



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

POSTPARTUM DEPRESYONU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Ahmet Alp

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2023





T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

POSTPARTUM DEPRESYONU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Ahmet Alp

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Alev Atış Aydın

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL- 2023

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ v

KISALTMALAR vi

TABLOLAR vii

ÖZET 8

ABSTRACT.....10

1.GİRİŞ VE AMAÇ 10

2.GENEL BİLGİLER 12

2.1. Depresyon 12

2.1.1. Depresyon DSM-V Tanı Kriterleri.....12

2.1.2. Depresyon Sınıflandırması.....13

2.2. Postpartum Dönem 14

2.3. Postpartum Dönemdeki Psikolojik Değişiklikler 14

2.3.1. Annelik Hüznü (Maternity Blues, Postpartum Blues, Baby Blues)....16

2.3.2. Postpartum Psikoz.....16

2.3.3. Postpartum Depresyon 17

2.3.3.1. Tanım.....17

2.3.3.2 Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri 18

2.3.3.3. Postpartum Depresyon Tanısı.....19

2.3.3.4. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri 19

2.3.3.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi.....20

2.3.3.6. Postpartum (Perinatal) Depresyon Taraması 22

3.GEREÇ VE YÖNTEM 25

4.BULGULAR.....28

5. TARTIŞMA.....38

6. SONUÇ.....47

7.KAYNAKLAR 48

ÖNSÖZ

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ndeki uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, sonsuz enerjisi ve bilgisi ile hepimizi aydınlatan çok sevgili Prof. Dr. Alev Aydın hocama, sayın Doç. Dr. Hüseyin Kıyak'a, sayın Doç. Dr. Orhan Şahin'e, sevgili Op. Dr. Sibel Gülova hocama; hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen ve daima tecrübeleri ile bizi aydınlatan ve eğitimime çok büyük katkılar sağlayan sevgili Doç. Dr. Cengiz Andan'a ,Op. Dr. Erdal Girgin'e, Op. Dr. Aylin Öztarhan'a, Op. Dr. Erhan Toy'a, Op. Dr. Meriç Kabakçı'ya, Op. Dr. Fitnat Selçuki'ye, Op. Dr. Savaş Gündoğan'a, Op. Dr. Betül Koç'a, Op. Dr. Yasmin Yoldaş'a, Op. Dr. Kübra Canbolat'a; Tezime vermiş olduğu destekten ötürü çok kıymetli Op. Dr. Gül Özel Doğan'a ve tabi ki aynı mesleği yapmaktan dolayı çok büyük onur duyduğum ve mesleğe dair pek çok şey öğrendiğim Op. Dr. Sadık Gündüz'e, Op. Dr. Zuat Acar abime; Bana mesleğe dair çok şey öğretmiş olan başta Op. Dr. Kübra Bağdatlıoğlu olmak üzere sevgili kıdemlilerime; her türlü zorlukta imdada koşan elinden geleni ardına koymayan bu yolda beraber yürüdüğüm çok sevgili eşkıdemlerime; birlikte çalıştığım, çalışkan, emektar bütün asistan arkadaşlarıma; Birlikte çalıştığım doğumhane, servis, poliklinik, acil hemşirelerine, çalışkan tıbbi sekreterlerimize; her zaman ameliyathanede tüm mevcudiyeti ile yanımızda olan, yetenekli, çalışkan, özverili çok sevgili ameliyathane hemşire ve personel ekibine, ve elbetteki daima desteğini, sevgisini, şefkatini, iyiliğini hissettiğim, bu zamanlara gelmemdeki en büyük emek sahibi, en büyük destekçim olan ve gururlandırmaktan dolayı onur duyduğum iki muhteşem insana, kelimelerle ifade edemeyeceğim sonsuz yoğun hislerle, sevgili babama ve canımın içi anneme, ve kardeşlerime,

Her zaman desteğini ve sevgisini yanımda hissettiğim çok sevgili eşkıdemim Dr. Mehtap Kırcalı'ya teşekkür ederim.

KISALTMALAR

PPD: Postpartum Depresyon

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

GDM: Gestasyonel Diyabet

GHT: Gestasyonel Hipertansiyon

HEG: Hiperemezis Gravidarum

TABLOLAR

Tablo 1: Postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar 16

Tablo 2: Tüm Grubun Demografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı 28

Tablo 3: Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması.....30

Tablo 4: Postpartum Depresyon Üzerinde Etkili Olabilecek Faktörlerin Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi 32

Tablo 5: Tablo 4' teki Tek Değişkenli Analizlerde p<0,250 Saptanan Değişkenlerin Çok Değişkenli Analizi 34

Tablo 6: Depresyon Skoru ile Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi .34

Tablo 7: Postpartum Depresyon Skoru ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi.....35

Tablo 8: Tablo 6 ve 7' deki Tek Değişkenli Analizlerde p<0,250 Saptanan Değişkenlerin Çok Değişkenli Analizi.....37

ÖZET

AMAÇ: Kliniğimizdeki postpartum hastalarda postpartum depresyon (PPD) oranını belirlemek ve etkileyen risk faktörlerini araştırmak.

YÖNTEM: 1 Temmuz 2022 - 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında kliniğimizde postpartum dönemde takip edilen 18-45 yaş arası, daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan ve Postpartum 1. ay kontrollerinde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kaydedilmiş hasta dosyalarının rastgele seçilmesi planlandı. Bu uygulamaya hastaların kişisel, gebelik ve doğum özellikleri eklenerek olgu rapor formuna kaydedilmesi planlandı. Kaydedilen verilere istatistiki analizler yapılarak postpartum depresyon risk faktörleri tarandı.

BULGULAR: Çocuk sayısı fazla olan, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, bebeği en az 1 hafta süreyle yenidoğan yoğun bakımda yatan, emzirmeyen, plansız bir şekilde gebe kalan, bebek bakım desteği almayan ve geçmişinde depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bir hastalık öyküsü olan lohusaların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) sonuçlarında postpartum depresyon görülme oranı diğer lohusalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Emzirme ve lohusalık sürecinde bebek bakım desteği olması koruyucu faktör olarak saptandı. Annenin yaşı, boyu, kilosu, çalışma durumu, gebelikte geçirilen GDM, GHT, HEG ve Hipotiroidi gibi gebelikle ilgili hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı hastane yatışı ya da ilaç kullanımı öyküsü, PMS öyküsü, doğum komplikasyonları, postpartum komplikasyonlar, gebelikte veya öncesinde alkol ve sigara kullanımı, doğum kilosu ve haftası ve doğum şekli ile PPD arasında anlamlı ilişki kurulamadı.

SONUÇ: Postpartum Depresyon, gebelik ve lohusalık sürecinden başlayarak iki yıla kadar uzayabilen bir süreçte kadınları etkileyen yaygın bir toplumsal halk sağlığı sorunudur. Elde etmiş olduğumuz sonuçlar; gebelik ve lohusalık sürecinde

emzirmenin eğitimlerle ve uygulamalarla desteklenmesi ve mümkünse bebek bakım sürecinde hastanede ve evde anneye yardım edilmesi PPD riskini azaltılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Postpartum Depresyon Risk Faktörleri

ABSTRACT

OBJECTIVES: The aim of this study was to determine the rate of postpartum depression (PPD) in postpartum patients in our clinic and to investigate the risk factors affecting it.

METHODS: Between July 1, 2022 and July 1, 2023, it was planned to randomly select the files of patients aged 18-45 years who were followed up in the postpartum period in our clinic, and who had Edinburgh Postpartum Depression Scale recorded in the postpartum 1st month controls. Personal, pregnancy and delivery characteristics of the patients were added to this application and recorded in the case report form. The recorded data were statistically analyzed and risk factors for postpartum depression were screened.

RESULTS: The rate of occurrence of Postpartum Depression (PPD) was found to be statistically significantly higher in postpartum women who had a high number of children, low educational and socio-economic levels, whose babies were hospitalized in neonatal intensive care for at least 1 week, did not breastfeed, had unplanned pregnancies, received no baby care support, and had a history of psychiatric disorders such as depression and anxiety compared to other postpartum women according to the results of the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Breastfeeding and receiving baby care support during the postpartum period were identified as protective factors. There was no statistically significant relationship found between PPD and the mother's age, height, weight, work status, gestational diabetes mellitus (GDM), gestational hypertension (GHT), hospitalization or medication history related to these pregnancy-related illnesses, premenstrual syndrome (PMS) history, childbirth complications, postpartum complications, alcohol and cigarette use during or before pregnancy, birth weight and week, and the mode of delivery.

CONCLUSION: Postpartum Depression is a common public health issue that affects women from pregnancy through the postpartum period, which can extend up to two years. Our findings suggest that providing support for breastfeeding during pregnancy and the postpartum period through education and practical assistance, and if possible, assisting the mother in both hospital and home settings during infant care, could potentially reduce the risk of PPD.

Key Words: Postpartum Depression, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Postpartum Depression Risk Factors

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Postpartum depresyon (PPD), yeni doğum yapan lohusaların %10-15 kadarında görülen genel bir sağlık sorunudur (1-3).

Hamilelik ve doğum sonrası dönem, kadınlarda depresyon sorunlarını ve psikiyatrik bozukluklara yatkınlığı artıran bir dönemdir (4).

Bu dönem, daha önce hiç olmayan psikiyatrik sıkıntıların ortaya çıktığı veya remisyon dönemine giren bir psikiyatrik rahatsızlığın relaps ile seyrettiği riskli bir dönemi temsil ediyor. Bu süreçte en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biri postpartum depresyon olarak bilinir. PPD' da yaşanan depresif duygudurum, zihinsel ve fiziksel enerji kaybına yol açar. Bu durum iş performansında azalmaya ve çevreye olan ilgi ve istekte azalmaya neden olarak kadının ev, iş ve sosyal hayatını olumsuz etkiler, kişinin yaşam kalitesini düşürür (4). Ayrıca PPD, anne ile çocuk arasındaki iletişimi etkileyerek anne-bebek bağını olumsuz etkiler. Bu süreç hem annenin hem de bebeğin gelişimini birçok yönden olumsuz etkileyebilir (4). Bu zaman dilimi yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik değişimlerle dolu olan kadının hayatında önemli bir dönemi ifade eder. Anne adayları için hassas olan bu süreç, bir kadının hayatında en çok psikiyatrik destek ihtiyacını duyduğu dönemdir (5).

Görülen belirtiler kişiden kişiye değişebilir, ancak genellikle mutsuzluk, kendini yetersiz hissetme, başarısızlık duygusu, iştah kaybı, eskisi kadar zevk alamama, olaylara ve insanlara karşı ilgi kaybı, düzensiz uyku düzeni, günlük aktivitelerde zorlanma, odaklanma sorunları, dikkat dağınıklığı ve bebeğe bağ kurmada zorlanma şeklinde ortaya çıkabilir. Ayrıca kendine ve bebeğine zarar verme isteği de olabilir (6).

Bu semptomlar annenin bebeğin ihtiyaçlarını kavrama yetisini ve sorumluluk bilincini azaltabilir (7).

Postpartum depresyon, anne, bebek ve aile için zararlı olabilir, bu nedenle özel bir yaklaşım gerektirir. Postpartum depresyonda anne ile bebek arasındaki ilişki ciddi şekilde bozulur. Depresif annelerin çocukları, sağlıklı bir duygusal bağ kuramadıkları için bilişsel fonksiyonların yanı sıra duygusal ve davranışsal sorunlar yaşarlar (8). Sonuç olarak, doğum öncesi depresyonun teşhisi ve tedavisi çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Postpartum dönem, kadınların mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönem olduğundan, depresyona giren bazı kadınlar, bu nedenle belirtilerini saklamak zorunda hissedebilir. Bu durum ise postpartum depresyonun tanı almasını zorlaştırabileceği için gebe ve lohusa izlemlerinde postpartum depresyon unutulmaması gereken önemli bir konudur (9).

Bu çalışmadaki amaç, kliniğimizdeki postpartum hastalarda postpartum depresyon oranını belirlemek, postpartum depresyonu etkileyen risk faktörlerini tespit ederek postpartum depresyon konusunda farkındalık oluşturmak ve postpartum depresyonun erken teşhis edilip kalıcı hasarlar vermeden tedavisinin planlanmasına olanak sağlamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon, fiziksel işlevlerde yavaşlama, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık ve intihar düşüncesi içeren fiziksel ve duygusal bir durumdur (10).

Depresyon, neden ortaya çıktığı, nasıl ilerlediği ve nasıl tedavi edildiği oldukça karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyonu anlamak ve tanımlamak için onun bir sendrom olduğunu bilmek çok önemlidir. Depresyon, sadece ruhsal yorgunluktan ibaret değildir. Aslında, depresyon olarak adlandırılan belirtiler ve bulguların toplamıdır. Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durumunda, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık ve intihar gibi duygu ve düşünceleri ve fiziksel işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler gösteren bir durumdur. Bu sendromun birçok belirtisi duygusal ve bilişsel alanlarla ilgilidir. Bu belirtiler hafif seviyeden şiddetli seviyeye kadar değişebilir (11-12).

2.1.1. Depresyon DSM-V Tanı Kriterleri

DSM-V(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'e göre Depresyon Tanı Kriterleri:

İki hafta boyunca aşağıda belirtilen belirtilerin en az 5 tanesi görülmelidir ve işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması gerekmektedir. Bu belirtilerin en az bir tanesi çökkün duygu durum veya kişinin ilgi yitimi ya da zevk almama durumu ile ilgili olmalıdır.

1. Kişinin kendi bildirdiği ya da başkalarınca gözlemlenebilen, yaklaşık gün boyu süren ve hemen her gün devam eden depresif duygu durum

2. Kişinin kendi bildirdiği ya da başkalarınca gözlemlenebilen, hemen her gün ve yaklaşık gün boyunca süren etkinliklere olan ilginin gitgide azalması ya da bu etkinliklerden zevk almama

3. Kişinin istemsiz bir şekilde ve önemli sayılabilecek derecede (1 ay içerisinde ağırlığının %5'i kadar) kilo alması ya da vermesi durumu ya da yaklaşık olarak her gün devam eden yemek yeme durumunda yaşanan isteksizlik

4. Yaklaşık olarak her gün devam eden uyku problemlerinin yaşanması (uykusuzluk ya da aşırı uyku hali)

5. Yaklaşık olarak her gün ajitasyon ya da retardasyon

6. Yaklaşık olarak her gün yaşanan bitkinlik hali ve kişinin kendisini enerjik hissedememe durumu

7. Uygunsuzluk, değersizlik ya da suçluluk duygularının (sanrısal olabilir) yaşanması ve bu durumun hemen her gün yaşanması

8. Neredeyse her gün yaşanan odaklanma eksikliği ve karar vermede yaşanan güçlük

9. Tekrarlayan ölüm düşüncesi veya tekrarlayan intihar düşünceleri ya da girişimi (13).

2.1.2. Depresyon Sınıflandırması

Farklı klinik tabloları bulunan depresif bozukluğun alt grupları şunlardır:

1. Distimik bozukluk
2. Major depresif bozukluk
3. Premenstrüel disforik bozukluk
4. Yıkıcı duygu-durumu düzenleyememe bozukluğu
5. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
6. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
7. Tanımlanmamış depresif bozukluk
8. Diğer belirtilen depresif bozukluk

Psikiyatrik tanı sistemlerinde doğum sonrası depresyon veya postpartum depresyon şeklinde ayrı bir klinik tanı bulunmamaktadır ancak gebelikte ve gebelikten sonra görülen depresyon, majör depresif bozukluk başlığı altında yer almaktadır (14).

2.2. Postpartum Dönem

Tıp Terimleri Sözlüğünde "doğumdan sonra" anlamına gelen Latince "postpartum" terimi bulunur. Bu nedenle, postpartum dönem, doğum bitimiyle başlayan ve altı ila sekiz hafta devam eden, üreme sisteminin ve organlarının gebelik öncesi durumuna mümkün olduğunca kısa sürede geri döndüğü süreye denir (15).

Postpartum dönem 3 evreye ayrılır:

1. Doğum bitiminden sonraki ilk 24 saat
2. Doğum sonrası ilk haftayı kapsayan erken doğum sonrası
3. Doğum sonrası ikinci haftadan başlayıp altı veya oniki haftayı kapsayan geç doğum sonrası (16).

Başka bir tanımda ise Postpartum Dönem yine 3'e ayrılmakla birlikte zaman aralıkları değişmektedir:

1.Başlangıç Dönemi: İlk 6-12 doğum sonu saat

2.İkinci Dönem: 2-6 haftalık süreç

3.Üçüncü Dönem: 6 aya kadar devam eden dönem (17).

2.3. Postpartum Dönemdeki Psikolojik Değişiklikler

Postpartum dönemde zaman içerisinde anne fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak değişir (18). Gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere birçok kadın kolayca uyum sağlarken, bazı kadınlarda ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler gelişebilirken, bazılarında hastaneye kaldırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilir (19).

Postpartum dönemde ebeveynler, bebeklerine bakım desteği vermek, güvenli bir ortam sağlamak, onlarla iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili sorunlarla başa çıkmak zorundadır. Sonuç olarak, doğumdan sonraki süreç bir aile için aşılması güç zorluklara neden olabilir (20).

Annelik hüznü (postpartum blues), postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon) ve postpartum psikoz, postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının üç ana grubudur. Bu gruplar, belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılır (19, 21).

Psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması ve şiddetlenmesi konusunda, doğum sonrası dönem daha riskli bir dönemdir. Çoğu kadın, hamilelik ve doğum sırasında meydana gelen fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimlere kolayca alışabilir, ancak bir kısmı hafif, orta ya da şiddetli düzeylerde psikolojik sorunlar yaşayabilir (22). Annenin duygudurumu, doğumla birlikte artan progesteron ve östrojen düzeylerinin doğumla birlikte hızlıca düşmesi, doğum sonrasında tiroid stimülan hormonunun (TSH) azalması sonrası tiroksin seviyesinin düşmesi gibi hormonal değişiklikler ve postpartum dönemde meydana gelen bazı fizyolojik ve anatomik değişiklikler nedeniyle değişebilir (23).

Postpartum hüzün, postpartum depresyon ve postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların üç kategorisidir. Bu gruplar dışında ayrıca yapılan araştırmalara göre, hamile kadınlar doğumdan sonra obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirebilir (24).

Bu dönemde en sık görülen ruhsal bozukluklar Tablo 1’ de özetlenmiştir.

Tablo 1: Postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar

Hastalık	Ortaya çıkması	Süre	Tedavi
Annelik hüznü	Doğum sonrası 2-3 gün	1 hafta - 10 gun	Tedavi gerektirmez
Postpartum depresyon	Doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde	Hafta - aylar	Tedavi gerekir
Postpartum psikoz	Doğum sonrası 2 hafta içerisinde	Hafta - aylar	Hastaneye yatış gerekir

2.3.1. Annelik Hüznü (Maternity Blues, Postpartum Blues, Baby Blues)

Postpartum dönemdeki kadınların %15-84'ü, postpartum dönemde en yaygın sorunlardan biri olan annelik hüzününü yaşayabilir. Doğumdan sonra iki ila dört gün arasında görülmeye başlar. İki gün veya iki hafta sürer. Hormonal değişikliklerin etkilediği bu durum, östrojen ve progesteron hormonlarının düşmesiyle eş zamanlıdır. Annelik hüznünde intihar düşüncesi yoktur. Kaygı, üzüntü, kötü uyku, ağlama nöbetleri ve sinirlilik hali vardır. İlaç tedavisine ihtiyaç olmadan genellikle yardım ve güven duygusu aşılanması sonrası iyileşme görülür (25, 26).

2.3.2. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz; halüsinasyon ve sanrılar, konfüzyon, tuhaf davranışlar ve deliryum gibi psikotik belirtilerin hızlı başlangıcıyla karakterize bir hastalıktır. Postpartum psikoz, tıbbi bir acil durumdur ve tipik olarak hastaneye yatış ve hızlı müdahale gerektirir. Postpartum psikoz, her 1000 doğumda 1 ila 2 kişide görülen nadir bir durumdur. Annelik hüzününden ve postpartum depresyondan önemli ölçüde daha az görülür (27).

Doğum sonrası psikoz için risk faktörleri arasında doğum öncesi psikoz, bipolar bozukluk veya şizofreni, şizoaffektif bozukluk, ailede doğum öncesi psikoz hikayesi, ilk doğum ve gebelik sırasında psikiyatrik ilaçların kesilmesi yer almaktadır (28, 29).

2.3.3. Postpartum Depresyon

2.3.3.1. Tanım

Bebek sahibi olmak, kadınlar için çok önemli bir durumdur ve partnerler arasındaki ilişki de dahil olmak üzere birçok alanda farklılıklar yaratmaktadır (30). Sonuç olarak, doğumdan sonraki süreç anne adayı için zorlayıcı olabilir ve çeşitli ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (31). Duygu durumundaki küçük değişikliklerden postpartum psikoza kadar, postpartum duygusal çalkantılar çok farklı seviyelerde olabilir. Bununla birlikte, "doğumdan sonraki bir yıl içinde gelişen depresif bir rahatsızlık" olarak bilinen PPD, bu dönemde en sık görülen doğum sonrası komplikasyonlardan biridir ve her 7 lohusadan birinde görülebilir (32-34). PPD için en tehlikeli dönem doğumdan sonraki ilk 6 aydır (35). Bununla birlikte, PPD doğumdan sonraki ilk yılda ortaya çıkabileceğinden, taranması ve takibi gereken önemli bir toplum sağlığı sorunudur (36).

PPD, diğer depresyon türlerinden ortaya çıktığı zaman dilimi bakımından ayrılmaktadır (37). PPD, DSM-V'te gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde semptomlar gösteren depresyon hastalığı olarak tanımlandı (38). Alternatif olarak, ICD-10, doğumdan altı hafta sonra başlayan depresyonu "postpartum depresif epizod" olarak adlandırır. Bununla birlikte, birçok çalışmada bu süre, doğumdan sonraki ilk üç ila on iki ay arasındaki bir süre olarak da tanımlanmıştır (39).

Gebelik ve doğum sonrası döneme özgü hormonal değişiklikler dışında PPD'nin majör risk faktörleri MDB (Major Depresif Bozukluk) ile benzerdir. MDB zaten yeti kaybına neden olan bir hastalık iken, kadının yeni doğmuş bebeğinin sorumluluğunu alması ve aynı zamanda başka çocuklarının olması ya da çalışması gibi sorumluluklarının da olması gerektiği düşünüldüğünde, bu yeni anne için önemli ve zorlu bir süreç haline gelmektedir (34).

Bu durumda, gebelik sırasında ve gebelik sonrası dönemde depresyona neden olabilecek faktörlerin farkında olunması gerekir. Ayrıca, bu risk grubuna

giren anneler yakından izlenmelidir. Erken tanı ve tedavi, hem annenin fiziksel ve zihinsel sağlığı hem de anne-bebek ilişkisi üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (40).

2.3.3.2 Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

PPD'a yatkın anneleri erken dönemde teşhis etmek ve tedavi etmek, hastalığın uzun dönemde meydana gelebilecek olumsuz etkilerini en aza indirmek için faydalı olacaktır. Bu nedenle, postpartum depresyona neden olabilecek tehlikeli unsurların farkında olmak ve risk altında olan anneleri yakından takip etmek çok önemlidir (41).

Postpartum depresyon, biyolojik, psikososyal, obstetrik ve pediatrik faktörlerin yanı sıra kültürel faktörlerin bir sonucu olarak meydana gelen karmaşık bir dönemdir. Risk faktörleri arasında yaş, eğitim seviyesi, evlilik durumu, stresli yaşam, sigara ve alkol kullanımı, doğum sonunda meydana gelen hormonal dalgalanmalar, önceki gebeliklerde PPD veya annelik hüzününün olması ve ailede psikopatoloji geçmişi yer alır (42).

Risk faktörlerini belirlemek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bunların en ayrıntılı ve kapsamlı olanı, Beck'in 2001 yılında PPD'nin risk faktörlerini inceleyen meta analiz çalışmasıdır. Bu çalışma, 1974'ten 1994'e kadar yapılan 44 çalışmayı derlemiştir. Postpartum depresyona neden olan risk faktörlerini orta ve küçük/az etkili olarak kategorize etti. Orta etkili risk faktörleri arasında prenatal anksiyete ve depresyon, çocuk bakımıyla ilgili stres, önceden depresyon öyküsünün olması, sosyal desteğin eksikliği, annelik hüzününün olması, stresli yaşam, kötü evlilik ilişkileri, bebeğin huzursuzluğu ve düşük benlik saygısı gibi faktörlerden oluşmaktadır. Evlilik durumu, istenmeyen ya da planlanmayan gebelik ve sosyoekonomik durum gibi faktörler ise düşük etkili risk faktörlerindendir. Bu faktörler arasında en güçlü olanları düşük benlik saygısı, prepartum anksiyete, prepartum depresyon ve çocuk bakımıyla ilgili stres yer alır (43).

2.3.3.3. Postpartum Depresyon Tanısı

Postpartum majör depresyon tanısında kullanılan DSM-5 kriterleri, nonpuerperal majör depresyon tanısında kullanılan kriterlerle aynıdır (38, 44). Doğumdan sonraki on iki ay içinde başlayan depresyon klinik pratikte "doğum sonrası depresyon" olarak adlandırılır (45).

Postpartum depresyon, DSM-5'te ayrı bir tanı olarak değerlendirilmez; bunun yerine, hastalara doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan depresif ataklar için "peripartum başlangıçlı" belirteci ile birlikte majör depresyon tanısı konulur (38). Doğumdan sonraki dört haftadan daha uzun bir süre sonra ortaya çıkan postpartum depresyon atakları için, DSM-5'de herhangi bir tanımlama mevcut değildir. Dünya Sağlık Örgütünün oluşturduğu ICD-10'da sınıflandırılamayan postpartum depresyon tanısı mevcut olsa da, ICD-10 bu tanının kullanımını teşvik etmemektedir ve hatta klinisyenleri doğumdan bağımsız epizotlar için kullanılan kriterlere göre bir depresif bozukluk tanısı koymaları yönünde cesaretlendirmektedir (46).

2.3.3.4. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin %60'ında bu durumun ilk depresyon atağı olduğu bulundu (47). Postpartum depresyon (PPD) hastaların %80' inde doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde olmak üzere, doğumdan sonraki 2 ila 3 hafta içinde sinsice başlar, ancak başlangıç zamanı 1 ila 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar boyunca yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da geriler. Doğumdan sonraki dördüncü ve beşinci aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir ilişki bulunamayabilir. PPD belirtileri 6 ila 9 ay sürebilir (48-49).

Doğum sonu depresyonundaki belirtiler majör depresyona benzerdir. Bunlar; ‘‘kendini değersiz hissetme, anksiyete ve panik ataklar, suçluluk duygusu, ağlama epizotları ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlama, ajitasyon ya da hiperaktivite, iştah bozuklukları (yetersiz beslenme veya gereğinden fazla yeme),

uyku bozuklukları, düşüncelerde karmaşıklık ve unutkanlık, emosyonel dengesizlik, öfke duygusu, umutsuzluğa kapılma ve yetersiz hissetme, ölüm ve intihar ile ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yetisinde azalma, keder, düşmanlık, enerji ve motivasyon eksikliği, yoğun hüzün, yalnızlık, korku, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yetersizlik ve kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz görme, içe kapanma, cinsel arzuda azalma, kötü hafıza, bebeğe karşı ilgisizlik, bebeği için endişelenmeme, bebeğe zarar verme'' ile ilgili düşüncelerdir (48, 50-54).

Doğum sonrası depresyonu, annelik hüznünden ve diğer depresyon türlerinden klinik olarak ayırt etmek zor olabilir. Diğerlerinden farklı olarak, postpartum depresyonda bebeğe karşı olumsuz duygular ve aileye karşı ilgisizlik ön plandadır (51). Bir çalışmada, postpartum depresyonu postpartum uyum süreci reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla, uyku ve beslenme bozuklukları, kilo kaybı ve cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebileceği ortaya çıktı; ancak duygu durum bozukluğu, enerji kaybı, işe odaklanamama, ilgi ve istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresyondan muzdarip annelerde görüldüğü keşfedildi (48).

İntihar düşüncesi ya da majör fonksiyonel bozukluk (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar gösteren kadınlar, yavaş gelişen bir depresif sürecin olup olmadığı veya semptomların gerileyip gerilemediğinin takibi için dikkatlice izlenmelidir (50, 55). Postpartum depresyonun, duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100 kadar tekrarlama riski vardır. (48-49).

2.3.3.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi

Tedavide, hipotiroidizm ve Sheehan sendromu gibi organik hastalıkların dışlanması önceliklidir. Bu, ayrıntılı bir öykü, klinik ve fiziksel değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle gerçekleştirilir. Ayrıca belirtilerin erken tanınması ve tedaviye hemen başlamak çok önemlidir. Erken tanı konulmazsa ve etkili bir tedavi

uygulanmazsa belirtiler uzun süreli hale gelir ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (48).

Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum süreçte ilk iki haftadan daha uzun süren duygusal yakınmalar, doktoru depresif semptomlar hakkında daha fazla araştırma yapmaya teşvik etmelidir (53).

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvulzif tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir (4, 48).

Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde puerperal dönem dışındaki tedavi ilkeleri geçerli olsa da, postpartum psikiyatrik bozuklukların farklı psikososyal ve gelişimsel yönleri vardır. Yapılan araştırmalar, bireysel danışmanlık ve psikoterapötik tedavilerin postpartum depresyon tedavisinde oldukça etkili olduğunu göstermiştir (4).

Postpartum depresyonun bireysel ve grup tedavilerinde, annelerin kendine olan güvenini yeniden kazanmak, desteklemek ve bilgilendirmek temel unsurlardır. Ayrıca, postpartum depresyon sürecini yaşayan annenin istirahat etmesi, ailesinin ona destek vermesi ve tedavi süresince anne ve bebeğin birbirinden uzak tutulması çok önemlidir. Psikoterapötik yöntemler postpartum depresyonda kullanılırken, hastanın kalıtsal, yapısal ve gelişimsel özellikleri, önceki toplumsal zorluklar, nesne yitimi ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi gerekir. Kendini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerinin doğru olmadığı gösterilmelidir. Aynı zamanda, değiştirebileceği gerçeklerle yüzleşmesine veya değiştiremeyeceklerine uyum sağlamasına da yardımcı olunmalıdır (23).

Bu hastalara antidepresan tedaviye başlamak da uygun bir yaklaşımdır. Tedavi için ilk seçenek selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlardır. Bu ilaçların toksik etkileri diğer ilaçlara nazaran daha düşüktür. Tedavi sırasında, hastanın daha önce iyi yanıt verdiği herhangi bir antidepresan ilaç grubu da dikkate alınmalıdır. Trisiklik antidepresanlar, uyku sorunları olan annelerde iyi bir alternatif olabilir. Doğum sonrası kadınlar ilaçların yan etkilerine duyarlı

oldukları için önerilen dozun yarısı ile başlanmalıdır. Hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde doz yavaş yavaş artırılmalıdır (23).

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme çok önemlidir. Emzirmek bebeği en iyi şekilde besleyecek besin kaynağı olduğundan emzirmeyi bırakmak, anne üzerinde daha fazla sosyal baskı ve suçluluk yaratacaktır. Bununla birlikte, tüm antidepresanlar süte az miktarda geçebilir. EKT ise, postpartum depresyon sürecini ağır geçiren emziren annelerde başarıyla uygulanan ve bebeğe herhangi bir tehlike oluşturmayan bir tedavi seçeneğidir (53).

2.3.3.6. Postpartum (Perinatal) Depresyon Taraması

Dünya Sağlık Örgütü yakın zamanda depresyon taraması yaptırmanın peripartum doğum öncesi tedavilerin bir parçası olmasını önerdi. Doğrudan söylemek gerekirse, doğumla ilgili depresyon halk sağlığı ile ilgili bir sorundur ve bilimsel araştırma gerektirir (56). Genel popülasyonda depresyon taraması için klinik uygulama kılavuzları, doğru tanı, etkili tedavi ve takip için yeterli kapasiteye sahip sistemler için bu tür erken müdahale yaklaşımını önermektedir. Bu nedenle, birçok ülke, erken doğum depresyonu rutin olarak tanımlamayı ve bu önemli zaman aralığında annelerin zihinsel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için uygun şekilde müdahale etmeyi amaçlayan programlar veya klinik uygulama kılavuzları geliştirmiştir. Perinatal depresyon tarama programlarının hem olumlu hem de olumsuz yönleri geniş bir şekilde tartışılırken, maternal ruh sağlığı hizmetlerinde bu yaklaşıma ilgi ivme kazanmaktadır (57).

Gebelik sonrası yaşam kalitesinin postpartum depresyon ile kötüleşmesini önlemek için postpartum depresyon semptomlarını erken fark etmek ve semptomlar kronikleşmeden tedavisine erken başlamak önemlidir. Annenin yaşam kalitesinde azalma, özellikle çocuğuyla olan ilişkilerinde kötü bir etkiye sahiptir.

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin çoğunun depresyonda da görülmesi nedeniyle tanı koymak genellikle zordur (58). Bunlar halsizlik, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve cinsel ilgide azalma gibi belirtilerdir. Başlangıcı

sinsi olan postpartum depresyon, hafif veya orta şiddetteyken atlanabilir. Postpartum depresyon uzun süre devam ederse hastaneye yatmayı gerektirebilir (58). Tedavi edilmeyen postpartum depresyonun hem kısa hem de uzun dönemde zararlı sonuçları vardır.

Kısa süreli postpartum depresyon yaşayan annelerin emzirme gibi temel bakım uygulamalarında daha başarısız olmaları ve çocuğun sağlık kontrolleri de dahil olmak üzere güvenlik önlemleri konusunda isteksiz ve ihmalkar olmaları muhtemel sorunlardan biridir (59). Postpartum depresyon geçiren annelerin bebeklerinde beslenme bozuklukları ve büyüme geriliği başta olmak üzere gastrointestinal sistem ve solunum sistemi ile ilgili sorunların daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (60). Doğum sonrası depresyonun erken teşhisi, olumsuz sonuçları azaltmak için çok önemlidir (61).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ):

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, doğum sonrası dönemde depresyon riski ve gidişatının değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan on soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği dörtlü likert tipinde bir ölçektir. Cox ve ark. tarafından 1987'de de geliştirilmiştir (62). 1996'da Engindeniz, Türkçe uyarlamasının geçerliliğini ve güvenilirliğini incelemiş ve kesme puanını 12/13 almıştır. Özgüllük değeri 0,88 ve duyarlılık değeri 0,84 olarak hesaplanmıştır (56). Ölçekteki 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan değerlerle şiddet 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlamaya sahiptir. 1., 2. ve 4. maddeler ise giderek artan 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlamaya sahiptir. Ölçeğin toplam puanı, maddelere verilen yanıtlara göre puanlandırılır. Edinburgh postpartum depresyon ölçeğinde en düşük puan sıfırdır ve en yüksek puan otuzdur. 1996 yılında Ergindeniz ve ark., ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısının 0.79 olduğunu buldu (63-64).

Postpartum depresyonu taramak ve değerlendirmek için altın standart bir yöntem yoktur. Bununla birlikte, Birleşik Krallıkta Edinburgh postpartum

depresyon ölçeği en sık kullanılan tarama yöntemidir. Böylelikle uzmanlar, Edinburgh postpartum depresyon ölçeğinde bir kesme puanı belirleyip bunun üzerinde puan alan bireyleri daha ayrıntılı değerlendirebilir (61).

Beck Depresyon Envanteri:

1961 yılında Beck A.T., Beck depresyon envanterini oluşturdu. Hisli N. 1969'da Türkçe uyarlamasının geçerliliği ve güvenilirliği üzerine çalışmasını tamamladı. Ölçeğin toplam altı alt boyutu vardır: Umutsuzluk (9 madde; depresif ruh durumu), kişinin kendisine yönelik olumsuz duyguları boyutu (3 madde; kendini suçlama), bedensel kaygılar boyutu (2 madde; bedensel imaj), suçluluk duygulanım bozuklukları (2 madde; suçluluk duyguları), yorumlanmayan boyut (4 madde; uyku bozukluğu). Beck depresyon envanteri, 21 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. 0 depresyonla ilgili olumlu düşünceleri ifade ederken, 3 depresyonla ilgili olumsuz düşünceleri içermektedir. Bu ölçekte en düşük 0, en yüksek 63 puan elde edilebilir. Ölçeğin kesme noktası olarak 17 puan ve üstü kabul edilir. 10-16 puan arası hafif düzeyde depresif belirtiler, 17-29 puan arası orta düzeyde depresif belirtiler. 30-63 puan arası şiddetli depresif belirtiler olarak kabul edilir (65).

Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği:

Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği otuz beş maddeden oluşan yedi boyutlu bir öz bildirim ölçeğidir. Bu, annenin doğum sonrası duygu durumunu değerlendirmek için kullanılır. Son iki haftadan beri, annelerin duygularını en iyi şekilde ifade ettikleri durumu 1 puan (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 puan (kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirmesi istenmektedir. Alınabilecek puan aralığı 35 ila 175 puan arasında değişen bir ölçektir. Depresyon için kesme noktası 60'tır ve ölçek 35 ile 175 puan arasında değişmektedir (66).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tek merkezli retrospektif klinik çalışmada, 1 Temmuz 2022 ile 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği' ne başvurup doğum yapan ve postpartum birinci ay kontrolünde hastanemize başvurup EPDÖ formu doldurulan lohusalar arasından rastgele seçilen, 18-45 yaşları arasında ve 28-41 gestasyonel haftaları arasında olan 334 lohusa, hasta grubuna dahil edildi.

Etik kurul onayı, T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15 Ağustos 2023 tarih ve 4041 karar numarası ile alındı ve çalışmamız Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yapıldı.

Sistem bilgileri ve postpartum birinci ay kontrolünde sistemdeki EPDÖ formu eksiksiz doldurulmuş rastgele seçilen lohusaların verileri kaydedildi. Ölçekten 13 ve üzeri puan alan lohusalar postpartum depresyon grubuna dahil edildi, 12 ve altı alanlar ise postpartum depresyonu olmayan grup olarak değerlendirildi.

Hastane sisteminden lohusaların demografik özellikleri olan yaş, kilo, boy, doğumdan önceki çocuk sayısı, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, gebelik planlaması, bebek bakım desteği, gebelikte sigara ve alkol kullanımı gibi özelliklerin yanı sıra bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, doğum haftası ve ağırlığı, emzirme durumu, gebeliği sırasında hiperemezis gravidarum tanısıyla hastaneye yatış öyküsü, gebelikten önce depresyon öyküsü, gebelikten önce premenstrüel sendrom öyküsü, doğumdan sonra en az 1 hafta boyunca yenidoğan yoğun bakım desteği varlığı, doğumda komplikasyon(anal sfinkter hasarı, omuz distosisine bağlı fraktür vb.) varlığı, doğum sonrası komplikasyon(postpartum atoni öyküsü, yara yeri enfeksiyonu vb.) varlığı, gebelikte hipotiroidizm tanısıyla tiroid hormon replasmanı yapılması, annenin gebelik sürecinde diyabet varlığı ve buna bağlı olarak insülin kullanımı, annenin gebelik sürecinde hipertansiyon varlığı ve

buna bağlı antihipertansif kullanımı açısından tarandı, veriler olgu rapor formuna kaydedildi. Sistemde eksik olan hasta verilerine, hastalar telefonla aranarak ulaşıldı. Verileri tamamlanamayan hastalar gruptan çıkarıldı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

• 1 Temmuz 2022 - 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında doğum yapan,

• Hastanemizde doğum yapıp postpartum birinci ay kontrolü için hastanemize başvuran,

• 18-45 yaş arası,

• Postpartum birinci ay kontrolünde EPDÖ formu eksiksiz olarak doldurulan,

• Hastane elektronik dosya sisteminden ve telefon aracılığıyla taranan bilgilerine eksiksiz olarak ulaşılabilen lohusalar

Çalışmadan dışlama kriterleri

• Kliniğimize doğum takibi açısından interne edilen ve doğum yapan 18 yaş altı ve 45 yaş üstü,

• Kliniğimizde doğum yapıp postpartum birinci ay kontrolüne hastanemize başvurmayan,

• Postpartum birinci ay kontrolünde EPDÖ formu doldurulmamış,

• Hastane elektronik dosya sisteminden ve telefondan, taranan bilgilerine eksiksiz olarak ulaşılamayan lohusalar

İstatistik Metot

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı

ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum olarak verildi.

Depresyon Ölçeği Puanı normal dağılım koşulu sağlandığında bağımsız iki grup arasında karşılaştırmaları Student-t Test koşul sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi, sağlanmadığında Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. Ölçeği belirleyici faktörler Lineer regresyon Analizi ile araştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışma 01.07.2022 ile 01.07.2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan ve postpartum birinci ay kontrolünde hastanemize başvuran toplam 334 lohusa üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olup, lohusaların yaş ortalaması 28,8±6,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Tüm Grubun Demografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	28,8±6,5 / 18-45 (28)
Kilo (kg)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	91,6±7,1 / 68-117 (92)
Boy (cm)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	165,2±8,4 / 150-182 (164)
Doğum Haftası	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	38,0±2,4 / 28-41 (39)
Doğum Kilosu (g)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	3156,7±546,0 / 950-4300 (3225)
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	n (%)	46 (13,8)
Doğum Şekli	**NSD** n (%)	188 (56,3)
	CS n (%)	146 (43,7)
Gestasyonel Diyabet	n (%)	77 (23,1)
İnsülin Kullanımı	n (%)	22 (6,6)
Gestasyonel Hipertansiyon	n (%)	72 (21,6)
Antihipertansif Kullanımı	n (%)	42 (12,6)
Çocuk Sayısı	n (%)	1,6±1,5 / 1-6 (2)
Sosyo-Ekonomik Düzey	**Düşük** n (%)	113 (33,8)
	Orta n (%)	170 (50,9)
	Yüksek n (%)	51 (15,3)
	Okuryazar Değil n (%)	33 (9,9)

Eğitim Düzeyi	**İlkokul** n (%)	84 (25,1)
	Lise n (%)	167 (50,0)
	Üniversite n (%)	50 (15,0)
Emzirme	n (%)	274 (82,0)
Çalışan Anne	n (%)	106 (31,7)
Bebek Cinsiyeti	**Erkek** n (%)	161 (48,2)
	Kız n (%)	173 (51,8)
Planlı Gebelik	n (%)	234 (70,1)
HEG Nedeniyle Hastaneye Yatış	n (%)	23 (6,9)
Bebek Bakım Desteği	n (%)	260 (77,8)
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	n (%)	50 (15,0)
PMS Öyküsü	n (%)	66 (19,8)
Doğum Komplikasyonu	n (%)	28 (8,4)
Doğum Sonrası Komplikasyon	n (%)	34 (10,2)
Hipotiroidi Nedenli İlaç Kullanımı	n (%)	60 (18,0)
Gebelikte ve Öncesinde Alkol Kullanımı	n (%)	16 (4,8)
Gebelikte ve Öncesinde Sigara Kullanımı	n (%)	50 (15,0)
Depresyon Skoru	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	8,2±5,8 / 0-29 (7,5)
Depresyon	**Yok** n (%)	291 (87,1)
	Var n (%)	43 (12,9)

Tablo 2' deki verilerde araştırılan faktörlerin tüm lohusalar içerisindeki oranları gösteriliyor. Doğum haftası ortalama 38,0 iken, ortalama doğum kilosu 3156,7 olarak saptandı. Yenidoğan yoğun bakıma en az 1 hafta süreli yatış oranı %13,8 olarak tespit edildi. Doğumların %56,3'ü normal doğum olarak gerçekleşti. %70,1'i planlı olarak gebe kalan lohusaların %82'si emzirdiğini, %77,8'i bebek

bakım desteği aldığını belirtti. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği verilerine göre lohusaların %12,9'u 13 ve üzeri puan alarak postpartum depresyon açısından risk grubunda kabul edildi.

Tablo 3. Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

		Depresyon		
		Yok	**Var**	p
Yaş	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	28,6±6,2 18-45 (28)	30,2±8,1 18-45 (29)	0,280*
Kilo (kg)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	91,7±7,0 68-117 (92)	91,1±7,6 74-108 (91)	0,624*
Boy (cm)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	165,3±8,3 150-182 (165)	164,0±8,6 150-180 (164)	0,283*
Doğum Haftası	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	38,1±2,3 28-41 (39)	37,0±3,1 28-41 (38)	0,090
Doğum Kilosu (g)	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	3180,6±544,6 950-4300 (3255)	2995,0±534,0 1170-3780 (3040)	0,087
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	n (%)	38 (13,1)	8 (18,6)	0,025#
Doğum Şekli	**NSD** n (%)	169 (58,1)	19 (44,2)	0,087#
	CS n (%)	122 (41,9)	24 (55,8)	
Gestasyonel Diyabet	n (%)	66 (22,7)	11 (25,6)	0,673#
İnsülin Kullanımı	n (%)	19 (6,5)	3 (7,0)	1,000#
Gestasyonel Hipertansiyon	n (%)	62 (21,3)	10 (23,3)	0,772#
Antihipertansif Kullanımı	n (%)	36 (12,4)	6 (14,0)	0,770#
Çocuk Sayısı	Ort.±SD / Min-Maks (Median)	1,3±1,4 1-6 (1)	2,1±1,6 1-6 (2)	0,033#*
Sosyo-Ekonomik Düzey	**Düşük** n (%)	94 (32,3)	19 (44,2)	0,097#
	Orta n (%)	151 (51,9)	19 (44,2)	
	Yüksek n (%)	46 (15,8)	5 (11,6)	
Eğitim Düzeyi	**Okuryazar Değil** n (%)	28 (9,6)	6 (14,0)	0,017#
	İlkokul n (%)	73 (25,1)	12 (27,9)	
	Lise n (%)	146 (50,2)	20 (46,5)	

	Üniversite n (%)	44 (15,1)	5 (11,6)	
Emzirme	n (%)	242 (83,2)	30 (69,8)	0,023#
Çalışan Anne	n (%)	92 (31,6)	14 (32,6)	0,901#
Bebek Cinsiyeti	**Erkek** n (%)	141 (48,5)	20 (46,5)	0,812#
	Kız n (%)	150 (51,5)	23 (53,4)	
Planlı Gebelik	n (%)	208 (71,5)	26 (60,5)	0,141#
HEG Nedeniyle Hastaneye Yatış	n (%)	20 (6,9)	3 (7,0)	1,000#
Bebek Bakım Desteği	n (%)	230 (79,0)	30 (69,8)	0,172#
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	n (%)	38 (13,1)	9 (20,9)	0,011#
PMS Öyküsü	n (%)	57 (19,6)	9 (20,9)	0,836#
Doğum Komplikasyonu	n (%)	24 (8,2)	4 (9,3)	0,770#
Doğum Sonrası Komplikasyon	n (%)	29 (10,0)	5 (11,6)	0,786#
Hipotiroidi Nedenli İlaç Kullanımı	n (%)	52 (17,9)	8 (18,6)	0,907#
Gebelikte ve Öncesinde Alkol Kullanımı	n (%)	13 (4,5)	3 (7,0)	0,444#
Gebelikte ve Öncesinde Sigara Kullanımı	n (%)	42 (14,4)	8 (18,6)	0,474#

#Ki Kare Testi *__Mann Whitney U testi__

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden 13 ve üzeri puan alan lohusalar depresyon var, 12 ve altı puan alanlar depresyon yok olarak kabul edilerek yapılan istatistiksel analizlerde Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı olanlar olmayanlara göre, emziren anneler emzirmeyenlere göre, depresyon ve anksiyete öyküsü olanlar olmayanlara göre depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,025 p=0,023 p=0,011). Depresyon var olan lohusalarda çocuk sayısı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,033). Eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde depresyon var olanların oranının azaldığı, depresyon yok olanların oranının arttığı görüldü (p=0,017).

Tablo 4. Postpartum Depresyon Üzerinde Etkili Olabilecek Faktörlerin Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

	p	OR	95% C.I.	
Yaş	0,131	1,038	0,989	1,091
Doğum Haftası	0,099	0,861	0,769	1,264
Doğum Kilosu	0,089	0,999	0,999	1,000
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	0,027	1,492	0,207	0,910
Doğum Şekli	0,089	1,750	0,918	3,336
Gestasyonel Diyabet	0,674	1,172	0,560	2,451
İnsülin Kullanımı	0,912	1,074	0,304	3,793
Gestasyonel Hipertansiyon	0,772	1,119	0,523	2,396
Antihipertansif Kullanımı	0,770	1,149	0,453	2,913
Çocuk Sayısı	0,029	1,470	0,230	0,920
Sosyo-Ekonomik Düzey (Ref: Düşük)	0,302			
Orta	0,176	0,623	0,313	1,236
Yüksek	0,245	0,538	0,189	1,531
Eğitim Düzeyi (Ref: Okuryazar Değil)	0,977			
İlkokul	0,771	0,844	0,269	2,647
Lise	0,688	0,805	0,280	2,315
Üniversite	0,679	0,764	0,213	2,741
Emzirme	0,047	0,589	0,278	0,990
Çalışan Anne	0,901	1,044	0,527	2,070
Bebek Cinsiyeti	0,812	0,925	0,487	1,758
Planlı Gebelik	0,144	0,610	0,315	1,183
HEG Nedeniyle Hastaneye Yatış	0,980	1,016	0,289	3,576
Bebek Bakım Desteği	0,075	0,612	0,301	1,244
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	0,044	1,560	0,260	0,965
PMS Öyküsü	0,837	1,087	0,493	2,394
Doğum Komplikasyonu	0,816	1,141	0,376	3,464
Doğum Sonrası Komplikasyon	0,737	1,189	0,434	3,258
Hipotiroidi Nedenli İlaç Kullanımı	0,907	1,051	0,461	2,396
Gebelikte ve Öncesinde Alkol Kullanımı	0,476	1,604	0,438	5,876
Gebelikte ve Öncesinde Sigara Kullanımı	0,476	0,738	0,320	1,700

Depresyon saptanan hastalar için uygulanan tek değişkenli lojistik regresyon analizinde Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı, Çocuk Sayısı, Emzirme ve Depresyon ve Anksiyete Öyküsü istatistiksel olarak anlamlı faktörler olarak saptandı (p=0,027 p=0,029 p=0,047 p=0,044).

Tablo 5. Tablo 4' teki Tek Değişkenli Analizlerde p<0,250 Saptanan Değişkenlerin Çok Değişkenli Analizi

	p	OR	95% C.I.	
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	0,151	1,037	0,987	1,090
Doğum Haftası	0,091	0,825	0,660	1,031
Doğum Kilosu	0,608	1,000	0,999	1,001
Çocuk Sayısı	0,149	1,639	0,838	3,206
Emzirme	0,299	0,661	0,302	1,446
Planlı Gebelik	0,094	0,555	0,279	1,106
Bebek Bakım Desteği	0,244	0,645	0,308	1,349
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	0,044	1,793	0,239	0,968

Depresyon olan hastalar risk faktörlerini belirlemek için tek değişkenli analizlerde p<0,250 saptanan değişkenlerden oluşturulan çok değişkenli modelde ise depresyon ve anksiyete öyküsü istatistiksel olarak anlamlı faktör olarak saptandı (p=0,044).

Tablo 6. Depresyon Skoru ile Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

	Depresyon Skoru	
	r	p
Yaş	0,095	0,282
Kilo (kg)	0,013	0,815
Boy (cm)	-0,073	0,184
Doğum Haftası	-0,075	0,174
Doğum Kilosu (g)	-0,087	0,113
Çocuk Sayısı	0,295	<0,001
Sosyo-Ekonomik Düzey	-0,135	0,011
Eğitim Düzeyi	-0,225	<0,001

Tablo 6' daki veri analizleri sonucunda depresyon skoru ile çocuk sayısı ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (her ikisi için p<0,001). Toplanan veriler karşılaştırıldığında çocuk sayısı arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça depresyon skorlarının artma eğiliminde olduğunu gösteriyor.

Tablo 7. Postpartum Depresyon Skoru ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

		Depresyon Skoru					
		Mean	**SD**	**Min**	**Max**	**Median**	p
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	Yok	7,09	5,75	0	28	7	0,044
	Var	8,70	6,41	0	29	8	
Doğum Şekli	NSD	7,62	5,28	0	26	7	0,100
	CS	8,90	6,43	0	29	8	
Gestasyonel Diyabet	Yok	8,23	5,67	0	29	8	0,461
	Var	8,01	6,40	0	28	6	
İnsülin Kullanımı	Yok	8,17	5,69	0	29	8	0,493
	Var	8,32	7,82	0	28	6	
Gestasyonel Hipertansiyon	Yok	7,80	5,68	0	29	7	0,143
	Var	8,36	6,34	0	28	8	
Antihipertansif Kullanımı	Yok	7,94	5,73	0	29	8	0,278
	Var	8,44	6,60	0	25	5,5	
Sosyo-Ekonomik Düzey	Düşük	8,99	5,93	0	28	9	0,011
	Orta	7,84	6,04	0	29	8	
	Yüksek	7,49	4,67	0	26	7	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	8,42	6,15	0	22	8	<0,001
	İlkokul	7,79	4,79	3	26	7	
	Lise	7,12	5,50	0	28	7	
	Üniversite	6,86	7,49	1	29	6	
Emzirme	Yok	8,13	9,60	0	29	9	<0,001
	Var	6,62	4,53	2	27	6	
Çalışan Anne	Hayır	8,04	5,79	0	29	7	0,398
	Evet	8,47	5,94	0	28	9	
Bebek Cinsiyeti	Erkek	8,28	5,90	0	28	8	0,757
	Kız	8,07	5,79	0	29	7	
Planlı Gebelik	Hayır	8,94	6,21	0	28	8	0,040
	Evet	7,35	5,65	0	29	7	

HEG Nedeniyle Hastaneye Yatış	Yok	8,10	5,80	0	29	7	0,368
	Var	9,26	6,35	0	26	8	
Bebek Bakım Desteği	Yok	9,49	6,90	0	28	9	0,043
	Var	7,80	5,45	0	29	7	
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	Yok	7,45	5,61	0	29	7	0,030
	Var	9,44	6,90	1	28	9	
PMS Öyküsü	Yok	8,09	5,74	0	29	7	0,700
	Var	8,55	6,23	1	28	8	
Doğum Komplikasyonu	Yok	8,06	5,68	0	29	7	0,363
	Var	9,43	7,32	1	25	11	
Doğum Sonrası Komplikasyon	Yok	8,08	5,72	0	29	7	0,501
	Var	9,03	6,81	0	28	8	
Hipotiroidi Nedenli İlaç Kullanımı	Yok	8,16	5,88	0	29	8	0,727
	Var	8,23	5,68	0	25	7	
Gebelikte ve Öncesinde Alkol Kullanımı	Yok	8,14	5,80	0	29	7	0,863
	Var	8,81	6,75	1	26	8	
Gebelikte ve Öncesinde Sigara Kullanımı	Yok	8,15	5,73	0	28	7	0,907
	Var	8,34	6,49	0	29	8	

Tablo 7’ deki verilere bakarak Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı, Sosyo-Ekonomik Düzey, Eğitim Düzeyi, Emzirme, Planlı Gebelik, Bebek Bakım Desteği ve Depresyon ve Anksiyete Öyküsü gruplarında Depresyon Skoru düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,044 p=0,011 p<0,001 p<0,001 p=0,040 p=0,043 p=0,030). En az 1 hafta süreli yenidoğan yoğun bakım yatışı olan bebeklerin annelerinde olmayanlara göre, herhangi bir sebeple emzirmeyen annelerde emzirenlere göre, planlı gebelik olmayanlarda olanlara göre, lohusalık sürecinde herhangi bir bebek bakım desteği almayanlarda alanlara göre, depresyon ve anksiyete öyküsü olanlarda olmayanlara göre depresyon skoru istatistiksel olarak anlamlı olacak derecede yüksek tespit edildi. Sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon skorunun anlamlı olarak azaldığı görüldü.

Tablo 8. Tablo 6 ve 7' deki Tek Değişkenli Analizlerde p<0,250 Saptanan Değişkenlerin Çok Değişkenli Analizi

	B	Beta	p
Sabit	19,588		
Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı	1,240	0,123	0,012
Doğum Haftası	-0,460	-0,053	0,132
Doğum Kilosu (g)	0,000	0,015	0,869
Çocuk Sayısı	0,931	0,233	<0,001
Doğum Şekli	0,972	0,083	0,104
Gestasyonel Hipertansiyon	1,124	0,079	0,155
Sosyo-Ekonomik Düzey	-0,940	-0,069	0,110
Eğitim Düzeyi	-1,546	-0,223	<0,001
Emzirme	2,572	0,169	<0,001
Planlı Gebelik	-0,815	-0,030	0,140
Bebek Bakım Desteği	-1,059	-0,077	0,040
Depresyon ve Anksiyete Öyküsü	1,890	0,094	0,038
Bağımlı Değişken: Depresyon Skoru			

Depresyon Skoru risk faktörlerini belirlemek için tek değişkenli analizlerde p<0,250 saptanan değişkenlerden oluşturulan regresyon analizi modelinde Yenidoğan Yoğun Bakım Yatışı, Çocuk Sayısı, Eğitim Düzeyi, Emzirme, Bebek Bakım Desteği, Depresyon ve Anksiyete Öyküsü istatistiksel olarak anlamlı faktörler olarak saptandı (p=0,012 Beta=0,123, p<0,001 Beta=0,232, p<0,001 Beta=-0,223, p<0,001 Beta=0,169, p=0,040 Beta=-0,077, p=0,038 Beta=0,094).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda postpartum depresyon tarama oranı %12,9 olarak tespit edildi (EPDÖ kesme puanı 13 ve üzeri kabul edildi). 2005-2014 yılları arasında 42 ülkenin katıldığı, EPDÖ kesme değeri 12 ve üzeri alınan bir meta-analiz çalışmasında postpartum 1-3. ay sürecinde PPD' nun oranı %2-31 olarak bulundu (67). 2007-2008 yıllarında Gülnar ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği' ne göre kesme puanı en az 12 olan annelerin %35.4' ünde PPD bulunmuştur (68). Özcan ve ark. tarafından 2017 yılında yapılan bir meta-analize göre, 1999-2015 yılları arasında yapılan 51 çalışmanın sistemik derlemesi ile Türkiye'de PPD görülme sıklığı %24, gelişmiş şehirlerde %21 ve gelişmekte olan şehirlerde %25 idi (69). Keskin tarafından İstanbul'da yürütülen ve EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri olarak alınan çalışmada, 0-6 aylık çocukları olan 303 annenin sonuçları değerlendirilmiş ve PPD sıklığı %9,9 olarak bulunmuştur (70). Çalışmamızda Türkiye' de yapılan diğer araştırmalara göre postpartum depresyon sıklığının nispeten daha düşük olmasının en büyük nedeninin kesme puanını 13 ve üzeri kabul etmemiz olduğunu düşünüyoruz. Dahil edilme kriterlerinin farklı olması, popülasyon farklılıkları ve örneklem sayısı PPD sıklığına ilişkin literatürdeki çalışmalar arasında farklı sonuçlar üreten diğer faktörlerdir. Bizim çalışmamızda ise kesme puanı 12 ve üzeri olacak şekilde alındığında PPD oranının %22 olduğunu görmekteyiz.

PPD ile anne yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. 2012 yılında Göker ve ark. Manisa'da 318 kadında postpartum altıncı haftada EDDÖ uyguladıkları araştırmada, anne yaşı ile postpartum depresyon (PPD) riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (71). Ülkemizde yapılan iki araştırmada ise anne olma yaşı ile PPD'ye yakalanma riski arasında istatistiksel olarak negatif bir ilişki bulunmuştur (72-73). Çalışmamızda anne yaşıyla doğum sonrası depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda, 950 - 4300 gr arasında değişen doğum kilosu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Demir ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da bebeğin doğum ağırlığı ile PPD arasında bir ilişki olmadığı ortaya çıktı ve bu da bizim çalışmamızı desteklemektedir (74).

Doğum haftası ile PPD'nin ilişkisini inceleyen çok sayıda literatür çalışması mevcuttur. Ankara Gazi Üniversitesi tarafından yürütülen bir çalışma, preterm doğum ile PPD sıklığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki buldu (75). Ancak literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan başka araştırmalarda doğum haftasının PPD ile ilişkili bir tehdit oluşturmadığı ortaya çıkmıştır (74, 76). Çalışmamızda doğum haftası ile PPD arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Gülnar ve ark. tarafından yapılan, 141 hastadan oluşan ve en az on iki EDDÖ kesme değerinin alındığı 141 hastadan oluşan bir retrospektif anket çalışmasında annelerin eğitimi ve çalışma koşulları ile PPD arasında bir ilişki bulunamadı (68). Çalışmamızda katılımcının çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, ancak eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, okuryazar olmayan grupta PPD %18, ilkokul mezunu grupta %14, lise mezunu grupta %12 iken üniversite mezunu grupta %10 idi. Postpartum depresyonun öğrenme düzeyi arttıkça azaldığı söylenebilir. Erzurum'da yürütülen bir çalışmada Üst ve ark., eğitim düzeyi yüksek olan kadınların kendini ifade etmede kolaylık yaşadıklarını, doğum sonrası döneme adapte olma konusunda daha başarılı olduklarını ve doğum sonrası stresör faktörlerle daha rahat baş edebildiklerini buldu (77). 1033 annede yapılan bir başka çalışmada, eğitim düzeyi ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Daha yüksek eğitim seviyelerine sahip olanlar daha fazla bilgiye erişim sağladıkları için anneliğe daha kolay adapte olmaları PPD riskini azaltmaktadır (78).

Çalışmamızda, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Literatürde ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ile PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, çeşitli sonuçlara varmıştır. İnandı ve ark., evin gelir seviyesi düşük olan kadınlarda PPD 3.3 kat ve çok düşük

olan kadınlarda 6.1 kat daha yüksek olduğunu keşfetti (73). Gülseren ve arkadaşlarının çalışması, gelir düzeyi düşük olan bireylerde EPDÖ puanı gelir düzeyi yüksek olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu için çalışmamızı destekler (79).

Çalışmamızda, doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuyor. Vajinal doğumda PPD görülme sıklığı %10, sezaryende %16' dır; ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ekuklu ve ark. ve Atasoy ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, normal vajinal doğum ve sezaryenin PPD ile ilişkili bir risk faktörü olmadığı bulundu (80-81). Bir başka çalışmada, normal vajinal doğum yapanlarda PPD %37, sezaryenle doğum yapanlarda PPD %17 bulunmuştur. Bu iki doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (82). Ülkemizde Gümüş ve ark. tarafından 221 gönüllü kadınla yapılan bir araştırmada, normal vajinal doğum yapanların sezaryen doğum yapanlardan anlamlı olarak daha yüksek bir PPD riski olduğu bulundu (83). Patel ve ark., 10.934 kadın ile yürütülen bir kohort çalışmasında sezaryen doğum ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi inceledi ve doğum şeklinin PPD üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna varıldı (84). Literatürde sezaryen ve vajinal doğumların PPD ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Bunun nedeni, ülkelerin sosyoekonomik durumu ve sezaryen sonrası annenin öz bakım ihtiyaçlarıyla ilgili destek durumundaki farklılıklardır. Çalışmamızda, vajinal doğum sonrası PPD oranının sezaryen sonrası PPD oranına göre daha düşük olmasının nedeninin, kliniğimizin anne ve bebek dostu olması ve normal vajinal doğum sırasında ve sonrasında aile ve sağlık personeli tarafından aktif destek sağlanması imkanı olduğunu düşünüyoruz.

Bazı araştırmalarda, artan parite sayısının PPD için risk etmenlerinden biri olarak gösterilmesine rağmen (85, 86), artan parite sayısının annelik hüznü ve PPD için koruyucu etmenlerden biri olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (87). 39 çalışmanın derlendiği bir meta-analiz, parite sayısının artışı ile PPD sıklığı arasında doğru bir ilişki olduğunu buldu (88). Bingöl ve ark., ikiden fazla çocuğu olan annelerin postpartum depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derece

yüksek olduğunu keşfetti (89). Çalışmamızın bulgularına göre, çocuk sayısının artması depresyonun artmasına neden olan önemli risk faktörlerinden biri olarak görülüyor. Evdeki çocuk sayısı arttıkça, annenin bebek bakımına ilişkin sorumlulukların artması ve buna bağlı olarak artan fiziksel ve duygusal stresin PPD riskini artırabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda bebek cinsiyeti göz önüne alındığında, PPD sıklığı açısından anlamlı bir fark izlenmedi. Demir ve ark. yaptığı çalışmada bebek cinsiyeti ile PPD arasında anlamlı bir ilişki izlemedi (90). Gümüş ve ark. tarafından yapılan araştırmaya göre, erkek bebeğe sahip olan kadınlarda postpartum depresyon oranı daha yüksektir (91). Çin'de yapılan bir araştırma, kız bebeğe sahip olan annelerde doğum sonrası depresyonda önemli bir artış olduğunu gösterdi (92). Sylven ve ark.'ın çalışması, bebek cinsiyeti ile PPD gelişimi arasında bir ilişki bulmadı (93). Chandran ve ark. yaptığı başka bir çalışmada da kız bebek doğduğunda PPD'ye yakalanma olasılığının 2,6 kat arttığı gözlenmiştir (94).

Çalışmamızda, kadınların gebeliklerinin planlı olup olmaması ve PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. EPDÖ puanları, hamileliğinin planlı olmadığını belirten annelerde anlamlı olarak daha yüksekti. Meksika'da 604 kadın üzerinde yapılan bir araştırma plansız gebeliklerin, planlı gebeliklere oranla 2,42 kat daha fazla PPD geçirme potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir (95). Ülkemizde yapılan araştırmalar ise, plansız hamile kalan kadınlarda PPD hastalığının önemli ölçüde arttığını göstermiştir (73). Plansız gebelik ile PPD arasında ilişki olduğuna dair literatürde çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, daha nadiren farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar da vardır. Örneğin, Özdemir ve arkadaşlarının, Ayvaz ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda PPD sıklığı ile hamileliğin planlanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (96-97). Gebeliğin planlı olmasının bir sonucu olarak aileye yeni bir üyenin dahil olacağı ve bunun da aile yaşamında değişiklikler getireceği bilinmektedir. Plansız gebeliklerden sonra depresyon görülme oranının artması bekleniyor çünkü bu tür gebelikler, kişinin uzun süredir yaptığı sosyal ve finansal planları bozabilir ve bu da onları çok fazla strese sokabilir.

2007 yılında ülkemizde 211 gönüllü anne ile yapılan bir araştırmada, herhangi bir nedenle emzirmemenin, PPD'nin önemli bir nedeni olduğunu göstermiştir (98). Gülnar ve ark. ve Sünter ve ark. tarafından yürütülen çalışmalarda da emzirme ve postpartum depresyon arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (68, 99). Gümüş ve ark. yaptığı çalışmada ise, bebeğini emzirmeyen kadınlarda postpartum depresyon daha yaygındı (91). Yapılan araştırmalarda, yüksek PPD oranları olan annelerin emzirme durumlarının kötü etkilendiği ve emzirme ile ilgili sorunlar yaşayan annelerin PPD'ye yakalanma olasılığının arttığı gösterilmiştir (100-101). Amerika Birleşik Devletleri'nde 14.609 kişinin katıldığı bir meta-analizde, emzirmemenin PPD için bir risk etmeni olmadığı, ancak PPD tanısı alan kadınların çoğunun emzirmeyi bıraktığı sonucuna varıldı. Bu nedenle, emzirmemenin PPD'nin bir sonucu olduğu düşünülüyor (102). Başer ve ark., emzirme süresi arttıkça postpartum depresyon sıklığı da azaldığını gösterdiler (103). Kosova'da yapılan bir araştırmada da laktasyon ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı keşfedildi (104). Çalışmamızda, bebeğini emziren anneler ile emzirmeyen anneler arasında PPD sıklığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulundu. Bebeğini emzirmeyen annelerin PPD oranı %20 olup daha yüksektir, ancak bebeğini emziren annelerin PPD oranı %11 olup daha düşüktür.

Çalışmamızda, bebek bakım desteği alan annelerin PPD görülme sıklığında anlamlı bir düşme izlenmiştir. Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada, bebek bakımına yardım eden birinin olmamasının PPD’ nu 2,21 kat artırdığını buldu (97). Ayrıca, Sayın ve ark. (105) ve Filha ve ark. (106) tarafından yürütülen çalışmalarda, bebek bakımına yardım almak ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup bebek bakımına yardım alan annelerde postpartum depresyon sıklığı daha düşük izlenmiştir. Kabakcıoğlu ve ark. (107) tarafından yapılan bir çalışmada, postpartum depresyon ile bebek bakımıyla ilgili yardım almak arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Araştırılan lohusaların bebeklerinin yoğun bakımda en az 1 hafta süreyle kalma durumları ile PPD arasındaki ilişkiye bakıldığında, bebekleri yoğun bakımda kalmayan lohusalarla aralarında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu.

Araştırmamızın sonuçlarına göre bebeği yoğun bakımda olan annelerde PPD görülme sıklığı daha yüksektir. Ülkemizde üç farklı şehirde Demir ve ark. Tarafından yapılan bir araştırma, PPD' nin yenidoğanların yoğun bakımda kalması nedeniyle 4,3 kat arttığını buldu (90). Taşdemir ve ark., PPD ile bebeğin yoğun bakım durumu arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı buldu (108).

Çalışmamızın bulguları, gebelikte herhangi bir gebelik komplikasyonu yaşayan katılımcıların PPD sonuçlarında bir değişiklik olmadığı gözlendi. Çalışmamızda, gestasyonel hipertansiyon (GHT) ve antihipertansif kullanımı, gestasyonel diyabet (GDM) ve insülin kullanımı, hipotiroidi nedeniyle ilaç kullanımı, hiperemezis gravidarum (HEG) nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olan hastalarda, gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan hastalara kıyasla PPD sıklığında anlamlı bir değişiklik izlenmedi. Stewart ve ark. tarafından yapılan bir meta-analizde, 1350'den fazla katılımcıdan oluşan on üç araştırmadan oluşan toplam on üç çalışmanın derlenmesine dayalı olarak, obstetrik sorunların düşük düzeyde PPD riskini artırdığı gösterilmiştir (109). Kanada'da 2014 yılında 6421 kişinin katıldığı bir çalışmada, gebelik komplikasyonları PPD ile ilişkili risk faktörü olarak kabul edilmiş ve bu durumun PPD sıklığını 1,4 kat artırdığı gösterilmiştir (110). İnandı ve ark., gebeliği boyunca herhangi bir hastalık geçiren annelerde PPD' nin 1,67 kat fazla olduğunu tespit ettiler (73). Ek olarak, Ekuklu ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada, gebeliği boyunca herhangi bir hastalık geçiren annelerde geçirmeyenlere oranla PPD sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (111). Ek hastalıkların dışında gebelikte oluşan bazı hastalıkların da PPD'nin gelişimi üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada, gestasyonel diyabet teşhisi sonrasında PPD bildiren kadınların yüzdesi, gestasyonel diyabet tanısı konmamış kadınlardan daha yüksektir (112). Gebelik komplikasyonları konsunda çalışmamız ile literatür sonuçları arasındaki farklılıkların çalışamamızda gebelik komplikasyonu tanısı alan hasta sayısının yetersizliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede psikiyatrik hastalık geçmişi PPD gelişimi için bir risk faktörü olarak görülüyor (113). Daha önce psikiyatrik bir

hastalık geçirmiş kadınların, doğumdan sonraki dönemde hormonal ve zihinsel stres kaynaklarının da etkisiyle depresyon geliştirme olasılığı daha yüksektir. Ülkemizde 2514 kadının dahil edildiği bir çalışmada, önceden psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olanların PPD'ye yakalanma riskinin 4,4 kat arttığı ve ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olanların 1,7 kat arttığı bulunmuştur (73). DSM-5, postpartum depresyon geçiren annelerin yaklaşık yarısının doğumdan önce depresif belirtiler göstermeye başladığını belirtmektedir (114). Park ve ark. Kore'de prenatal depresyon sıklığını ve risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, gebelik sürecinde depresyon belirtisi gösteren kadınlarda postpartum depresyon sıklığının önemli ölçüde arttığını keşfettiler (115). Mughai ve ark., son zamanlarda yayınlanan bir derlemede, geçirilmiş psikiyatrik hastalıkların PPD'ye yakalanma olasılığını önemli ölçüde artırdığını vurguladılar (116). Llewellyn ve ark. PPD öyküsü olan kadınlarda gebelik sırasında depresif epizot gelişme riskinin %50 ila %62 oranında arttığını buldu (117). Kişisel majör depresif bir geçmişi olan kadınlar, yapılan meta-analizde PPD gelişme riskinin %30 daha yüksek olduğu bulundu (118). Faila ve ark. depresif epizot öyküsü olan kadınların ilk altı haftada 2,7 kat, ilk altı ay içerisinde ise 1,5 kat daha fazla PPD geçirme olasılığı olduğunu göstermiştir (119). Çalışmamızda PPD ile gebelik öncesinde depresyon ve anksiyete öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda gebelik öncesinde anksiyete ve depresyon öyküsü olan lohusalarda olmayanlara göre PPD oranının anlamlı derecede arttığı gözlemlendi. Hem çalışmamızın hem de daha önceki araştırmaların bulgularına istinaden, psikiyatrik hastalık öyküsünün PPD gelişimi açısından oldukça önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir. Bu tür değerlendirmelerde, anne adaylarının ayrıntılı anamnezlerinin alınması, psikiyatrik hastalığı olan kadınların ve yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesi, yakın takiplerinin yapılması ve gerekliyse psikolojik ya da medikal desteğe erişmelerine izin verilmesi gibi PPD'nin gelişimi açısından koruyucu önlemler göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda premenstrüel sendrom (PMS) öyküsü ile postpartum depresyon arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine, premenstrüel sendrom öyküsünün postpartum depresyon için bir risk faktörü

olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Kolukırık ve ark. (76) ve Kara ve ark. (120) tarafından yürütülen bir çalışmalarda, premenstrüel sendrom ile postpartum depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir araştırmada, PMS Premenstrüel Semptom Tarama Aracı (PSST) ile PPD ile PMS arasındaki ilişki incelenmiş ve PPD klinik tanı ölçekleri olan SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) ve HDRS (Hamilton Depresyon Puanlama Skalası) kullanılarak PMS'nin PPD' nu iki kat artırdığı bulunmuştur (121). PPD başlangıcında hormon dalgalanmalarının rolü üzerine çalışmalar devam etse de, ampirik veriler mevcuttur (122). PMS' un da kişinin hormonlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle bu etkiyi yapabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, PPD ile doğum komplikasyonları (anal sfinkter hasarı, klavikula fraktürü, atoni vb.) ve doğum sonrası komplikasyonlar (yara yeri enfeksiyonu, endometrit, rest plasenta, epizyotomi sütürlerinde ayrışma vb.) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi. Doğum komplikasyonları ve postpartum komplikasyonlar gibi faktörlerin PPD' nin nedeni olduğuna dair araştırmalar vardır (123). Doğum komplikasyonları ile postpartum komplikasyonlar konsunda çalışmamız ile literatür sonuçları arasındaki farklılıkların PPD alanında yapılan çalışmalarda bu alanın çoğunlukla göz ardı edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Zararlı alışkanlıklara ilişkin verilere bakıldığında, çalışmamızda alkol ve sigara kullanan katılımcılarda PPD gelişme riski açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Filha ve ark. tarafından Brezilya'da yürütülen bir çalışmada, tütün ve alkol kullanımı ile PPD ile ilişkili önemli bir ilişki bulundu (106). Kore'de Lee ve ark. tarafından yapılan araştırmaya göre sigara kullanımı PPD risk faktörlerinden biri olarak gösterilmiştir (124).

Literatür ile karşılaştırıldığında, çalışma verilerimizi destekleyen başka çalışmalar mevcut olmakla beraber; araştırdığımız faktörler ile PPD arasında ilişkinin gösterilmediği çalışmalar da mevcuttur. Bu sebeple literatüre katkı

sağlayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızın bir sınırlaması olarak, çalışma bölgesi olarak sadece tek merkeze başvuran lohusalar çalışmaya dahil edildiği için sosyodemografik olarak hasta yelpazesi genişletilememiş olup, yapılacak diğer çalışmalarda; çalışma alanı genişletilerek çalışmanın güvenilirliği daha yüksek seviyeye çıkartılabilir. Daha geniş örneklem gruplarında yapılacak çalışmalar ve meta analizler, PPD yaygınlığı ve risk faktörleri araştırmasında verilerin net olarak ortaya konmasına yardımcı olabilir.

6. SONUÇ

Postpartum Depresyon, gebelik ve lohusalık sürecinden başlayarak iki yıla kadar uzayabilen bir süreçte kadınları etkileyen yaygın bir toplumsal halk sağlığı sorunudur. Kliniğimizde yapmış olduğumuz, 334 lohusadan oluşan retrospketif çalışmamızda; postpartum depresyon sıklığı ve etkileyen faktörleri inceledik. Çocuk sayısı fazla olan, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, bebeği en az 1 hafta süreyle yenidoğan yoğun bakımda yatan, emzirmeyen, plansız bir şekilde gebe kalan, bebek bakım desteği almayan ve geçmişinde depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bir hastalık öyküsü olan lohusaların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği sonuçlarında PPD görülme oranı diğer lohusalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Emzirme ve lohusalık sürecinde bebek bakım desteği olması koruyucu faktör olarak saptandı. Annenin yaşı, boyu, kilosu, çalışma durumu, gebelikte geçirilen GDM, GHT, HEG ve Hipotiroidi gibi gebelikle ilgili hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı hastane yatışı ya da ilaç kullanımı öyküsü, PMS öyküsü, doğum komplikasyonları, postpartum komplikasyonlar, gebelikte veya öncesinde alkol ve sigara kullanımı, doğum kilosu ve haftası ve doğum şekli ile PPD arasında anlamlı ilişki kurulamadı. Elde etmiş olduğumuz sonuçlar; gebelik ve lohusalık sürecinde emzirmenin eğitimlerle ve uygulamalarla desteklenmesi ve mümkünse bebek bakım sürecinde hastanede ve evde anneye yardım edilmesi PPD riskini azaltılabileceğini düşündürmektedir. Her ne kadar bizim çalışmamızın sonuçlarını destekleyen literatürde pek çok çalışma mevcut olsa da bizim çalışmamızın aksi yönde sonuçlar saptanmış birtakım başka çalışmalar da mevcuttur. Bu sebeptendir ki, incelemiş olduğumuz bu konu, hala araştırılmaya ve literatüre katkı sağlanmaya muhtaç vaziyettedir. Bizim yaptığımız çalışmanın amaçlarından biri de ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutmaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Kendell, R.E., Emotional and Physical Factors in the Genesis of Puerperal Mental-Disorders. Journal of Psychosomatic Research, 1985. **29**(1): p. 3-11.
2. Ohara, M.W., et al., Controlled Prospective-Study of Postpartum Mood Disorders - Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. Journal of Abnormal Psychology, 1990. **99**(1): p. 3-15.
3. Pop, V.J.M., et al., Prevalence of Postpartum Depression - or Is It Post-Puerperium Depression. Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, 1993. **72**(5): p. 354-358.
4. Dilbaz, N. and E.A.J.T.K.J.I.M.S. Kadın, depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. 2007. **3**(47): p. 32-40.
5. Hendrick, V., Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment. 2006: Springer.
6. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect", doi: 10.5222/jaren.2017.1003.
7. Kasamatsu, H., Tsuchida, A., Matsumura, K., Shimao, M., Hamazaki, K., & Inadera, H. (2020). Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: Results from the Japan Environment and Children's study (JECS). *Psychological Medicine, 50*(1), 161-169. doi:10.1017/S0033291719002101
8. Aktaş M, Şimşek Ç, Aktaş S. Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect. J Acad Res Nurs. 2017;3:10–3.
9. Stowe Z, Nemeroff C. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(2):639–45.
10. Depression. World Health Organization. http://www.who.int/topics/depression/en/). (2023)
11. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg 2000; 11:3-16.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV- TR). (E.Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001.
13. Amerikan Pskiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (E. Köroğlu, Çev., s. Beşinci Baskı(DSM-5)). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
14. American Psychiatric Association, et al. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. bookpointUS; 2013.

15. Bay F.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İlişkisi.2019:36

16. TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara. 2009:120-129. ISBN:975-590-136-1.

17. Şahbaz G. Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. 2019:6.

18. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201-220.

19. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 58-67.

20. Vural G, Akkuzu G. Normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; Cilt:1 Sayı 3: 33-37.

21. Unterman RR, Posner NA, Williams KN and et. Postpartum depressive disorders: Changing trends. Birth 1990; 17: 131-137.

22. Arslan A. Edi rne İl Merkezi nde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. 2012.

23. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon [Internet]. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2009. 206–214 p. Available from:
)

24. Brockington I. Postpartum Psychiatric Disorders. Lancet [Internet]. 2004 Jan [cited 2019 Jun 13];363(9405):303–10. Available from:

25. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Genişletilmiş 9. Baskı Akademisyen Tıp Kıtabevi 2016 ISBN: 975-94661-0-4

26. Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. Journal of affective Disorders, 175, 34-52.

27. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. Br J Psychiatry. 1998;172:521-6.

28. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry. 1987;150:662-73.

29. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 2:34-40.

30. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. BMC Public Health. 2010 Dec 20;10:771.

31. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. Int J Womens Health, 2012;4:191-200.

32. BintaĞ Zörer P, Tulum Akbulut S, Dirik G. Role of Attachment Patterns and Partner Support in Postpartum Depression. Psikiyatride Güncel YaklaĞımlar-Current Approaches in Psychiatry 2019;11(2):154-166.

33. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Feb;14(1):73-87.

34. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence report/technology assessment (Summary). 2005 Feb;(119):1-8.

35. O"Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9(1):379–407.

36. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlov P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study.Int J Womens Health. 2013 Nov 21;5:787-93.

37. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2017 Jun;137(3):277-281.

38. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Çeviri: Köroğlu E: Bölüm: Depresyon Bozuklukları. Kitap: DSM-5 Tanı Ölçütleri. Türkçe 1. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2014; ss 91- 112.

39. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health. 2010 Feb;13(1):37-40.

40. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal mental health. J Nerv Ment Dis 2011 Aug;199:575-977.

41. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective İnvestigation Of Postpartum Depression: Factors İnvolved İn Onset And Recovery. J Abnorm Psychol77 [Internet]. 1991 May [cited 2019 Jun 17];100(2):122–32. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2040762.

42. Hoffman, Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, et al. Williams Obstetrik. Yıldırım G, editor. nobel tıp kitabevi; 2016. 1204–1213 p.

43. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004. PMID: 11570712.

44. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. [Updated 2022 Oct 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from:

.

45. Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: hiding in plain sight. The Canadian journal of psychiatry, 52(8), 479-488.

46. World Health Organization. (1992). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.

47. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry 1997; 58:26-32.

48. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(1):58-67.

49. Shashi Rai, Abhishek Pathak, and Indira Sharma. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian J Psychiatry. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S216–S221.

50. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:125-9.

51. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. Cumhuriyet Tıp Derg 2004;26:55-9.

52. Aktaş M C, Şimşek C, Aktaş S. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. JAREN 2017;3(Ek sayı):10-13.

53. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. Duygu Durum Dizisi 2000;2(1):64-70.

54. Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ. Postnatal depression: an examination of psychosocial factors. S Afr Med J 1995;85:99-105.

55. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:1179-85.

56. Dekel S, Ein-Dor T, Ruohomaki A, Lampi J, Voutilainen S, Tuomainen TP, et al. The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth. J Psychiatr Res 2019;113:72-8.

57. Reilly N, Kingston D, Loxton D, Talcevska K, Austin MP. A narrative review of studies addressing the clinical effectiveness of perinatal depression screening programs. Women Birth. February 2020;51-9.

58. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. Archives of women's mental health 2006;9(2):95-102.

59. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(3):279-92.

60. Stewart DE. Perinatal depression. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. October 2006;873-8.

61. Fellmeth G, Opondo C, Henderson J, Redshaw M, McNeill J, Lynn F, et al. Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. J Affect Disord 2019;251:8-14.

62. Cox J L, Holden J M, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-6.

63. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39(6):483-6.

64. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları 1996, Ankara:51-2.

65. Evans, J., et al., Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Bmj 2001;323(7307):257-60.

66. Kirkan, T.S., Aydın N, Yazıcı E, The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. Int J Soc Psychiatry 2015;61(4):343-9.

67. Norhayati, M., et al., Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. 2015. 175: p. 34-52.

68. Gülnar, D., et al., Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. 2010. 20(3): p.141-148.

69. Özcan, N.K., N.E. Boyacıoğlu, and H.J.A.o.p.n. Dinç, Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. 2017. 31(4): p. 420-428.

70. Keskin N, İstanbul'un bir ilçesindeki postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2018.

71. Goker, A., et al., Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? 2012.

72. Erbay, D.J.V.U.H.S.K.K., Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 2002. 8: p. 862-865.

73. İnandı T., Elçi, Ö.Ç., Öztürk, A., Eğri, M., Polat, A .& Şahin, T.K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey International Journal of Epidemiology, Volume 31, Issue 6, December 2002, Pages 1201–1207, https://doi.org/10.1093/ije/31.6.1201

74. Demir, S., et al., Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. 2016. 54(2).

75. Durukan, E., et al., Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. 2011. 28(4).

76. Kolukırık Ü, Şimşek H, Ergör A. Factors related with depressive symptoms among postpartum mothers: A community-based, cross-sectional study. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018;33(1):1-8.

77. Zehra, Ü. and T.J.S.B.v.M.D. Pasinlioğlu, Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. 2015. 2(3): p. 306-317.

78. Campbell, S.B. and J.F.J.J.o.a.p. Cohn, Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. 1991. 100(4): p. 594.

79. Gülseren L., Erol A., Gülseren Ş., Kılıç B., Küey L., (2003) Doğum Sonrası Depresyonun Yaygınlığı ve Psikososyal Risk Etmenleriyle İlişkisi, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi.

80. Atasoy, N., et al., Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. 2004. 14(5): p. 252-257.

81. Ekuklu, G., et al., Edirne Merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. 8. 2002: p. 834-9.

82. Çeber, T., İ. Pektaş, and İ.J.V.U.H.S.K.K. Dikici, İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 2002: p. 858-861.

83. Gümüş, A.B., et al. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. in Yeni Symposium. 2012.

84. Patel, R.R., D.J. Murphy, and T.J.J.B. Peters, Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. 2005. 330(7496): p. 879.

85. Righetti-Veltema, M., et al., Risk factors and predictive signs of postpartum depression. 1998. 49(3): p. 167-180.

86. Chung, E.K., et al., Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. 2004. 113(6): p. e523-e529.

87. Barbadoro, P., et al., Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. 2012. 52(4): p. 352-368.

88. Ay, F., et al., Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. 2018. 9(3): p. 147-152.

89. Bingöl, T.Y. and T.J.A.H.v.S.B.D. Havva, Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. 2007. 10(3): p. 1-6.

90. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth [Article in Turkish]. Haseki Tip Bülteni 2016;54:83–90.

91. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, et al.The prevalence of Postpartum Depression and Associated Variables [Article in Turkish]. Yeni Symposium 2012;50:145–54.

92. Nakku J.E.M. Nakasi, G., Mirembe, F., 2006. Postpartum majör depression at six weeks in primary health care:prevalence and associated factors.Afr.HealthSci. 6, 207–214.

93. Sylvén S, Thomopoulos T, Kollia N, Jonsson M, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. European Psychiatry 2017; 40:4-12.

94. Chandran M, Tharyan P, Muliyil J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Br J Psychiatry 2002; 181:499-504.

95. de Castro, F., et al., Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. 2015. 18(3): p. 463-471.

96. Ayvaz, S., et al., Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. 2006. 17(4): p. 243-251.

97. Özdemir S, Marakoğlu K, Çıvı S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(5): 391-398.

98. Battaloglu, B., N. Aydemir, and S. Hatipoglu, Depression screening and risk factors for depression in mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic [Saglam Çocuk Poliklinigine Başvuran 0-1 Yaş Bebegi olan Annelerde Depresyon Taramasi ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme]. 2012.

99. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C (2006) Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevelansı ve risk faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg; 3: 26-31.

100. Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak için Psikiyatri 2003; 2:42-6.

101. Kirpinar I, Gozum S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern turkey prevalence, socio- demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. J Clin Nurs 2010; 19:422- 31.

102. Gross, K.H., et al., Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. 2002. 6(4): p. 247-253.

103. Ayhan Başer, D., The Evaluation of the Relationship Between Postpartum Depression and Breastfeeding. Ankara Medical Journal 2018.

104. Zejnullahu VA, Ukella-Lleshi D, Zejnullahu VA, Miftari E, Govori V. Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo teaching hospital: Demographic, obstetric and psychosocial risk factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Jan;256:215-220. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.025. Epub 2020 Nov 11. PMID: 33248376.

105. Sayın AA. Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

106. Filha MMT, Ayers S, da Gama SGN, do Carmo Leal M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. Journal of affective disorders 2016;194:159-67.

107. Kabakcıoğlu F, Ondokuz Mayıs Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikiliniği'ne Başvuran 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerde Depresyon Prevelansı, Risk Faktörleri ve Sosyal Destek Düzeyi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

108. Taşdemir, S., S. Kaplan, and A.J.F.S.H.D. Bahar, Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2006. 1(2): p. 106-118.

109. Stewart, D.E., et al., Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. 2003: p. 1-289.

110. Kim, T.H., et al., The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. 2014. 14(1): p. 1-9.

111. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, et al. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. J Reprod Med 2004;49:908–14.

112. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of post-partum depression: A longitudinal cohort study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2014 Dec;40(12):2191-200.

113. Norhayati, M., et al., Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. 2015. 175: p. 34-52.

114. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, cev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013:92-3.

115. Park JH, Karmaus W, Zhang H. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms in Korean women throughout pregnancy and in postpartum period. Asian nursing research 2015;9(3):219-25.

116. Mughai S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070.

117. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry. 1997;58:26–32.

118. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res. 1996;45:297–303.

119. Faila A, Svancara J, Klanova J, Kasparek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. BMC Psychiatry. 2017;21;17(1):104.

120. Kara ŞÇ. Denizli Pamukkale ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve eşlik eden risk faktörleri (tez). Denizli:Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi;2016.

121. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. Arch Womens Ment Health. 2013 Jun;16(3):219–25.

122. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013 ;9(1):379–407.

123. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. Acta Psychiatr Scand 2002;106:426-33.

124. Lee, Y.-J., et al., Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. 2015. 58(5): p. 353-358.