hastalık yoktu.

Prematüre doğum yapmış annelerin PPD olan ve olmayan grupları bebeğin cinsiyeti, yaşı ve takipli bir hastalık durumu açısından birbiriyle kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

Prematüre doğum yapmış anneler bebeğini besleme durumuna göre sadece anne sütü, anne sütü ve mama, sadece mama olmak üzere üç gruba ayrıldı. PPD olmayan

grubun %52,7'si (n=19) bebeklerini sadece anne sütü ile, %36,1'i (n=13) anne sütü ve mama ile, %11,1'i (n=4) sadece mama ile beslemekteydi. PPD olan grubun ise 20,8'i bebeklerini (n=5) sadece anne sütü ile, %54,1'i (n=13) anne sütü ve mama ile, %25,0'i (n=6) sadece mama ile beslemekteydi.

Bebeklerin beslenme durumlarına göre PPD olan ve olmayan prematüre doğum yapmış annelerin bulunduğu gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık vardı (p=0,04). PPD olmayan grubun PPD olan gruba göre bebeklerini daha fazla anne sütü ile beslediği görüldü.

Bebeğin bakımında yeterli olma durumu açısından PPD olan ve olmayan gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. PPD olmayan grubun %80,5'i (n=29) bebek bakımında kendisini yeterli gördüğünü, %19,4' (n=7) bebek bakımında kendisini yeterli görmediğini belirtmiştir. PPD olan grubun ise %45,8'inin (n=11) kendisini bebek bakımında yeterli bulduğu, %54,1'inin (n=13) bebek bakımında kendisini yeterli bulmadığı grlmştir.

PPD olan ve olmayan prematüre doğum yapmış anneler, bebek bakımında yeterlilik açısından birbiriyle kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık mevcuttu (p=0,005).

PPD olmayan grupta bulunan annelerin PPD olan gruba göre, bebek bakımı konusunda kendilerini daha fazla yeterli gördükleri saptanmıştır.

Tablo 6.b Miadında doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	n	%	n	%	
Bebeğin cinsiyeti^a					
Erkek	46	54,1	14	46,6	0,482
Kız	39	45,8	16	53,3	
Bebeğin yaşı (hafta)^a					
4-12 hafta	35	41,1	17	56,6	0,342
13-24 hafta	19	22,3	5	16,6	
25-52 hafta	31	36,4	8	26,6	
Bebek beslenmesi^a					
Sadece anne sütü	39	45,8	14	46,6	0,324
Anne sütü ve mama	35	41,1	9	30,0	
Sadece mama	11	12,9	7	23,3	
Bebek bakımında yeterlilik^a					
Evet	73	85,8	21	70,0	0,053
Hayır	12	14,1	9	30,0	
Bebeğin takipli hastalığı^b					
Var	8	9,4	7	23,3	0,063
Yok	77	90,5	23	76,6	

^a: χ^2 Test

^b: Fisher exact testi

Tablo 6.b'de miadında doğum yapmış anne bebeklerinin cinsiyet, yaş, beslenme, bakımda yeterlilik ve takipli hastalık durumlarına ilişkin bulgular mevcuttur.

PPD olan ve olmayan miadında doğum yapmış annelerin bebeklerinin cinsiyetine bakıldığında; PPD olmayan grubun %54,1'i (n=46) erkek, %45,8'i (n=39) kız idi. PPD olan grubun ise %46,6'sı (n=14) erkek, %53,3'ü (n=16) kız idi.

Miadında doğum yapmış annelerin bebekleri yaş dağılımına göre 4-12 haftalık, 13-24 haftalık ve 25-52 haftalık olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. PPD olmayan grubun %41,1'i (n=35) 4-12 haftalık, %22,3'ü (n=19) 13-24 haftalık ve %36,4'ü (n=31) 25-52 haftalık idi. PPD olan grubun ise %56,6'sı (n=17) 4-12 haftalık, %16,6'sı (n=5) 13-24 haftalık, %26,6'sı (n=8) 25-52 haftalık bir bebeğe sahipti.

Bebeğin beslenme şekli açısından PPD olmayan grubun %45,8'i (n=39) sadece anne sütü ile, %41,1'i (n=35) anne sütü ve mama ile, %12,9'u (n=11) sadece mama ile bebeklerini beslemekteydi. PPD olan grubun ise %46,6'sı (n=14) sadece anne sütü ile, %30,0'u (n=9) anne sütü ve mama ile, %23,3'ü (n=7) sadece mama ile bebeklerini beslemekteydi.

Bebeğin bakımında yeterli olma durumu açısından PPD olan ve olmayan gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. PPD olmayan grubun %85,8'i (n=73) bebek bakımında kendisini yeterli gördüğünü, %14,1'i (n=12) bebek bakımında kendisini yeterli görmediğini belirtmiştir. PPD olan grubun ise %70,0'inin (n=21) kendisini bebek bakımında yeterli bulduğu, %30,0'unun (n=9) bebek bakımında kendisini yeterli bulmadığı görülmüştür.

Bebeğin takipli bir hastalığı olup olmaması açısından PPD olan ve olmayan iki grup karşılaştırıldığında; PPD olmayan grubun %9,4'ünün (n=8) takipli bir hastalığı olduğu, %90,5'inin (n=77) takipli bir hastalığı olmadığı belirtildi. PPD olan grubun ise % 23,3'ünün (n=7) takipli bir hastalığı olduğu, %76,6'sının (n=23) takipli bir hastalığı olmadığı saptandı.

Miadında doğum yapmış annelerin PPD olan ve olmayan grupları bebeğin cinsiyeti, yaşı, beslenme şekli, bakımında yeterlilik durumu ve takipli hastalığı açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 7. Prematüre ve miadında doğum yapmış annelerin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Anketler	Preterm bebek anneleri (n=60)		Term bebek anneleri (n=115)		P değeri
	Ort. ± SS	med.(min-max)	Ort. ± SS	med.(min-max)	
Beck depresyon*	15,91±11,07	13,5 (0-47)	11,70 ±8,01	10 (0-42)	0,014
Beck anksiyete*	15,38 ±13,44	10,5 (0-51)	12,11±11,54	8 (0-50)	0,135

*= Mann Whitney U test min: en küçük değer
Ort: Ortalama max: en büyük değer
SS: Standart sapma med.:median (ortanca)

Tablo 7’de prematüre ve miadında doğum yapmış annelerin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular mevcuttur.

Preterm ve term bebek anneleri arasında Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; Preterm doğum yapan grubun Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ortalaması $15,9\pm 11,07$ (en düşük değeri 0 en yüksek değeri 47) iken, term bebek annelerinin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ortalaması $11,70\pm 8,01$ (en düşük değeri 0 en yüksek değeri 42) idi. Preterm bebek annelerin olduğu grubun Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları term bebek annelerinin bulunduğu gruba istatistiksel anlamda daha yüksekti ($p=0,014$).

Her iki grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları birbiriyle kıyaslandığında; preterm bebek annelerinin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $15,38\pm 13,44$ (en düşük değeri 0 en yüksek değeri 51), term bebek annelerinin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $12,11\pm 11,54$ (en düşük değeri 0 en yüksek değeri 50) idi. Preterm ve term bebek annelerinin dâhil olduğu gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık yoktu ($p=0,135$).

Tablo 8.a Prematüre bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular

PREMATURE BEBEK ANNELERİ					
Ölçekler	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P Değeri
	Ort ± SS	(min-max)	Ort ±SS	(min-max)	
Suçluluk-utanç ölçeği					
-Suçluluk*	51,72 ± 6,52	(35-60)	53,66 ± 6,06	(38-60)	0,197
-Utanç*	43,86 ± 9,77	(17-58)	49,58 ± 4,85	(39-55)	0,014

*= Mann Whitney U test min: en küçük değer
Ort: Ortalama max: en büyük değer
SS: Standart sapma

Tablo 8.a'da prematüre bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan prematüre bebek annelerinin Suçluluk-Utanç Ölçeği puan ortalamaları ise; PPD olmayan grupta Suçluluk Ölçeği ortalama puanı 51,72±6,52 (en küçük değer: 35 ve en büyük değer: 60), Utanç Ölçeği ortalama puanı 43,86±9,77 (en küçük değer: 17 ve en büyük değer: 58) idi. PPD olan grubun Suçluluk Ölçeği ortalama puanı 53,66 ± 6,06 (en küçük değer: 38 ve en büyük değer: 60), Utanç Ölçeği ortalama puanı 49,58 ± 4,85 (en küçük değer: 39 ve en büyük değer: 55) idi.

PPD olan ve olmayan gruplar arasında Suçluluk Ölçeği ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,197$). PPD olan annelerin Utanç Ölçeği ortalama puanı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde PPD olmayan gruba göre daha yüksekti ($p=0,014$).

Tablo 8.b Term bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular

TERM BEBEK ANNELERİ					
Ölçekler	PPD olmayan grup		PPD olan grup		P değeri
	Ort ± SS	(min-max)	Ort ± SS	(min-max)	
Suçluluk-utanç skorları					
-Suçluluk*	50,10 ± 8,58	(20-60)	51,66 ± 7,12	(34-60)	0,480
-Utanç*	44,31 ± 8,17	(20-58)	45,13 ± 7,61	(29-60)	0,711

*= Mann Whitney U test min: en küçük değer
Ort: Ortalama max: en büyük değer
SS: Standart sapma

Tablo 8.b’de term bebek annelerinde PPD olan ve olmayan grupların Suçluluk-Utanç Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin bulgular mevcuttur.

Araştırma kapsamına dâhil edilen term bebek annelerinin PPD olmayan grubunun Suçluluk Ölçeği ortalama puanı $50,10 \pm 8,58$ (en küçük değer: 20 ve en büyük değer: 60), Utanç Ölçeği ortalama puanı $44,31 \pm 8,17$ (en küçük değer: 20 ve en büyük değer: 58) idi. PPD olan grubun Suçluluk Ölçeği ortalama puanı

51,66 ± 7,12 (en küçük değer: 34 ve en büyük değer: 60), Utanç Ölçeği ortalama puanı 45,13 ± 7,61 (en küçük değer: 29 ve en büyük değer: 60) idi.

PPD olan ve olmayan gruplar arasında hem Suçluluk Ölçeği hem de Utanç Ölçeği ortalama puanı açısından istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



5.TARTIŞMA

Çalışmamız, Karabük ilinde doğum sonrası depresyon sıklığını ve depresyon oluşumuna etki edebilecek risk faktörlerini ortaya koymayı hedeflemiştir. Doğum sonrası depresyon sıklığını belirlemek için farklı birtakım depresyon tanı koyma yöntemleri mevcuttur. Bu konuda yapılan çalışmalarda klinik görüşmelere dayalı yöntemler ve kendini değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı yöntemler aracılığıyla postpartum depresyon sıklığı ölçülmektedir.

Bu çalışmada doğum sonrası ilk 1-12 aylık dönemde olan 175 kadına EPDS uygulanmıştır. EPDS'ye göre 13 ve üzerinde puan alanlar PPD belirtisi var kabul edilerek postpartum depresyon sıklığı %30,8 olarak bulunmuştur. Prematüre doğum yapan annelerde bu sıklık %40,0 iken, term bebek annelerinde ise %26,1 olarak saptanmıştır. 2015 yılında Norhayati ve ark. tarafından yayımlanan bir derlemede, gelişmekte olan ülkelerde EPDS kullanılarak saptanan doğum sonrası PPD prevalansı ilk bir yıl içinde %21,0 ile 33,2 arasındadır (130). Brezilya'nın en fakir bölgeleri olan Kuzeydoğu ve Amazon bölgesinde yapılan başka bir çalışmada (EPDS kesme puanı ≥ 11) PPD prevalansı sırasıyla %19,0 ve %20,3 olarak bulunmuştur (201). İsrail'de 288 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada EPDS kesme puanı 10 ve üstü alındığında PPD oranı %22.6 olarak tespit edilmiştir (202).

Ülkemizde öz bildirim ölçekleri kullanarak yapılan PPD sıklığı ile ilgili araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Ankara'da 431 kadınla EPDS' ye göre 12 ve üzerinde puan alanların depresif kabul edildiği bir çalışmada PPD sıklığı %34,8 olarak bildirilmiştir (203). Kars ilinde 16 aile hekimliği biriminde 0-12 aylık bebekleri olan 409 annenin yer aldığı bir çalışmada PPD sıklığı %24,9 olarak tespit edilmiştir. EPDS için kesme puanı 12 ve üzeri olarak alınmıştır (204). Bu konuda

yapılan çalışmalarda araştırmanın yapıldığı popülasyonun özellikleri, araştırmanın doğum sonrası farklı dönemlerde yapılması ve farklı tanı koyma yöntemleri doğum sonrası depresyon sıklığını etkilemektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılar prematüre ve miadında doğum yapan anneler olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır. Prematüre ve term bebek anneleri sosyodemografik değişkenler açısından kendi arasında kıyaslanmıştır. Aynı zamanda bu iki grup da EPDS puanlarına göre PPD olanlar ve olmayanlar şeklinde iki alt gruba ayrılmıştır. Prematüre bebek annelerinin PPD olan-olmayan grubu ve term bebek annelerinin PPD olan-olmayan grubu risk faktörleri açısından kendi içinde karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda preterm bebek annelerinin PPD olan-olmayan ve term bebek annelerinin PPD olan-olmayan gruplarında yaş ortalaması açısından bir farklılık gözlenmedi. Literatürde genç anne yaşının; PPD riskini arttırdığı veya ilişkisiz olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Finlandiya’da doğum sonrası ikinci ayda anne ve babaların dâhil olduğu bir çalışmada depresyon belirtileri ile ebeveynlerin yaşları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (205). Rich-Edwards ve ark.’ı tarafından yapılan bir çalışmada 23 yaş altındaki annelerde doğum sonrası dönemde depresif belirtiler daha yüksek bulunmuştur (206). Durukan ve ark.’nın doğum sonrası 2 hafta ile 18 ay arası annelerde PPD ile yaş ortalaması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (207).

Çalışmamızda preterm ve term bebek annelerinin bulunduğu PPD olan-olmayan gruplarda anne, eş eğitimi açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Bizim çalışmamızla benzer olarak Miles ve ark.’nın prematüre doğum yapan 102 annede yaptığı araştırmada doğum sonrası depresyon belirtileri ile anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (208). ABD’de 774 kadının dâhil olduğu bir çalışmada eğitim düzeyi daha düşük olan annelerin doğum sonrası depresif belirtilerinin daha kalıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (209). Ülkemizde yapılan bir

çalışmada doğum sonrası dönemde annede görülen eşik üstü depresif belirtiler ile anne-babanın düşük eğitim düzeyi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (210).

Literatürde yapılan çalışmalar annenin mesleğinin, sosyoekonomik durumunun ve ailenin yaşamış olduğu finansal zorlanmanın doğum sonrası depresyon sıklığında belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir (154). Araştırmamızın sonuçlarına göre preterm bebek anneler ile term bebek annelerinin çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları, aylık ortalama gelir düzeyleri açısından PPD olan-olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Doğum sonrası 4-8 haftalarda 18 farklı sağlık ocağı bölgesinde yapılan başka bir çalışmada alt sosyoekonomik düzeye sahip sağlık ocağı bölgesinde bulunan kadınların EPDS puanlarının diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (211). 2017 yılında Karahan ve ark.nın 310 kadın ile yürüttükleri bir çalışmada doğum sonrası 0-12 aylık dönemde EPDS uygulanan annelerde çalışma durumları ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (212). Zonguldak ilinde postpartum dönemdeki 95 kadın ile yürütülen bir çalışmada ise çalışan annelerde, depresyon sıklığı daha yüksek saptanmıştır (213). Bizim araştırmamızda kadınlarda çalışma oranı düşük olduğu için, annenin çalışma durumu depresif belirtiler için risk faktörü olarak saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda prematüre ve term bebek annelerinin dahil olduğu gruplarda gebelik sayısı, düşük/ölü doğum sayısı, gebeliğin planlanması ve doğum şekli açısından PPD olan-olmayan gruplarda anlamlı bir ilişki saptanmadı. Doğum sonrası depresyon belirtileri ile annenin gebelik sayısı arasında ilişki olmaması literatürle de uyumluydu (214-216). Ülkemizde doğum sonrası 1 ile 24 hafta arası 141 kadın ile yapılan farklı bir çalışmada gebelik sayısı, düşük, ölü doğum sayısı, gebeliğin planlanması ve doğum şekli gibi sosyodemografik faktörlerin doğum sonrası depresyon gelişiminin yordayıcısı olmadığı bildirilmiştir (217).

Postpartum depresyon ile çeşitli risk faktörleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yayımlanan 84 çalışmanın meta analiz sonucuna göre istenmeyen ve plansız gebeliklerin doğum sonrası depresif belirtiler için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (78). Planlanmamış gebelikler kadınların kariyer, eğitim veya sosyal alanlarındaki işlevselliklerinde azalmaya sebep olabilir. Bu gibi durumlar anne için daha fazla stres, hayal kırıklığı ve karşıt duygular oluşturabilir. Ancak çalışmamızda beklenilenin aksine planlanmamış gebelik ile PPD arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı popülasyonun kültürel değerleri, dini inanışları ve araştırmamızdaki çalışan annelerin oranının düşük olması ile ilişkili olabilir.

Literatürde sezaryen ile doğum şeklinin postpartum dönemde depresyon gelişimi açısından risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (218, 219). Normal doğum sırasında anne ağrı acı çekebilmektedir fakat doğum sonrası iyileşme hızlı olabilmektedir. Sezaryen yöntemiyle yapılan doğumun ağrısız olmasıyla beraber hastanede kalış süresi daha uzun sürebilmektedir. Her iki yöntemin de kendisine göre avantajı ve dezavantajı olmakla birlikte çalışmamızda doğum şekli ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Aile yapısı, doğum sonrası dönemde annede görülen duygusal sorunların gelişmesinde ve çözümlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmamızda prematüre bebek anneleri ve term bebek annelerinin dahil olduğu PPD olan-olmayan grupları ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Vural ve ark.'nın normal yolla doğum yapan annelerde depresyon yaygınlığını değerlendiren çalışmasında geniş ve çekirdek aile grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (220). Ankara'da doğum sonrası 4.haftada postpartum depresyonu etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada aile tipinin depresif belirtilerle ilişkili olmadığı sonucu bizim çalışmamızla da uyumluydu (221). Ailevi risk faktörleri arasında yer alan ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile doğum sonrası depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Prematüre ve term bebek annelerinin yer aldığı her iki grupta da PPD olan annelerin ailelerinde psikiyatrik

hastalık oranları daha yüksekti. Literatürde yapılan birçok çalışmada major depresyon bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı sonucu bizim bulgularımızla da uyumluydu (222, 223). Bu sonuç doğum sonrası depresyonun gelişiminde genetik yatkınlığın önemini ortaya koymaktadır.

Hamilelik sürecinde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon gelişimi için belirleyici bir öneme sahiptir (224). Çalışmamızda gebelik boyunca eşler tarafından sağlanan sosyal destek düzeyi hem prematüre annelerin depresif grubunda hem de term bebek annelerinin depresif grubunda daha düşük bulundu. Miles ve ark.'nın prematüre bebek annelerinde doğum sonrası dönemde yaptığı bir çalışmada, evlenmemiş annelerin eşleri tarafından daha az sosyal destek aldığı ve depresif semptomlar açısından riskli grupta olduğu bildirilmiştir (208). Erzurum'da doğum sonrası ilk 1 yıl içerisinde depresyon düzeyini yordayan bir çalışmada aile ilişkileri daha zayıf olan ve sosyal destek imkânları daha yetersiz olan annelerde depresyon oranları daha yüksek bulunmuştur (151). Sosyal destek, stresi ortaya çıkaran durumlar olsun ya da olmasın bireyin ruh sağlığını pozitif anlamda etkilemektedir ve muhtemelen depresyon gelişimine karşı koruyucu özelliكتedir.

Doğum sonrası dönemde bebeğin bakımını üstlenmek, bebeğin güvenliğini sağlamak, ebeveyn olarak yeni rolleri öğrenmek ve bebekle ilgili sorunlarla başa çıkmak annenin sorumluluğu dahilindedir (225). Bebeğin doğumu genellikle olumlu ve doyurucu bir deneyim olsa da, annelerin bir kısmında bazı duygusal sorunlar görülebilmektedir (226). Doğum sonrası dönemde bebekle ilgili risk faktörlerinin annenin ruhsal durumunu etkilediği farklı çalışmalarla gösterilmiştir (225, 227, 228).

Araştırmamızda bebeğin cinsiyetinin prematüre ve term bebek annelerinde PPD semptomatoloji sıklığını etkilemediği saptanmıştır. PPD olan prematüre ve term bebek annelerinin dahil olduğu her iki grupta da kız cinsiyeti PPD olmayan gruba göre daha yüksekti fakat istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ürdün'de 353 kadınl

doğum sonrası EPDS uygulanarak yapılan bir çalışmada kız cinsiyete sahip annelerin doğum sonrası depresif semptomları daha yüksek çıkmıştır (229). 2018 yılında Hindistan’da yayımlanan bir çalışmada kız cinsiyete sahip annelerde PPD riskinin 2.1 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (230). Çalışmamızda depresif annelerde istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da kız cinsiyet sıklığının yüksek bulunması, ataerkil aile yapısına sahip doğu toplumlarında kız cinsiyetin doğum sonrası depresyon için risk faktörü olabileceği sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda prematüre ve term bebek annelerinin yer aldığı gruplarda bebek yaşı ile PPD arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Gülnar ve ark.nın doğum sonrası 141 kadınla yaptığı bir çalışmada postpartum ilk 1 ay, 1-3 ay ve 3-6 ay arasında yer alan annelerle PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (217). Ankara’da 6 farklı merkezde yürütülen bir çalışmada doğum sonrası geçen süre ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (207). Araştırmamızda doğum sonrası depresyon ve bebeğin yaşı (doğum sonrası geçen süre) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu ülkemizde yapılan çalışmalarla da uyumluydu.

Bebeğin beslenme şeklinin annenin depresyona girmesi için bir risk olup olmadığı, ayrıca annenin ruh halinin bebek beslenmesine etkisi çeşitli araştırmalarda incelenmiştir (231, 232). Çalışmamızda prematüre doğum yapan annelerin dahil olduğu grupta, sadece anne sütüyle bebeğini besleyen annelerin PPD düzeyi anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Term dönemde doğum yapan annelerde ise beslenme şekli ve doğum sonrası depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. 2009 yılında yapılan bir çalışmada geç preterm gebeliğin doğum sonrası dönemde ruhsal süreç üzerine negatif etkisinin olduğu ve ortaya çıkan anksiyete, depresyon gibi bozuklukların laktasyon verimliliğini düşürdüğü belirtilmiştir (233). Gestasyon haftası düşük bebek annelerinin emzirme konusunda hissettiği yeterlilik düzeyi de düşük olarak belirtilmiştir (234). Bu anlamda prematüre doğum yapan annelerin düşük emzirme özyeterliliğine sahip olması muhtemelen depresyona yatkınlığı artırmaktadır.

Doğum sonrası dönemde annede özellikle suçluluk, yetersizlik ve yardıma muhtaç olma hisleri erken dönemde anne bebek ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir (235). Çalışmamızda prematüre doğum yapan annelerin bebek bakımında kendilerini yetersiz hissetme düzeyleri doğum sonrası depresyon olan grupta anlamlı ölçüde yüksekti. Term bebek annelerin depresyon olan ve olmayan grupları arasında bebek bakımında yetersizlik açısından herhangi bir ilişki gözlenmedi. Spear ve arkadaşlarının prematüre bebek anneleri ile yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası depresyon düzeyi %53 oranında bulunmuş olup, annelerin bakım konusunda yetersizlik duyguları ile depresyon semptomları arasında doğrudan korelasyon olduğu görülmüştür (236).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğine tek başına bakmakta kendine güvenemeyen, bebeğine en iyi şekilde bakamayacağı kaygısı yaşayan annelerin depresyon puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (212). Prematüre bebeklerde doğum sonrası gelişen birtakım komplikasyonlar, uzun süreli yoğun bakım takipleri ve emzirmeyle ilgili yaşanan sorunlar annenin bakımla alakalı yetersizlik düşüncelerini besleyebilir ve bu durum postpartum dönemde depresyon için bir risk faktörü olabilir.

Çalışmamızda preterm ve term dönemde doğum yapan annelerin dâhil olduğu her iki grupta da bebeklerin takipli olduğu hastalık sıklığı PPD olan annelerde olmayanlara göre daha yüksekti fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ülkemizde Doğu ve İç Anadolu bölgesinde yapılan ve doğum sonrası ilk 1 yıl içerisinde 2514 kadının yer aldığı bir çalışmada bebeğin sağlık sorunlarıyla annedeki depresyon belirtilerinin doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (151).

Doğum sonrası dönemde annede görülen depresyon ve anksiyete bozuklukları annenin bebeği ile duygusal bağ kurmasını ve sağlıklı bir anne bebek etkileşimini engellemektedir (237). Depresyon ve anksiyete sıklıkla birlikte ortaya çıktığı için

(238) doğum sonrası dönemde de depresif semptomları olan kadınların aynı zamanda klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete semptomları yaşadıkları bilinmektedir. Ayrıca, anksiyete bozuklukları, özellikle kadınlarda, depresyonun yokluğunda da yaygındır (239). Birçok anksiyete bozukluğunun başlama yaşı, çoğu kadının doğum planladığı 20'li yaşlar olarak göze çarpmaktadır (240). Çalışmamızda prematüre bebek annelerinin Beck Depresyon Ölçeği skorlarının term bebek annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Beck Anksiyete Ölçeği skorları açısından da prematüre bebek annelerinin puanları term bebek annelerinin puanlarından daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürde prematüre bebek ailelerin term bebek ailelerine göre, erken postpartum dönemde artmış stres ve kaygılarına bağlı olarak daha düzeyde yüksek depresyon oranına sahip oldukları bildirilmiştir (241,242). Ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada doğum sonrası 6-8 haftalarda EPDS uygulanan annelerden preterm dönemde doğum yapan grubun depresif belirti puanları daha yüksek çıkmıştır (243). Geç preterm bebek annelerinin term bebek annelerine göre daha fazla duygusal sıkıntı ve kaygıya sahip oldukları bildirilmiştir (244). Wenzel ve ark.nın 147 kadınla yaptığı bir çalışmada doğum sonrası 8. haftada annelerde görülen anksiyete belirti düzeyinin genel popülasyonu temsil eden kadınlara göre daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (245). 2014 yılında Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası 8-12 haftalarda annelere EPDS ölçeği uygulanmış olup, preterm ve term dönemde doğum yapan annelerin depresif belirti düzeyleri arasında bir farklılık saptanmamıştır (246). 2014 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası 6. haftada EPDS uygulanan kadınlarda, doğum haftası ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (203).

Araştırmamızda beklenildiği gibi prematüre bebek annelerinin depresif belirti düzeyleri term bebek annelerinden daha yüksekti ve iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulundu. Prematüre bebeklerin doğum sonrası yoğun bakım takibi altında olmaları ve bu süre zarfında annelerinden ayrı kalmaları, beslenme, uyku, sarılık gibi doğum sonrası gelişebilecek sorunların görülmesi (247) doğum sonrası dönemde annelerin depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olmasını açıklayabilir. Prematüre bebek annelerinin anksiyete düzeylerinin term bebek annelerine göre daha yüksek

olmasına rağmen aralarında anlamlı bir ilişki saptanmaması, miada daha yakın geç preterm dönemde (34-37 haftalar arası) doğum yapan annelerin sayısının, toplam prematüre grubun önemli bir kısmını (%56,6) oluşturmasıyla ilgili olabilir.

Suçluluk ve utanç yapılan bireysel hatalar, yaşanan başarısızlıklar ya da ahlaki değerlere aykırı davranışlar sonucu hissedilen sıkıntılı duygulardır (248). Suçluluk duygusu davranışı hedef alması nedeniyle daha yapıcı, utanç duygusu ise benliği hedef alması nedeniyle daha yıkıcı bir duygu olarak gösterilmektedir (249). Nitel çalışmalar, birçok kadın için anneliğe geçiş döneminin zorlu bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Doğumdan sonra annelerin bir kısmının kendisini başarısız olarak gördüğü ve utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguları daha sık yaşadığı saptanmıştır (250). Literatürde depresif belirtilerle yüksek düzeyde suçluluk ve utanç duyguları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur (15,251,252). Kim ve ark.nın bir metaanaliz çalışmasında, utanç duygusunun suçluluk duygusuna göre depresif semptomlarla daha çok ilişkili olduğu vurgulanmıştır (253). 4 hafta ile 1 yaş arasında bebeği olan 183 anneyle yapılan bir çalışmada, utanma eğiliminin doğum sonrası depresif belirtileri anlamlı bir şekilde yordadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada suçluluk eğiliminin doğum sonrası depresif belirtilerin ya da yardım aramaya yönelik tutumların önemli bir göstergesi olmadığı saptanmıştır (182).

Çalışmamızda preterm ve term bebek annelerinin dahil olduğu PPD olan olmayan gruplarda, suçluluk ölçeği ortalama skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Preterm bebek annelerinin PPD olan grubunun utanç ölçeği ortalama puanı, PPD olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksekti. Term bebek annelerinin PPD olan-olmayan gruplarında ise utanç ölçeği ortalama skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Literatürde suçluluk utanç duygularıyla ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi yordayan birkaç çalışma olsa da özellikle prematüre bebek annelerinin PPD

olan grubunda utanç puanlarının anlamlı düzeyde yüksek çıkması, utancın suçluluğa göre daha psikopatojenik olduğu sonucunu (254,255) doğrulamaktadır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum sonrası depresyon, anne ve bebeğin sağlığını önemli ölçüde etkileyen ve sonuçları açısından dikkate alınması gereken bir bozukluktur. Doğum sonrası dönemde gelişen ruhsal bozukluklar annenin ebeveynlik rolünü öğrenmesini, sağlıklı bir anne bebek ilişkisini, bebeğin bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Doğumun beklenen süreden önce gerçekleşmesi ve prematüre bebeğin birçok yaşamsal riskle karşı karşıya kalması ebeveynler için birtakım ruhsal bozukluklara zemin hazırlamaktadır.

Çalışmamızda prematüre doğum yapan annelerde doğum sonrası depresyon sıklığını term bebek annelerine göre daha yüksek düzeyde saptadık. Sosyodemografik risk faktörleri dikkate alındığında hem prematüre bebek annelerinin, hem de miadında doğum yapan annelerin eşleri tarafından sağlanan sosyal destek düzeyi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü PPD ile ilişkili bulundu. Ayrıca prematüre bebek annelerinin PPD olan grubunda anne sütüyle beslenme oranlarının ve bebek bakımında kendisini yetersiz hissetme düzeylerinin daha düşük olduğu ve utanç duygusu skorlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ancak miadında doğum yapan annelerin PPD olan-olmayan grupları arasında beslenme şekilleri, bebek bakımında kendisini yetersiz hissetme düzeyleri ve utanç duygusu skorları açısından anlamlı bir ilişki tespit edilemedi.

Bu çalışma prematüre bebek annelerinin doğum sonrası depresyon düzeyleri ile suçluluk utanç duyguları arasındaki ilişkiyi yordayan ülkemizdeki ilk çalışmadır ve sonuçlarının gelecekte daha geniş örneklemlerle, prospektif, takipli veya vaka kontrollü gruplar ile yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Çalışmamızın başlıca kısıtlılıkları ise; doğum sonrası dönemde araştırmaya katılan gönüllülerin farklı tarihlerde değerlendirmeye alınması, katılımcılardan sadece üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesine başvuranların dahil olması ve alınan bilgilerin önemli kısmının ankete dayalı olarak elde edilmesidir.

Sonuç olarak; kendini değerlendirme ölçeği aracılığıyla doğum sonrası depresyon sıklığı ve bazı risk faktörlerinin etkilerini göstermiş olduk. Özellikle prematüre bebek annelerinde doğum sonrası dönemde depresyon açısından riskli bulunan grupların erken dönemde tanınması ve gerekli psikoteröpatik müdahalelerin uygulanması öncelikli hedeftir.

7.KAYNAKÇA

1. Işık E, Taner Y, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.
2. Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygudurum dizisi. 2001;4:157-68.
3. Organization WH. The World Health Report: mental disorders affect one in four people. The World Health Report: mental disorders affect one in four people2001.
4. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
5. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. 2009;66(7):785-95.
6. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Archives of general psychiatry. 2005;62(10):1097-106.
7. Cantwell R, Cox J. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics Gynaecology. 2006;16(1):14-20.
8. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing research. 1996;45(5):297-303.
9. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics Gynaecology. 2010;117(5):540-50.
10. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early human development. 2003;73(1-2):61-70.
11. Mackley AB, Locke RG, Spear ML, Joseph R. Forgotten parent: NICU paternal emotional response. Advances in Neonatal Care. 2010;10(4):200-3.
12. Meyer EC, Coll CTG, Lester BM, Boukydis CZ, McDonough SM, Oh W. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. Pediatrics. 1994;93(2):241-6.
13. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Archives of Disease in Childhood-Fetal neonatal edition. 2005;90(2):F109-F13.

14. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2008;51:104-9.
15. Cirhinlioğlu FG, Güvenç G. Shame proneness, guilt proneness and psychopathology. *Journal of Human Sciences*. 2011;8(1):248-67.
16. Harder DW, Cutler L, Rockart L. Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of personality assessment*. 1992;59(3): 584-604.
17. Köksal F, Gençdoğan B. Depresif Olanlar ile Olmayanların Suçluluk, Utanç ve ÖfkeTarzlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2007;9(1):163-75.
18. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
19. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 2005.
20. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. 2003;301(5631):386-9.
22. Lieberman J. History of the use of antidepressants in primary care. *J Clin Psychiatry*. 2003;5(Suppl 7):6-10.
23. Tamam L, Zeren TJKPD. Depresyonda serotonerjik düzenekler. 2002;5(Suppl: 4):11-8.
24. Delgado PL, Moreno FA. Role of norepinephrine in depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000.
25. Stahl SM. Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder: Cambridge university press; 2000.
26. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1):51-66.
27. Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(9):846-56.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's, Synopsis of Psychiatry 9. baskı: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
29. Özpoyraz N. Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(Suppl: 4):68-72.
30. Schweitzer I, Tuckwell V, Ames D, O'brien JJ. Structural neuroimaging studies in late-life depression: a review. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2001;2(2):83-8.

31. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(1):115-8.
32. Mesulam M-M. Neuroplasticity failure in Alzheimer's disease: bridging the gap between plaques and tangles. *Neuron*. 1999;24(3):521-9.
33. Patapoutian A, Reichardt LF. Trk receptors: mediators of neurotrophin action. *Current opinion in neurobiology*. 2001;11(3):272-80.
34. Eşel E. Depresyondaki nöroendokrinolojik bulgular. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(Supp: 4):35-50.
35. Atkinson RL, Atkinson RC, Hilgard ER, J. S. Psikolojiye Giriş I (Çev: K. Atakay, M. Atakay, A. Yavuz). 1995.
36. Kozacıoğlu G, Gördürür HE. Bireyden topluma ruh sağlığı. Çörüş G, editor: Alfa Yayınları; 1995.
37. Sadock B. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Aydın H, Bozkurt A, çevirenler. 2. Ankara: Günes Kitapevi; 2007. 1603-10 p.
38. Türkçapar MH. Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon. İstanbul: epsilon yayınevi; 2018.
39. Greenberg RL. Depresyon. In: Leahy RL (Eds). Hacak H MM, Özpilavcı F (Eds). Bilişsel terapi ve uygulamaları 2. Baskı. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2007.
40. Gabbard G. Mood disorders: psychodynamic etiology. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*. 1995;1:1116-23.
41. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;159(1):106-14.
42. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e442.
43. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(7):537-46.
44. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):357-76.
45. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. 2009;117:S5-S14.
46. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;2(1):5-12.

47. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2012;3(2):1-7.
48. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*. 2012;5(2):34-8.
49. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England journal of medicine*. 1999;341(18):1329-35.
50. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2005;7(4):167.
51. Karp JF, Scott J, Houck P, Reynolds III CF, Kupfer DJ, Frank E. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005.
52. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth ed. rev. Washington Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2000;4.
53. Buyukdura JS, McClintock SM, Croarkin PE. Psychomotor retardation in depression: biological underpinnings, measurement, and treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*. 2011;35(2):395-409.
54. Kırılı S. Depresyonun belirtileri, alt tipleri ve gidişinin özellikleri. Depresyon. Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayınevi; 2002.
55. Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Suvisaari J, Lönnqvist J. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of affective disorders*. 2008;106(1-2):1-27.
56. Austin M-P, Mitchell P, Goodwin GM. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(3):200-6.
57. Parlar M, Frewen PA, Oremus C, Lanius RA, McKinnon MC. Dissociative symptoms are associated with reduced neuropsychological performance in patients with recurrent depression and a history of trauma exposure. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):29061.
58. Stordal KI, Lundervold AJ, Egeland J, Mykletun A, Asbjørnsen A, Landrø NI, et al. Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004;58(1):41-7.
59. Hammar Å, Årdal G. Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in human neuroscience*. 2009;3:26.
60. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):479-84.

61. Büyükkoca M. Algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
62. Salgin A, Gokcay G, Yucel B, Polat A, Baysal SU, Sahip Y, et al. Effects of postpartum depression on breastfeeding and child development. 2007;70(3):70-3.
63. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2007;191(5):378-86.
64. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics. 2007;17(2):126-33.
65. Blenning CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. Am Fam Physician. 2005;72(12):2491-6.
66. Askın R. Depresyon El Kitabı,(2. Baskı). Konya: Atlas Kitabevi; 1999. 100-22 p.
67. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. American Journal of Psychiatry. 2009;166(4):405-8.
68. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. 2004.
69. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. Journal of midwifery & women's health. 2013;58(6):643-53.
70. Aktaş MC, Şimşek Ç, Aktaş S. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi.3(Supp: 1):10-3.
71. Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum. 2004;3:14-24.
72. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Archives of General Psychiatry. 1986;43(6):569-73.
73. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. Archives of pediatrics adolescent medicine. 2006;160(3):279-84.
74. Heh SS, Fu YY. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. Journal of advanced nursing. 2003;42(1):30-6.
75. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999;10(1):58-67.
76. Eltutan H, Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. Depresyon Dergisi. 1997;2(1):74-80.
77. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing. 2004;33(4):410-20.
78. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing research. 2001;50(5):275-85.

79. Murray L, Dunne MP, Van Vo T, Anh PNT, Khawaja NG, Cao TN. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. *BMC pregnancy childbirth*. 2015;15(1):234.
80. Kerie S, Menberu M, Niguse W. Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC research notes*. 2018;11(1):623.
81. Bilgili N, Işık SN. Postnatal depression: Midwives' and nurses' knowledge and practices. *Erciyes Medical Journal*. 2010;32(4):265-74.
82. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. 2009.
83. Bloch M, Daly, R. C., & Rubinow, D. R. . Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry*. 2003;44(3):234-46.
84. Binder EB, Newport DJ, Zach EB, Smith AK, Deveau TC, Altshuler LL, et al. A serotonin transporter gene polymorphism predicts peripartum depressive symptoms in an at-risk psychiatric cohort. 2010;44(10):640-6.
85. Doornbos B, Dijck-Brouwer DJ, Kema IP, Tanke MA, van Goor SA, Muskiet FA, et al. The development of peripartum depressive symptoms is associated with gene polymorphisms of MAOA, 5-HTT and COMT. 2009;33(7):1250-4.
86. Brett M, Baxendale S. Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(4):339-62.
87. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998;39(2):93-101.
88. Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, et al. The role of estrogen and progesterone in depression after birth. 2007;41(3-4):273-9.
89. Glynn LM, Davis EP, Sandman CA. New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in postpartum depression. *Neuropeptides*. 2013;47:363-70.
90. Carroll BJ, Curtis GC, Mendels J. Neuroendocrine regulation in depression. II. Discrimination of depressed from nondepressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1051-8.
91. Kennedy RL, Malabu UH, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30:774-83.
92. Yim IS, Stapleton LRT, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter CD. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual review of clinical psychology*. 2015;11:99-137.
93. Torner L, Neumann ID. The brain prolactin system: involvement in stress response adaptations in lactation. *Stress*. 2002;5:249-57.

94. Stuebe AM, Grewen K, . SM-B. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Women's Health (Larchmt)*. 2013;22:352-61.
95. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36:1886-93.
96. Chatzicharalampous C, Rizos D, Pliatsika P, Leonardou A, D.Hasiakos. Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27:543-50.
97. Hohlagschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B. Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:326-30.
98. Raison C, Miller A. Pathogen-Host Defense in the Evolution of Depression: Insights into Epidemiology, Genetics, Bioregional Differences and Female Preponderance. *Neuropsychopharmacology*. 2017;42(1):5-27.
99. Maes M, Lin A-h, Ombelet W, Stevens K, Kenis G, De Jongh R, et al. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. 2000;25(2):121-37.
100. Maes M, Ombelet W, Libbrecht I, Stevens K, Kenis G, De Jongh R, et al. Effects of pregnancy and delivery on serum concentrations of Clara Cell Protein (CC16), an endogenous anticytokine: lower serum CC16 is related to postpartum depression. 1999;87(2-3):117-27.
101. Boufidou F, Lambrinouadaki I, Argeitis J, Zervas IM, Pliatsika P, Leonardou AA, et al. CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. 2009;115(1-2):287-92.
102. Albacar G, Sans T, Martín-Santos R, García-Esteve L, Guillamat R, Sanjuan J, et al. Thyroid function 48 h after delivery as a marker for subsequent postpartum depression. 2010;35(5):738-42.
103. Scrandis DA, Langenberg P, Tonelli LH, Sheikh TM, Manogura AC, Alberico LA, et al. Prepartum depressive symptoms correlate positively with C-reactive protein levels and negatively with tryptophan levels: a preliminary report. 2008;1(2):167.
104. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1982;91:457-61.
105. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*. 1991;48(9):801-6.
106. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:379-407.

107. Dudek D, Jaeschke R, Siwek M, Maćzka G, Topór-Mądry R, Rybakowski J. Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. *Psychiatry research*. 2014;215(1):69-74.
108. Martin-Santos R, Gelabert E, Subirà S, Gutierrez-Zotes A, Langorh K, Jover M, et al. Is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *2012;42(7):1559-65*.
109. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67(4):632-7.
110. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of personality social psychology*. 1993;65(6):1243.
111. Da-Silva Vd, Moraes-Santos A, Carvalho M, Martins M, Teixeira NJ. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*. 1998;31(6):799-804.
112. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*. 1988;97(4):467.
113. Callister LC, Beckstrand RL, Corbett C. Postpartum depression and culture: Pesado Corazon. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2010;35(5):254-61.
114. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2009;29(1):206-14.
115. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs*. 2001;33(3):279-87.
116. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. . *Comprehensive textbook of psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ1995. p. 1059-66.
117. Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. *Mayo Clinic Proceedings*. 2014;89:835-44.
118. Kara B, Pınar Ç, Emel N, Filiz T. Doğum Sonrası Depresyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2001;9:334.
119. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi*. 2002;2(1):64-70.
120. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Postpartum depression and postpartum adaptation: overlapping constructs? *J Affect Disord*. 1989;17(3):251-4.
121. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2001;80(3):251-5.
122. Stein G. The maternity blues. In: Brockington IF, Kumar R, editors. *Motherhood and Mental Illness*. London, UK: Academic Press; 1982. p. 119-54.

123. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry*. 1996;153:592-606.
124. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*. 1981;38(7):829-33.
125. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry*, 7.baskı, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins 2003.
126. Chaudron LH, Pies RW, Jock. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. 2003;64(11):1284-92.
127. Chessick CA, Dimidjian S. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(3):233-48.
128. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*. 2012;10(1):51-66.
129. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium:: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(4):461-78.
130. Norhayati M, Hazlina NN, Asrenee A, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175:34-52.
131. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med*. 2006;11:425-31.
132. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Stanislao FD, et al. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health*. 2012;52:352-68.
133. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, L. Chatzi, et al. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:711-21.
134. Kim YK, Hur JW, Kim KH, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:331-40.
135. Gaillard A, Strat YL, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215:341-6.
136. Mezzacappa ES, Katlin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol*. 2002;21:187-93.
137. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4:279-92.

138. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. . *BMJ OPEN*. 2013;3(11).
139. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BEW. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12(1):148.
140. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:725-30.
141. Yagmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in lowsocioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010;55:543-9.
142. Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in chilean women. . *Health Care Women Int*. 2011;32:939-49.
143. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: A cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:143-8.
144. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. . *J Affect Disord*. 2008;108:147-57.
145. Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. 2011;118(8):966-77.
146. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? . *Womens Health Issues* 2010;20:96-104.
147. Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:585-93.
148. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
149. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CBJTJocp. Depression during pregnancy and the puerperium. 1997.
150. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2010;376(9744):903-10.
151. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International journal of epidemiology*. 2002;31(6):1201-7.

152. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999;26(3):157-63.
153. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics Gynaecology Research*. 2007;33(3):333-40.
154. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
155. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behav Dev* 1995;18:1-13.
156. Weinberg MK, Tronick E. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. *Postpartum depression child development*. 1997:54-81.
157. Murray LJ. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of child psychology psychiatry*. 1992;33(3):543-61.
158. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American journal of obstetrics gynecology*. 1989;160(5):1107-11.
159. Ban L, Gibson JE, West J, Tata LJJ. Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC public health*. 2010;10(1):799-806.
160. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*. 2005;8(2):77-87.
161. Sit DK, Perel JM, Helsel JC, Wisner KL. Changes in antidepressant metabolism and dosing across pregnancy and early postpartum. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69:652-8.
162. Turner KM, Sharp D, Folkes L, Chew-Graham C. Women's views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Family practice*. 2008;25(6):450-5.
163. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015;17(2):207.
164. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164:1515.
165. S.D. Sie SD, Wennink JM, Driel JJv. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:472.
166. Weisskopf E, Fischer CJ, Graz MB. Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence. *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14:413.

167. Dennis CL, Hodnett ED. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane database of systematic reviews. 2007(4).
168. Alkan M. Kişilerarası İlişkiler Terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2009;2(2):14-20.
169. Reay R, Fisher Y, Robertson M, Adams E, Owen C. Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(1):31-9.
170. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei medical journal*. 2008;49(4):553-62.
171. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum blue and depression. *Mood Disorders Series* 2000;1(2):64-71.
172. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23:534-42.
173. Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2015;2(2): 13-35.
174. Tangney J, Dearing R. Emotions and social behavior. Shame and guilt. New York, NY, US. Guilford Press. [http://dx. doi. org/10.4135/9781412950664](http://dx.doi.org/10.4135/9781412950664); 2002.
175. Gevrekci AÖ, Çırakoğlu OC. Suçluluk ve utanç duyguları üzerine kavramsal, nöropsikolojik ve psikopatolojik bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2017;20(40):89-105.
176. Alexander B, Brewin CR, Vearnals S, Wolff G, Leff J. An investigation of shame and guilt in a depressed sample. *British Journal of Medical Psychology*. 1999;72(3):323-38.
177. Balkaya F. Çok boyutlu öfke envanterinin geliştirilmesi ve bazı semptom gruplarındaki etkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi 2001.
178. Orth U, Berking M, Burkhardt S. Self-Conscious Emotions and Depression: Rumination Explains Why Shame But Not Guilt is Maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2006;32(12):1608-19.
179. Tangney JP. Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18:199-206.
180. Jarrett RB, Weissenburger JE. Guilt in depressed outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;58(4):495-8.
181. Breslau N, Davis GC. Refining DSM-III criteria in major depression-an assessment of the descriptive validity of criterion symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 1985;9:199-206.
182. Dunford E, Granger C. Maternal guilt and shame: Relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(6):1692-701.
183. Behrman RE, Kliegman RM. *Nelson Essentials of Pediatrics* 4th ed. Philadelphia: Saunders Company; 2002.

184. Organization WH. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Erişim Tarihi: 08012019.
185. Symington AJ, Pinelli JJCdosr. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. 2006(2).
186. Shin YH. Current Status of Korean Premature Infant Care and its Prospective. Korean Journal of Child Health Nursing. 2003;9(1):96-106.
187. Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A, Chabrol H. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. Journal of Reproductive Infant Psychology. 2011;29(4):364-73.
188. Nicholas AL. An examination of the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit [PhD thesis]. United States – Maryland: University of Maryland College Park; 2006.
189. Küçük S. The family-focused early intervention programme: evaluation of parental stress and depression. Early Child Development Care. 2006;176(3-4): 329-41.
190. Şahin E, Tiryaki A. Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebek Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics. 2011;21(3):155-63.
191. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry. 1987;150(6):782-6.
192. Aydemir O. Koroglu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler (Clinical Scales in Psychiatry). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2006.
193. Karaçam Z, Kitis Y. The Postpartum Depression Screening Scale: its reliability and validity for Turkish population. Türk Psikiyatri Derg. 2007;18:113.
194. Engindeniz A, Kuey L, Kultur S. Edinburg postpartum depression inventory. Study of validity and reliability for Turkish forum, Spring Symposium. 1997.
195. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.
196. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988;6:118-26.
197. Şahin NH, Şahin N. Suçluluk-Utanç Ölçeği. In: Savaşır I, Şahin NH, editors. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler içinde. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1992.
198. Şahin NH, Şahin N. Suçluluk-Utanç Ölçeği. In: Savaşır I, Şahin NH, editors. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
199. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology. 1988;56:893.

200. Ulusoy M, Sahin N, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy* 1988;12:163-72.
201. Corrêa H, e Couto TC, Santos W, Romano-Silva M, Santos L. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *Journal of Affective Disorders*. 2016;204:214-8.
202. Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, et al. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1998;19(3):155-64.
203. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*. 2016;54(2):83-9.
204. Coşkun TD, Aydın S, Çatak B. Sağlığın sosyal belirleyicileri postpartum depresyonu etkiliyor mu? *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(5).
205. Tammentie TTM, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract*. 2002;8:240-6.
206. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006;60(3):221-7.
207. E.Durukan, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*. 2011;2011(4):385-93.
208. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;28(1):36-44.
209. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JK. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*. 2004;113(6):e523-e9.
210. Cak H, Karabekiroğlu K, Kültür EÇ, M.C.Tarakçıoğlu, Kaya R, Say GN, et al. Relationship between Psychiatric Symptoms in Expectant Parents and Postpartum Depression and Infantile Colic: a Multicenter Follow-up Study. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2015;26(2).
211. Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmirin Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;20(1):1-9.
212. Karahan N, Gençalp NS, Bingöl F, Aydın R, Benli AR. Postpartum depresyonun bebekle ilişkili risk faktörleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,.19(3):204-13.
213. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, al. e. Depression symptoms in the postpartum period, clinical and sociodemographic risk factors. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14:252-7.

214. Hopkins J, Marcus M, Campbell SB. Postpartum depression: a critical review. *J Psychological bulletin*. 1984;95(3):498.
215. Paykel ES, Emms E, Fletcher J, Rassaby E. Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1980;136(4):339-46.
216. Chaaya M, Campbell O, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *J Archives of women's mental health*. 2002;5(2):65-72.
217. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics*. 2010;20(3):141-8.
218. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;160(6):777-80.
219. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Medical Journal of Australia*. 1992;157(3):172-4.
220. Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999;3:33-7.
221. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2009;10:14-20.
222. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*. 2011;32(4):192-202.
223. Holmans P, Weissman M, Zubenko G, Scheftner W, Crowe R, DePaulo J, et al. Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(2):248-58.
224. Costa DD, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59:31-40.
225. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. In *Yeni Symposium*. 2012 50(3).
226. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17:243-51.
227. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123(4):e739-e51.
228. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal*. 2015;19(4):897-907.
229. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*. 2011;27(6):238-45.

230. Guin G, Rawat S. Prevalence of postpartum depression and association with risk factors in a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7:1094-100.
231. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation.* 2005;21(4):444-9.
232. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology.* 2011;118(2):214-21.
233. Zanardo V, Gambina I, Begley C, Litta P, Cosmi E, Giustardi A, et al. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Human Development.* 2011;87(4):321-3.
234. Campbell SH. Breastfeeding self-efficacy: The effects of a breastfeeding promotion nursing intervention. 1996.
235. Perrin EC, West PD, Culley BS. Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. *Pediatrics.* 1989;83(3):355-63.
236. Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *American journal of perinatology.* 2002;19(4):205-14.
237. Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.* 2004;31(2):117-33.
238. Maser JD. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *American Psychiatric Pub.* 1990.
239. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology.* 2001;110(4):585.
240. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*, 29(2-3), 85-96.
241. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49: 908-914.
242. Lee SK, Penner PL, Cox M. Impact of very low birth weight infants on the family and its relationship to parental attitudes. *Pediatrics* 1991; 88: 105-109.
243. Taşar, M. A., Tapçı, A. E., Baydar, A., Dallar, Y. B., & Çakır, İ. (2016). Annelerin doğum sonrası depresyon ve kaygı durumları bebeklerin kilo alımı üzerine etkili mi?. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 233-237.)
244. Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcolm, W. F., Murtha, A. P., Turner, B. S., & Holditch-Davis, D. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(6), 719-731.

245. Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*, 19(3), 295-311.
246. Alharbi, A. A., & Abdulghani, H. M. (2014). Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 311.
247. Özdoğan, T., Yıldız Aldemir, E., & Kavuncuoğlu, S. (2014). Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST)*, 6(2), 57-64.
248. Leary, M. ve Tangney, J.P. (Ed.). (2012). *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press.
249. Ferguson, T. J., Stegge, H., Miller, E. R., & Olsen, M. E. (1999). Guilt, shame, and symptoms in children. *Developmental psychology*, 35(2), 347.
250. Cree, M. (2010). Compassion focused therapy with perinatal and mother-infant distress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 159-171.
251. Prosen, M., Clark, D. C., Harrow, M., & Fawcett, J. (1983). Guilt and conscience in major depressive disorders. *The American journal of psychiatry*.
252. Bilevicius, E., Single, A., Bristow, L. A., Foot, M., Ellery, M., Keough, M. T., & Johnson, E. A. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. *Addictive behaviors*, 82, 94-100.
253. Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 137(1), 68.
254. Gilbert, P., Pehl, J., & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67(1), 23-36.
255. Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 469.

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Arş.Gör.Dr. Mustafa TABUROĞLU tarafından yürütülen “**Prematüre Bebek Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon ve Suçluluk-Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**” başlıklı anket ve 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 anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 73 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 1 saattir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım 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.

Araştırmanın Amacı: Araştırmanın amacı, farklı haftalarda doğum yapan annelerin doğum sonrası depresyon sıklığını saptamak ve bu depresyon halinin suçluluk-utanç duyguları üzerine olan etkisini incelemektir. Doğum sonrası depresyon, yaklaşık olarak her 5 anneden birinde görülen ve gebelik sonrasında annenin ruhsal sağlığını doğrudan etkileyen bir bozukluktur. Gebelik sonrasında görülen bu depresyon hali, annenin kendisini değersiz ve birtakım suçluluk duyguları içerisinde hissetmesine yol açabilir. Bu durum kendisini etkilediği gibi bakmakla yükümlü olduğu bebeğini de etkileyecektir. Bizim burada amacımız doğum sonrasında görülen depresyonla ilgili ruhsal bozukluğa dikkat çekmek ve bu sorunla karşılaşan anneler için yönlendirici olabilmektir.

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof. Dr İsmail AK, Dr. Mustafa TABUROĞLU

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 ayrılabilceğimi 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/vasimin 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:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Mustafa TABUROĞLU

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu

Adınız-Soyadınız:

A. GENEL BİLGİLER

1- Yaşınız:.....

2- Eğitim durumunuz :

a.) Okuryazar b.) İlköğretim c.) Lise d.)Üniversite

3- Eşinizin eğitim durumu

a.) Okuryazar b.) İlköğretim c.) Lise d.)Üniversite

4- Mesleğiniz

a.) Ev hanımı b.) Çalışıyor:

5-Eşinizin mesleği:

a.) Çalışmıyor b.) Çalışıyor:

6- Aylık ortalama geliriniz:.....

7- Aile tipi

a.) Çekirdek aile(anne-baba çocukları)

b.) Geniş aile(anne-baba çocuklar ve diğer aile büyükleri ile beraber)

B. DOĞURGANLIK ÖYKÜSÜ

1- Kaçınıcı Gebeliğiniz

2- Düşük/ölü doğum öyküsü var mı?

a.) Evet (..... Kez) b.) Hayır

3- Son gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

a.) Evet b.) Hayır

4- Doğumun oluş biçimi

a.) Normal doğum b.) Sezeryan

5-Gebelik boyunca eşinizden sosyal destek aldınız mı?

a.) Evet b.) Kısmen c.) Hayır

6-Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

a.)Evet b.) Hayır

C. BEBEK İLE İLGİLİ BİLGİLER

1-Bebeğin cinsiyeti

a.) Erkek b.) Kız

2- Bebeğiniz kaç haftalık doğdu? Doğum kilosu:.....

3-Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

a.)Sadece Anne sütü b.) Anne sütü ve mama c.) Sadece mama

4- Bebeğinizin bakımında yeterli olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a.)Evet b.) Kısmen c.) Hayır

5-Bebeğinizin takipli bir hastalığı/tanısı var mı?.....

EK 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- I-** (0)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
(1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- II-** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1)Gelecek hakkında karamsarım.
(2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3)Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- III-** (0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1)Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- IV-** (0)Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1)Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
(2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3)Herşeyden sıkılıyorum.

- V-** (0)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- VI-** (0)Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- VII-** (0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1)Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2)Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3)Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- VIII-** (0)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1)Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3)Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- IX-** (0)Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- X-** (0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3)Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- XI-** (0)Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1)Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2)Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3)Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- XII-** (0)Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3)Artık hiç karar veremiyorum.
- XIII-** (0)Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2)Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- XIV-** (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1)Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.
(2)Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- XV-** (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
(1)Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2)Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- XVI-** (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2)Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

XVII- (0)İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2)İştahım çok azaldı.

(3)Artık hiç iştahım yok.

XVIII-(0)Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2)Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3)Altı kilodan fazla kilo verdim.

XIX- (0)Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1)Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2)Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3)Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

XX- (0)Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3)Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

XXI- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1)Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2)Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygna yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkuşu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkuşu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 6. Suçluluk-Utanç Ölçeği

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı işaretleyiniz.

1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek

(1) Hiç rahatsızlık duymazdım

(2) Biraz rahatsızlık duyardım

(3) Oldukça rahatsızlık duyardım

(4) Epey rahatsızlık duyardım

(5) Çok rahatsızlık duyardım

2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi

(1) Hiç rahatsızlık duymazdım

(2) Biraz rahatsızlık duyardım

(3) Oldukça rahatsızlık duyardım

(4) Epey rahatsızlık duyardım

(5) Çok rahatsızlık duyardım

3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak

(1) Hiç rahatsızlık duymazdım

(2) Biraz rahatsızlık duyardım

(3) Oldukça rahatsızlık duyardım

(4) Epey rahatsızlık duyardım

(5) Çok rahatsızlık duyardım

4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek bir şekilde size açıkça ilgi göstermesi

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına neden olan bir olay yaşamak.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizi fark etmek.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğinizi bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

13. Sözlü bir sınav sırasında kekelediğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

14. Tanıdığımız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz bir halde yardım etmemek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlara açık saçık bir fikra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

16. Akılsızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunuzu hiçbir zaman anlamaması.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

18. Bir davete ya da toplantıya rahat gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

20. Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkartılması.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak.

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak

- (1) Hiç rahatsızlık duymazdım
- (2) Biraz rahatsızlık duyardım
- (3) Oldukça rahatsızlık duyardım
- (4) Epey rahatsızlık duyardım
- (5) Çok rahatsızlık duyardım

EK 7. Etik Kurul Onayı









KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Prematür Bebek Annelerinde Doğum Sonrası Depresyon ve Suçluluk-Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. İsmail AK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 2/12	Tarih: 07.02.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

9.ÖZGEÇMİŞ

Mustafa TABUROĞLU 1988'de Kırşehir'de doğdu; ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Kırşehir Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2006 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine girdi; 2013'de mezun olduktan sonra Mucur Devlet Hastanesinde pratisyen olarak göreve başladı. 2015 yılından beri Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Şirinevler Mah. Mehmet Akif Cad. Raif Usta Apt. No:20/7
Karabük/Merkez

Tel : 0 537 545 80 17

e-posta: drmustafataburoglu@yahoo.com

