T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

KLİNİĞİMİZDE DOĞUM YAPAN GEBELERDE POSTPARTUM DEPRESYONUN PROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr. Ecem KASAP

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2026

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

KLİNİĞİMİZDE DOĞUM YAPAN GEBELERDE POSTPARTUM DEPRESYONUN PROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr. Ecem KASAP

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Arzu Bilge TEKİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2026

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER iv

TEŞEKKÜR v

SİMGELER VE KISALTMALAR vi

TABLOLAR LİSTESİ viii

ÖZET ix

ABSTRACT xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1 DEPRESYON 2

2.1.1. TANI KRİTERLERİ 2

2.1.2. RİSK FAKTÖRLERİ 3

2.2. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI 5

2.2.1. ANNELİK HÜZNÜ 5

2.2.2. POSTPARTUM DEPRESYON 6

2.2.3. POSTPARTUM PSİKOZ 14

3. GEREÇ VE YÖNTEM 16

4. BULGULAR 18

5. TARTIŞMA 43

6. SONUÇLAR 49

7. KAYNAKÇA 50

TEŞEKKÜR

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu, gösterdiği akıl ve bilim yolunda ilerlediğim Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK başta olmak üzere ülkemizin bağımsızlığı ve aydınlık geleceği için emek veren tüm kahramanlarımızı saygı ve rahmetle anıyorum.

Bu çalışmada ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve tecrübelerini esirgemeyen değerli katkı ve yönlendirmeleri ile her zaman bana destek olan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Arzu Bilge TEKİN'e,

Mesleki tecrübelerimi edinmemde bana pek çok şey öğreten saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ahmet KALE, Prof. Dr. Niyazi TUĞ, Prof. Dr. Ümmühan Meral ABAN, Doç. Dr. Koray GÖK'e

Asistanlık sürecinin en zorlu anlarını beraber paylaştığım başta eşkıdemlerim olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin her aşamasında sabır ve desteğini esirgemeyen Dr Seher KOYUNCU ve Dr Bahadır Burak AKGÜNDÜZ'e

Üniversite hayatımdan bu yana her daim yanımda olan, desteğini her zaman hissettiğim sevgili arkadaşlarım Dr. Kübra SUBAŞI ELÇİN, Dr. Elif Rana TATAR, Dr. Nida LALE KÖKSAL'a,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, beni yetiştiren sevgili aileme desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ecem KASAP

İstanbul / 2026

SİMGELER VE KISALTMALAR

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

PPD : Postpartum Depresyon

PPP : Postpartum Psikoz

GABA : Gama-Aminobütirik Asit

HPA : Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Aks

TBG : Tiroksin Bağlayıcı Globulin

5HT1A : 5-Hidroksitriptamin Reseptör 1A

PDTÖ : Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği

BDE : Beck Depresyon Envanteri

STAI : State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri)

HADÖ : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

CES-Depresyon Ölçeği : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

SSRI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SNRI : Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri

TSA : Trisiklik Antidepresanlar

EKT : Elektrokonvülsif Tedavi

RKÇ : Randomize Kontrollü Çalışma

KİPT : Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

ROSE : The Reach Out, Stay Strong, Essentials for Mothers of Newborns

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

IQR : Interquartil Range

ROC : Receiver Operating Characteristic

AUC : Area Under Curve

OR : Odds Ratio

SS : Standart Sapma

Std : Standart

GA : Güven Aralığı

MAX : Maksimum

MIN : Minimum

ORT : Ortalama

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

GDM : Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GHT : Gestasyonel Hipertansiyon

Hb : Hemoglobin

YDYBÜ : Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

APGAR : Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration

IUGR : Intra Uterin Gelişme Geriliği

Kg : Kilogram

g : Gram

dL : Desilitre

m^2 : Metrekare

dk : Dakika

TABLOLAR LİSTESİ

TABLO 1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK TEMEL ÖZELLİKLERİ
TABLO 2. GEBELİK VE DOĞUM SÜRECİNE AİT KLİNİK ÖZELLİKLER
TABLO 3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI
TABLO 4. YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ
TABLO 5. EPDS İLE SÜREKLİ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ
TABLO 6. EPDS İLE YENİDOĞAN DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ
TABLO 7. DEPRESYON DURUMU İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (Kİ-KARE)
TABLO 8. DEPRESYON DURUMU İLE OBSTETRİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (Kİ-KARE)
TABLO 9. DEPRESYON DURUMUNA GÖRE SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (MANN–WHİTNEY U)
TABLO 10. EPDS PUANLARININ İKİLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (MANN–WHİTNEY U)
TABLO 11. EPDS PUANLARININ ÇOK KATEGORİLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (KRUSKAL–WALLİS)
TABLO 12. ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI
TABLO 13. FORWARD LOJİSTİK REGRESYON MODELİ SONUÇLARI
TABLO 14. EPDS PUANI İÇİN ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışma postpartum depresyonun sosyodemografik, obstetrik ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmak, risk grubundaki anneleri tespit ederek erken tanı ve tedavi imkânı sunmak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu tek merkezli prospektif klinik çalışma, T.C. Sağlık Bilimler Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi'nde postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon varlığını ve depresyonla ilişkili klinik, obstetrik ve sosyodemografik faktörleri değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküleri, gebelik ve doğum sürecine ilişkin klinik verileri kaydedilmiştir. Ayrıca doğum öncesi ve sonrası hemoglobin düzeyleri, yenidoğanın kilosu, APGAR skorları, yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatışı ve endikasyonları incelenmiştir. Katılımcıların postpartum depresyon düzeyleri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekten elde edilen toplam puanlar sürekli değişken olarak analiz edilmiş, ayrıca belirlenen kesme puanına göre "depresyon var" ve "depresyon yok" şeklinde kategorize edilerek değerlendirmeye alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 150 postpartum kadın dahil edilmiştir. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) için ≥13 kesme puanı dikkate alındığında, katılımcıların %20'sinde postpartum depresyon saptanmıştır. EPDS puan ortalaması 8.37±5.25 olup medyan değer 8 (IQR: 7) olarak bulunmuştur.

EPDS puanları ile klinik ve obstetrik değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde yaş, parite, gebelik haftası, vücut kitle indeksi, ek hastalık varlığı, hemoglobin düzeyleri, doğumhanede kalış süresi, doğum şekli, spontan eylem, indüksiyon, sezaryen endikasyonları, preterm doğum, yenidoğanın kilosu, APGAR skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm $p>0.05$). Bununla birlikte, depresyon grubunda doğumhanede kalış süresinin daha uzun ve gravida değerlerinin daha düşük olduğu gözlenmiş, ancak bu farklılıklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Benzer

şekilde, gebelikte hastane yatışı olan grupta depresyon oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (%35.0'a karşı %17.7). Abortus öyküsü olmayan grupta EPDS puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış, ve bu fark istatistiksel anlamlılığa oldukça yakın bulunmuştur (p=0.053).

Sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, çalışan kadınların EPDS puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (9.90±5.60'a karşı 7.80±5.00; p=0.019). Benzer şekilde, gebe eğitimi alan kadınlarda da EPDS puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (9.90±5.60'a karşı 7.80±5.00; p=0.024). Eğitim durumu açısından anlamlılığa yakın bir eğilim gözlenmiş (p=0.083), okuryazar olmayan ve yalnızca okuryazar olan gruplarda EPDS puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Geliri giderinden az olan grupta EPDS puanları daha yüksek bulunmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (p=0.266).

Sigara kullanan bireylerde EPDS puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (10.80±5.80'e karşı 7.90±5.00; p=0.012). Ayrıca sigara kullanan bireylerde EPDS puanının ortalama 2.88 puan daha yüksek olduğu ve postpartum depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3.7 kat arttığı saptanmıştır (OR=3.69; %95 GA: 1.18–11.57; p=0.025). Çok değişkenli analiz sonucunda sigara kullanımının postpartum depresyon varlığı ile bağımsız olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Bu çalışmada postpartum depresyon prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Postpartum depresyonun klinik, obstetrik ve sosyodemografik belirleyicileri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular postpartum depresyonun klinik ve obstetrik değişkenlerden ziyade sosyodemografik ve davranışsal faktörlerle daha yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın en önemli bulgusu, sigara kullanımının postpartum depresyon için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmesidir. Sigara kullanan kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3,7 kat arttığı saptanmıştır.Ayrıca çalışan kadınlarda ve gebe eğitimi alan kadınlarda da EPDS puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Elde edilen bulgular, postpartum depresyonun çok faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ve doğum sonrası bakım hizmetlerinde yalnızca fiziksel iyilik halinin değil, annenin ruhsal durumunun da rutin olarak değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. Özellikle sigara kullanan kadınlar başta olmak üzere risk altındaki annelerin erken dönemde belirlenmesi, uygun danışmanlık ve psikososyal destek hizmetlerinin sağlanması postpartum depresyonun olumsuz etkilerinin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS), Sigara Kullanımı, Risk Faktörleri, Maternal Ruh Sağlığı, Bebek Sağlığı, Psikososyal Destek

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study was conducted to investigate the relationship between postpartum depression and sociodemographic, obstetric, and clinical variables, as well as to identify mothers at risk and provide opportunities for early diagnosis and treatment.

MATERIALS AND METHODS: This single-center prospective clinical study was designed as a cross-sectional and descriptive study to evaluate the presence of depression and the clinical, obstetric, and sociodemographic factors associated with depression among postpartum women in the Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Training and Research Hospital.

In this study sociodemographic characteristics, obstetric histories, clinical data related to pregnancy and delivery were recorded. Additionally, prepartum and postpartum hemoglobin levels, the newborn's weight, APGAR scores, neonatal intensive care unit admission, and the indications for admission were examined. Postpartum depression levels of the participants were assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The total scores obtained from the scale were analyzed as continuous variables and were also categorized as "depression present" or "depression absent" according to the predetermined cut-off score.

RESULTS: A total of 150 postpartum women were included in the study. Considering an Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) cut-off score of ≥13, postpartum depression was identified in 20% of the participants. The mean EPDS score was 8.37±5.25, with a median value of 8 (IQR: 7). When the relationships between EPDS scores and clinical and obstetric variables were evaluated, no statistically significant associations were found with age, parity, gestational week, body mass index, presence of comorbid disease, hemoglobin levels, duration of stay in the delivery room, mode of delivery, spontaneous labor, induction, indications for cesarean section, preterm birth, neonatal birth weight, APGAR scores, or neonatal intensive care unit (NICU) admission (all $p>0.05$). Nevertheless, a longer duration of stay in the delivery room and lower gravidity values were observed in the depression

group, although these differences did not reach statistical significance. Similarly, the rate of depression was higher among women who had been hospitalized during pregnancy compared to those without hospitalization during pregnancy (35.0% vs. 17.7%). EPDS scores were also found to be higher among participants without a history of abortion, and this difference was very close to statistical significance (p=0.053). With regard to sociodemographic variables, employed women were found to have significantly higher EPDS scores than unemployed women (9.90±5.60 vs. 7.80±5.00; p=0.019). Similarly, women who received antenatal education had higher EPDS scores compared to those who did not (9.90±5.60 vs. 7.80±5.00; p=0.024). A trend toward significance was observed for educational status (p=0.083), with higher EPDS scores detected among illiterate participants and those who were only literate. Although EPDS scores were higher in participants whose income was lower than their expenses, this difference was not statistically significant (p=0.266). EPDS scores were significantly higher among smokers compared to non-smokers (10.80±5.80 vs. 7.90±5.00; p=0.012). In addition, smokers had EPDS scores that were on average 2.88 points higher, and the likelihood of postpartum depression was approximately 3.7 times greater among smokers (OR=3.69; 95% CI: 1.18–11.57; p=0.025). Multivariate analysis demonstrated that smoking was independently associated with the presence of postpartum depression.

CONCLUSION: In this study, the prevalence of postpartum depression was found to be 20%. Clinical, obstetric, and sociodemographic determinants of postpartum depression were evaluated. The findings indicate that postpartum depression is more closely related to sociodemographic and behavioral factors than to clinical and obstetric variables.

The most important finding of the study is the identification of smoking as an independent risk factor for postpartum depression. It was found that the likelihood of experiencing postpartum depression was approximately 3.7 times higher in women who smoke. Furthermore, higher EPDS scores were found in working women and women who received prenatal education.

The findings demonstrate that postpartum depression has a multifactorial structure and highlight the importance of routinely assessing not only the physical well-being

but also the mental state of the mother in postnatal care services. Early identification of at-risk mothers, especially women who smoke, and the provision of appropriate counseling and psychosocial support services can contribute to reducing the negative effects of postpartum depression.

Keywords: Postpartum Depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Smoking, Risk Factors, Maternal Mental Health, Infant health, Psychosocial support

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum eylemi her kadın için hem heyecan verici hem de çeşitli zorlukları beraberinde getiren çok boyutlu bir süreçtir. Kadınlar gebelik tanısı aldıkları andan itibaren hem kendi sağlıkları hem fetüsün iyilik hali hem de doğumun nasıl gerçekleşeceği ile ilgili belirsizlikler nedeniyle farklı duygusal tepkiler ve dalgalanmalar yaşayabilmektedir (1).

Doğum sonrası dönem, yalnızca fizyolojik değişimlerle sınırlı kalmayıp aynı zamanda hormonal ve psikolojik değişikliklerin de belirgin olduğu bir süreçtir. Bu dönemde ortaya çıkan değişiklikler bazı kadınlarda psikiyatrik bozuklukların gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Postpartum depresyon bu bozukluklar arasında en sık görülenlerden biri olup, doğum yapan kadınlarda yaklaşık %10–15 oranında bildirilmektedir (2). Anne ile bebek arasında gelişen duygusal bağlanma bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Doğum sonrası ilk yıl içerisinde güvenli bağlanmanın kurulamaması ilerleyen dönemlerde çocuğun sosyal, bilişsel ve psikolojik gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (3). Postpartum depresyon, anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebildiği gibi annede intihar girişimi ve bebeğe zarar verme gibi ciddi sonuçlara da yol açabilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine katkıda bulunabilecek risk faktörlerinin önceden belirlenmesi, erken tanı konulması ve uygun tedavi yaklaşımlarının uygulanması büyük önem taşımaktadır. Postpartum depresyonun etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte literatürde tıbbi durumlar, sosyoekonomik faktörler ve doğum şekli gibi faktörlerin olası belirleyiciler arasında yer aldığı bildirilmektedir (2).

Bu çalışmanın amacı postpartum depresyonun sosyodemografik, obstetrik ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmak, risk grubundaki anneleri tespit ederek erken tanı ve tedavi imkânı sunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DEPRESYON

Depresyon; belirgin çökkün duygudurum ile karakterize, bilişsel ve psikomotor işlevlerde yavaşlama, değersizlik duygusu, özgüven azalması, geçmişe dair pişmanlık ve geleceğe ilişkin umutsuzluk düşüncelerinin ön planda olduğu psikiyatrik bir bozukluktur (4). Tüm ruhsal bozukluklarda duygulanımda değişiklikler olmakla birlikte depresyonda önce çıkan ana belirti çökkün ve sıkıntılı duygudurumdur (5). Her birey zaman zaman çökkünlük yaşayabilmektedir fakat klinik olarak depresyondan söz edilebilmesi için bu duygudurum değişikliğinin süreklilik göstermesi, yineleyici özellikte olması ve bireyin günlük işlevselliğini belirgin düzeyde bozması gerekmektedir (6).

2.1.1. TANI KRİTERLERİ

DSM-V TR'ye göre Majör depresif bozukluk tanı kriterleri;

- Ardışık iki hafta boyunca, neredeyse her gün ve/veya günün büyük bölümünde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden beşinin veya daha fazlasının bulunması ve daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması. Ayrıca bu belirtilerden en az biri mutlaka depresif ruh hâli veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.

  - Depresif ruh hâli, bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülü, umutsuz, kendini boşlukta hissetmek) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünüm).
  - Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide azalma, zevk alamama (anhedoni),
  - İştah durumunda değişiklik ve buna bağlı olarak kilo alma ya da kilo verme,
  - Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,
  - Ajitasyon ya da psikomotor yavaşlama (diğer kişilerce de gözlenen düzeyde),
  - Bitkinlik, enerji düşüklüğü,
  - Değersizlik ve suçluluk duyguları,
  - Düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme, kararsızlık yaşama,
  - Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülür.

- Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- Bu semptomlar herhangi bir madde kullanımına veya tıbbi durumun etkilerine bağlanamaz.
- Bu semptomlar başka psikiyatrik hastalıkla açıklanamaz.
- Hiçbir zaman manik ya da hipomanik bir nöbet yoktur (7).

2.1.2. RİSK FAKTÖRLERİ

2.1.2.1 Yaş

Depresyonun ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 40 olarak bildirilmektedir. Olguların önemli bir kısmı ise 20–50 yaş aralığında yoğunlaşmaktadır. Araştırmalara göre çocukluk ve ileri yaş gruplarında depresyon prevalansının daha düşük olduğu kabul edilmekle birlikte, günümüzde değişen sosyokültürel dinamiklerin etkisiyle bu dağılımda farklılıklar gözlenmektedir. Özellikle yaşlı popülasyonda depresyon sıklığının artış gösterdiği bildirilmektedir (8).

2.1.2.2. Cinsiyet

Majör depresif bozukluk birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda kadınların yaşamları boyunca majör depresif bozukluk yaşama olasılığının erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (9).

Gelişmiş toplumlarda kadınlar; annelik, eş olma, ev içi sorumluluklar ve profesyonel yaşam gibi çoklu rolleri eş zamanlı olarak üstlenebilmektedir. Bu çok yönlü rol yükünün psikososyal stres düzeyini artırabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte kadınların profesyonel yardım arama davranışı açısından erkeklere göre daha istekli olmaları bildirilen depresyon prevalansındaki cinsiyet farklılığını kısmen açıklayabilecek bir etmen olarak değerlendirilmektedir (10).

2.1.2.3. Genetik Etkenler

Aile öyküsünün depresyon gelişimindeki rolünü inceleyen çalışmalar, aile bireylerinden birinde majör depresif bozukluk bulunmasının diğer aile üyelerinde depresyon görülme riskini genel popülasyona kıyasla yaklaşık iki kat artırdığını ortaya koymaktadır özellikle birinci derece akrabalarda depresyon tanısının bulunması bireyde depresyon gelişme riskini yaklaşık 2–3 kat artırmaktadır (11).

2.1.2.4. Medeni Durum

Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun evli bireylere kıyasla hiç evlenmemiş, boşanmış veya eş kaybı yaşamış bireylerde daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır (10).

2.1.2.5. Sosyoekonomik Düzey

Depresyon ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip kadınlara kıyasla depresyon prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12).

2.1.2.6. Artmış Yaşam Stresi

Artmış yaşam stresi depresyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Maddi ve manevi kayıplar, eş kaybı, erken yaşta (özellikle 11 yaşından önce) ebeveyn kaybı, kronik sağlık sorunları, cinsel istismar, ekonomik krizler ve benzeri olumsuz yaşam olayları bireyde stres düzeyini artırarak depresif semptomların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (10).

2.1.2.7. Puerperal Etkenler

Doğum sonrası dönemde kadınlarda depresyon sıklığının arttığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Özellikle Batı toplumlarında bu konuya yönelik kapsamlı araştırmalar yapılmış olup postpartum depresyon prevalansının %10–20 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu artışın doğum sonrası hormonal değişiklikler, ebeveynlik rolüne

uyum süreci ve artan psikososyal stres etmenleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (13).

2.2. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI

Postpartum dönem, doğumun ardından kadının gebelik öncesi fizyolojik durumuna geri dönmeye başladığı, hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından kritik öneme sahip bir süreçtir. Bu dönemde fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikolojik uyum süreçleri de devam etmektedir. Postpartum sürenin genellikle 6 hafta olduğu kabul edilse de organizmanın gebelik öncesi duruma tam olarak adapte olması 10–12 haftayı bulabilmekte, bazı çalışmalarda ise bu sürecin bir yıla kadar uzayabileceği bildirilmektedir (14). Postpartum dönemde kadının hem biyolojik hem de psikososyal yapısında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Aileye yeni bir bireyin katılmasıyla birlikte kadınlar fiziksel iyileşme sürecine ek olarak yeni aile dinamiklerine ve annelik rolüne uyum sağlama sürecine girmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan hormonal dalgalanmalar, uyku düzenindeki bozulmalar, günlük yaşam alışkanlıklarındaki değişiklikler, artan sorumluluklar ve yorgunluk gibi etmenler annenin psikolojik uyumunu etkileyerek duygu durumunda dalgalanmalara yol açabilmektedir.

Postpartum dönemde görülen duygudurum değişiklikleri klinik olarak üç ana başlık altında incelenmektedir: annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz (15).

2.2.1. ANNELİK HÜZNÜ

Annelik hüznü doğum sonrası dönemde sık karşılaşılan ve birçok kadını etkileyebilen geçici bir duygudurum değişikliğidir (16). Literatürde postpartum dönemdeki kadınların yaklaşık yarısında görüldüğü bildirilmektedir (17). Bu durum genellikle doğumu takiben 3. veya 4. günlerde ortaya çıkmakta ve belirtiler çoğunlukla kısa süreli olup birkaç günden iki haftaya kadar devam edebilmektedir (18). Annelik hüznü yaşayan kadınlarda en sık gözlenen belirtiler arasında ağlama eğiliminde artış, yorgunluk, uyku düzensizlikleri, anksiyete, irritabilite, duygudurumda dalgalanmalar, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye karşı artmış duyarlılık ile kayıp ve keder duyguları

yer almaktadır (19). Bu tablo genellikle intihar düşünceleri ile ilişkili değildir ve çoğu olguda farmakolojik tedavi gerekmeksizin düzelir. Destekleyici yaklaşım temel tedavi yöntemini oluşturmakta olup, psikososyal destek ile aile ve yakın çevrenin katkısı semptomların hafifletilmesinde önemli rol oynamaktadır (16). Bununla birlikte, belirtilerin uzaması veya şiddetlenmesi durumunda profesyonel değerlendirme önerilmektedir. Tedavi edilmeyen annelik hüznü olgularının yaklaşık %20'sinde postpartum depresyona ilerleme bildirilmiş olması, doğum sonrası erken dönemde sağlanan psikolojik ve sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır (20).

2.2.2. POSTPARTUM DEPRESYON

Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk yıl içerisinde ortaya çıkabilen, yoğun üzüntü, anksiyete, umutsuzluk, ilgi kaybı ve günlük işlevsellikte bozulma ile karakterize bir duygudurum bozukluğudur (21). Postpartum dönem, doğumu takiben kadının gebelik öncesi fizyolojik durumuna geri dönmeye başladığı ve hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından kritik öneme sahip bir süreçtir (14). Bu dönem genel olarak üç evrede incelenmektedir: doğumdan sonraki ilk 24 saat, doğumdan sonraki ilk hafta ve ikinci haftadan başlayarak altıncı ya da on ikinci haftaya kadar uzanan süreç (22). ICD-10'a göre doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizod, postpartum depresif epizod olarak tanımlanır. Literatürde yer alan çalışmalar postpartum depresyonun sıklıkla doğum sonrası ilk 2–4 hafta içinde ortaya çıktığını ve bazı olgularda bir yıla kadar devam edebildiğini göstermektedir (23). Postpartum depresyonun başlıca belirtileri arasında enerji kaybı, duygudurum dalgalanmaları, persistan yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, iştah değişiklikleri, uyku düzensizlikleri ve anne-bebek bağlanmasında güçlük yer almaktadır (24). Tedavi edilmemiş perinatal depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları; anne, yenidoğan ve aile bütünlüğü üzerinde ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle gebelik ve lohusalık döneminde depresyonun erken tanı alması büyük önem taşımaktadır. ACOG, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış standart tarama araçları kullanılarak gebelerin perinatal dönem boyunca en az bir kez depresyon ve anksiyete açısından değerlendirilmesini önermektedir (25).

2.2.2.1. EPİDEMİYOLOJİ

Postpartum depresyonun küresel prevalansı ülkelerin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel özelliklerine bağlı olarak değişkenlik göstermekte olup %5 ile %26 arasında bildirilmektedir (26). Gelişmiş ülkelerde PPD prevalansının genellikle %10–15 aralığında olduğu belirtilirken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %20'nin üzerine çıkabildiği ifade edilmektedir (27). Türkiye'de yapılan bir meta-analizde PPD'nin birleşik prevalansının %24 olduğu ve bu oranın %9 ile %51 arasında değiştiği bulunmuştur (28).

2.2.2.2. ETİYOLOJİ

2.2.2.2.1. Biyolojik Temeller ve Hormonal Dinamikler

Gebelik süresince östrojen ve progesteron düzeylerinde belirgin artışlar meydana gelmekte ve bu hormonlar merkezi sinir sistemi üzerinde özellikle serotonin, dopamin, gama-aminobütirik asit (GABA) nörotransmitter sistemleri aracılığıyla duygudurum düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Doğum sonrasında bu hormon düzeylerinde meydana gelen ani düşüş duygudurum regülasyonunda bozulmaya yol açarak postpartum depresyon gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Bunun yanı sıra, hipotalamo-hipofizer-adrenal aks (HPA) disfonksiyonu ve kortizol düzeylerindeki düzensizliklerin de depresif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (29).

Tiroid fonksiyonlarının postpartum depresyon ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle hipotiroidi ile depresyon arasındaki birliktelik bu ilişkiyi desteklemektedir. Gebelikte artan östrojen düzeylerinin tiroksin bağlayıcı globulin (TBG) düzeylerini artırarak dolaşımdaki total tiroksin seviyelerini yükselttiği bilinmektedir. Bununla birlikte gebeliğin son trimesterinde total ve serbest T4 düzeylerinde gözlenen düşüş tiroid hormonlarının postpartum depresyon patofizyolojisindeki olası rolünü düşündürmektedir.

Laktojenik hormonlar arasında yer alan oksitosin ve prolaktinin de postpartum depresyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle üçüncü trimester ve postpartum dönemde düşük oksitosin düzeylerinin depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Stuebe ve ark. tarafından yapılan çalışmada, postpartum ilk 8 haftada

emziren kadınlarda yüksek oksitosin düzeyleri ile depresif semptomlar arasında ters yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (30).

Postpartum depresyonu olan kadınlarda serotonin reseptörlerinden 5-HT1A ile serotonin arasındaki bağlanmanın sağlıklı bireylere kıyasla daha zayıf olduğu saptanmıştır. Ayrıca dopaminerjik yolaklardaki yetersizlik ve inhibisyonların da postpartum depresyon gelişiminde rol oynayabileceği bildirilmektedir (31).

2.2.2.2.2. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Gebelik ve doğum süreci, kadınlar için yalnızca biyolojik değil aynı zamanda fiziksel ve psikolojik açıdan da önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu süreçte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile şekillenmektedir (32). Psikososyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Gebelikte sosyal destek zayıflığının depresyon gelişimine etkisi olduğunu saptanmıştır (33). Postpartum depresyon gelişiminde önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, istenmeyen gebelik, eş desteğinin yetersizliği, ev içi şiddet, aile içi çatışmalar, düşük sosyoekonomik düzey, göçmenlik, yalnızlık gibi faktörler de önemli risk etkenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca gebelik ve doğum sonrası dönemde artan psikososyal yük, eşit olmayan toplumsal cinsiyet rolleri ve bakım sorumluluklarının yoğunluğu ile birleştiğinde ruhsal bozukluk gelişme riskini artırmaktadır (31).

Gebelikte ortaya çıkan obstetrik komplikasyonlar da postpartum depresyon gelişiminde etkili olabilmektedir. Örneğin, preeklampsi ile ilişkili biyokimyasal değişikliklerin serotonin düzeyleri üzerinde etkili olduğu ve bunun merkezi sinir sisteminde serotonin dengesini bozarak depresif semptomların ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca acil sezaryen, fetal distres gibi durumlar ile ilişkili artmış ağrı ve stres düzeyi de olumsuz duygudurum oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (34).

2.2.2.2.3. Genetik Etkenler

Postpartum dönemde duygudurum değişiklikleri yaşayan kadınların birinci derece akrabalarında benzer psikiyatrik tabloların görülme sıklığının genel popülasyona

kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu bulgu genetik yatkınlığın postpartum depresyon gelişiminde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (35,36).

2.2.2.3. RİSK FAKTÖRLERİ

2.2.2.3.1. Psikiyatrik ve Kişisel Geçmiş

Annenin daha önce depresyon, anksiyete ya da diğer psikiyatrik bozukluklar açısından anamneze sahip olması postpartum depresyon için en güçlü risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Gebelik sürecinde depresif semptomların varlığı, düşük benlik saygısı, stresle başa çıkma becerilerinin yetersiz olması ve geçmişte yaşanan travmatik olaylar da riski artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır (37).

2.2.2.3.2. Biyolojik ve Tıbbi Etkenler

Tiroid fonksiyon bozuklukları, kronik hastalıklar ve genel fiziksel sağlık sorunları postpartum depresyon gelişiminde rol oynayabilmektedir. Doğum sonrası dönemde sık karşılaşılan uyku yoksunluğu ve kronik yorgunluk annenin psikolojik dayanıklılığını azaltarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (35,38).

2.2.2.3.3. Gebelik ve Doğumla İlgili Etkenler

Gebelik ve doğum süreci, annenin yaşamında hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan hassas bir dönemdir. Bu süreçte yaşanan olumsuz deneyimler postpartum dönemde ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. İstenmeyen veya plansız gebelikler annede çaresizlik, yetersizlik ve suçluluk duygularını artırarak postpartum depresyon riskini artırmaktadır (39).

Gebelikte hipertansiyon, diyabet, preeklampsi gibi obstetrik komplikasyonların varlığı anne ve fetüs sağlığı açısından tehdit oluşturmakta ve buna bağlı gelişen kaygı postpartum depresyon gelişimini kolaylaştırmaktadır (40).

Zor, uzun süren ya da acil müdahale gerektiren doğumlar travmatik doğum deneyimi ile ilişkilendirilmekte olup postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimi açısından risk oluşturmaktadır (41). Doğum sırasında veya sonrasında gelişen

kanama, enfeksiyon ve yoğun bakım ihtiyacı gibi komplikasyonlar da hem fiziksel hem psikolojik açıdan yıpratıcı olup depresyon gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (42).

2.2.2.3.4. Sosyal ve Çevresel Etkenler

Postpartum depresyon gelişiminde sosyal ve çevresel faktörler belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle sosyal desteğin yetersiz olması en önemli risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Annenin aile, arkadaş çevresi ve toplumdan yeterli destek alamaması sürece uyumu zorlaştırmaktadır (43). Eş desteğinin yetersizliği, iletişim problemleri, evlilik içi çatışmalar annede yalnızlık ve çaresizlik duygularını artırarak depresyon riskini yükseltmektedir (13).

Düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik ve maddi yetersizlikler de önemli çevresel risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu durumlar annenin hem kendi hem de bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada güçlük yaşamasına neden olarak stres düzeyini artırmaktadır (44).

Düşük eğitim düzeyi, fiziksel, duygusal veya ekonomik şiddete maruz kalma da annenin özgüvenini azaltmakta ve depresyon riskini belirgin şekilde artırmaktadır (45,46).

2.2.2.3.5. Bebekle İlgili Etkenler

Bebeğin sağlık durumu, davranış özellikleri ve bakım gereksinimleri postpartum depresyon gelişiminde etkili olabilmektedir (47). Prematüre doğum veya düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerin yoğun bakım gereksiniminin fazla olması annede kaygıyı artırmakta ve ebeveynlik rolüne uyumu zorlaştırmaktadır (48). Bebeğin kronik hastalık, konjenital anomali veya sık hastalanma gibi sağlık sorunlarının bulunması da annenin psikolojik yükünü artırmaktadır (49). Aşırı ağlama, uyku düzensizlikleri ve beslenme problemleri olan bebeklerin annelerinde postpartum depresyon oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir bu durum, annede yetersizlik ve çaresizlik duygularını artırarak annelik rolüne adaptasyonu güçleştirmektedir (50,51). Çoğul gebeliklerde bakım yükünün artması nedeniyle annenin uyku, beslenme ve dinlenme düzeni bozulmakta bu durum da postpartum depresyon riskinin artmasına neden

olmaktadır (52). Doğum sonrası dönemde anne ile bebek arasında kurulan bağlanma, hem bebeğin gelişimi hem de annenin ruh sağlığı açısından kritik öneme sahiptir (53).

2.2.2.3.6. Demografik Etkenler

Anne yaşı postpartum depresyon açısından önemli bir belirleyicidir. Genç yaşta anne olan kadınlarda psikososyal olgunluğun yeterince gelişmiş olmaması, ekonomik bağımsızlığın olmaması ve sosyal destek yetersizliği depresyon riskini artırmaktadır (54). İleri yaş gebeliklerde ise infertilite öyküsü varlığı, artmış obstetrik komplikasyonlar depresif semptomların gelişimine katkıda bulunabilmektedir (55).

Eğitim düzeyi de postpartum depresyon üzerinde etkili bir faktördür. Düşük eğitim düzeyine sahip kadınlarda sağlık okuryazarlığının sınırlı olması, gebelik ve bebek bakımıyla ilgili bilgi eksiklikleri depresyon riskini artırmaktadır (54). Buna karşılık, yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin daha kolay olduğu ve baş etme mekanizmalarının daha güçlü olduğu bildirilmektedir (56).

Sosyoekonomik durum ve istihdam da annenin ruh sağlığı üzerinde doğrudan etkilidir. Düşük gelir düzeyi, işsizlik ve güvencesiz çalışma koşulları doğum sonrası bakım süreçlerini olumsuz etkileyerek postpartum depresyon riskini anlamlı şekilde artırmaktadır (57)

2.2.2.4. TANI VE TARAMA

Postpartum depresyon riskinin belirlenmesine yönelik çeşitli psikometrik ölçekler kullanılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve klinik araştırmalarda kullanım onayı almış başlıca ölçekler arasında;

- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)
- Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (PDTÖ)
- Beck Depresyon Envanteri (BDE)
- Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve
- CES Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) yer almaktadır (58).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)

EPDS ilk olarak 1987 yılında Cox, Holden ve Sagovsky tarafından geliştirilmiş olup, PPD taramasında en yaygın kullanılan özbildirim ölçeğidir. En büyük avantajı kısa ve kolay uygulanabilir olmasıdır. Toplam 10 maddeden oluşur ve annenin son bir hafta içerisindeki duygusal durumunu değerlendirmeyi amaçlar. Postpartum dönemde depresyonu diğer duygudurum bozukluklarından ayırt etme konusunda yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Ölçekten alınan puan 0-30 arasında değişmekte olup, ≥13 kesme puanı klinik olarak anlamlı depresif belirtileri işaret etmektedir (59).

Türkiye'de postpartum depresyon taraması, T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi kapsamında yer almaktadır. Bu rehbere göre postpartum depresyon riski doğum sonrası 30–42. günler arasında değerlendirilmelidir. EPDS toplam puanının 13 ve üzerinde olması durumunda hastanın ileri değerlendirme ve tedavi amacıyla psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (60).

2.2.2.5. POSTPARTUM DEPRESYONUN BEBEK ÜZERİNE ETKİSİ

Yenidoğanın bakımında temel sorumluluk çoğu zaman anne tarafından üstlenilmektedir. Anne ile bebek arasında kurulan güvenli ve sevgi temelli bağ çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişiminin desteklenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Postpartum depresyon genellikle doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkmakta ve bazı olgularda bir yıla kadar uzayabilmektedir. Bu dönem, bebeğin gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Anne ile bebek arasında yaşamın ilk yılında güvenli bağlanma sağlanamaz ise bebek duygusal, sosyal, fiziksel ve zihinsel sorunlar, dil gelişiminde gecikmeler yaşayabilir (3,23).

Postpartum dönemde uygulanan non-farmakolojik tedavi yaklaşımlarının anne-bebek etkileşimini ve çocuk gelişimini olumlu yönde destekleyebileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte, farmakolojik tedavi alan annelerin çocuklarında ilaçların uzun dönem yapısal ve davranışsal etkilerine ilişkin veriler sınırlı olup, bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (61).

2.2.2.6. TEDAVİ

Postpartum depresyonun tedavisi bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla planlanmalıdır. Tedavi seçiminde hastalığın şiddeti, annenin psikososyal durumu, emzirme durumu ve bireysel tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır. Postpartum depresyonun birinci basamak tedavi seçenekleri psikoterapi ve farmakoterapidir. Hafif ve orta şiddetteki olgularda öncelikli olarak psikoterapötik yaklaşımlar tercih edilirken, daha ağır depresyon tablolarında antidepresan tedavi ile kombine yaklaşımlar önerilmektedir (62).

Farmakolojik tedavide, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar (TSA), östradiol, progesteron, zuranolone ve brexalonone kullanılabilmektedir. Ağır postpartum depresyon olgularında, psikoterapi ve farmakoterapiye yanıt alınamayan durumlarda elektrokonvülsif tedavi (EKT) etkili bir alternatif olarak değerlendirilmektedir. Özellikle intihar düşünceleri, bebeğe zarar verme eğilimi veya psikotik belirtilerin varlığında EKT hızlı ve etkili bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır (63).

2.2.2.7. KORUYUCU MÜDAHALELER

Koruyucu müdahaleler birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Birincil koruma, hastalığın ortaya çıkma olasılığını azaltmayı hedeflerken; ikincil koruma erken tanı ve hastalığın ilerlemesinin önlenmesini kapsamaktadır. Üçüncül koruma ise hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastalığın progresyonunun yavaşlatılmasına yöneliktir.

Postpartum depresyonun önlenmesine yönelik başlıca müdahale yöntemleri biyolojik, psikolojik ve psikososyal yaklaşımlar olarak sınıflandırılmaktadır (64).

2.2.2.7.1. Biyolojik Müdahaleler

Biyolojik müdahaleler antidepresan tedavi ile birlikte omega-3 yağ asitleri, kalsiyum, selenyum ve tiroksin gibi destekleri içermektedir. Bu müdahalelerin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte, bazı bulgular destekleyici niteliktedir. Özellikle gebelik ve postpartum

dönemde kalsiyum ve selenyum desteğinin postpartum depresyon görülme sıklığını azaltabileceği bildirilmiştir (65,66,67).

2.2.2.7.2. Psikolojik Müdahaleler

Psikolojik müdahalelerin postpartum depresyon üzerindeki olumlu etkileri çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur. Kişilerarası psikoterapi (KİPT), başlangıçta majör depresif bozukluk tedavisinde kullanılan bir yöntem olmakla birlikte daha sonra perinatal dönemde depresif semptomların önlenmesi ve azaltılması amacıyla da uygulanmaya başlanmıştır (68). KİPT temelli geliştirilen ROSE (Reach Out, Stay Strong, Essentials for New Mothers) programı ise anne adaylarını ebeveynlik rolüne hazırlamayı, sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmeyi ve kişilerarası sorunların tanımlanarak çözülmesini amaçlamaktadır (69).

2.2.2.7.3. Psikososyal Müdahaleler

Postpartum depresyon sıklığını azaltmaya yönelik psikososyal müdahaleler arasında sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen düzenli ev ziyaretleri, postpartum destek gruplarının oluşturulması ve bilgilendirici öz yardım materyallerinin sağlanması yer almaktadır (70). Son yıllarda gündeme gelen yaklaşımlardan biri de doula (doğum koçluğu) desteğidir. Doula desteğinin doğum sürecinde anneye fiziksel ve duygusal destek sağladığı bilinmekle birlikte, yapılan çalışmalarda bu desteğin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği skorları üzerinde anlamlı bir azalma sağlamadığı bildirilmiştir (71). Postpartum dönemde en önemli ve ulaşılabilir sosyal destek kaynaklarından biri eş desteğidir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde yeterli eş desteği alan kadınlarda postpartum depresyon görülme sıklığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (72).

2.2.3. POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum psikoz doğumla ilişkili psikiyatrik hastalıklar arasında nadir görülen psikiyatrik bir acildir. Görülme sıklığı %0,1–0,2 arasında değişmekte olup vakaların yaklaşık %80'inde semptomlar ilk 3 hafta içerisinde görülür, doğumdan sonraki 2-3 gün içerisinde bile bulgular gözlenebilmektedir. Klinik belirtiler arasında

halüsinasyonlar, sanrılar, bebeğe zarar verme düşünceleri ve intihar eğilimleri yer almaktadır.

Risk faktörleri arasında bipolar bozukluk öyküsü, ailede doğum sonrası psikoz öyküsü, artmış stres, eş/aile desteği eksikliği, doğum öncesi bebek ölümleri, annenin 25 yaş altı ve ya 35 yaş üstü olması, ilk doğum, sigara kullanımı, alkol-madde bağımlılığı, düşük sosyoekonomik düzey, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi durumlar sayılabilir. Postpartum dönemdeki hormonal değişikliklerin de PPP'yi tetiklediği düşünülmektedir.

Postpartum psikoz, postpartum depresyona kıyasla intihar düşüncelerinin daha sık görüldüğü ciddi bir klinik durumdur. Anne ve bebek için geri dönüşümsüz hayati sonuçlar doğurabileceği için yapılacak müdahalenin olabildiğince hızlı bir şekilde yapılması ve olguların hospitalize edilmesi en uygun yaklaşımdır.

Tedavide genellikle farmakolojik yaklaşımlar tercih edilmekte olup, tedaviye dirençli olgularda elektrokonvülsif tedavi (EKT) etkili bir alternatif olarak kullanılabilmektedir. Uygun tedavi alan hastaların büyük çoğunluğunda (%95) 2–3 ay içerisinde belirgin iyileşme sağlandığı bildirilmektedir. Bu nedenle postpartum psikoz belirtileri gösteren hastalarda erken tanı ve hızlı müdahale büyük önem taşımaktadır. Erken tanı hem tedavi süreci ve iyileşmeyi hızlandırmakta hem de olası komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır (73).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon düzeyini ve ilişkili klinik, obstetrik ve sosyodemografik faktörleri değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlandı. Araştırmaya, ilgili sağlık merkezinde doğum yapan ve postpartum dönemde değerlendirilen toplam 150 kadın dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu), obstetrik öyküleri (gravida, parite, abortus sayısı), gebelik ve doğum sürecine ait klinik verileri (gebelik haftası, doğum şekli, doğumhanede kalış süresi, indüksiyon, sezaryen türleri), laboratuvar parametreleri (doğum öncesi ve sonrası hemoglobin düzeyleri ve farkı) ile yenidoğan özellikleri (tahmini fetal ağırlık, APGAR skorları, yenidoğan yoğun bakım yatışı ve nedenleri) kaydedildi .

Katılımcıların depresyon düzeyi, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak değerlendirildi. Ölçekten elde edilen toplam puan sürekli değişken olarak analiz edildi ve ayrıca belirlenen kesme değerine göre “depresyon var/yok” şeklinde ikili değişkene dönüştürüldü.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi IBM SPSS programı kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli değişkenlerin dağılımı ortalama ± standart sapma ve medyan (IQR) değerleri ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) olarak ifade edildi.

Normal dağılım varsayımının sağlanmadığı durumlarda iki grup karşılaştırmaları için Mann–Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmaları için ise Kruskal–Wallis testi kullanıldı. Grup karşılaştırmalarında ortalama farklar %95 güven aralıkları ile birlikte raporlandı ve etki büyüklükleri (r) hesaplandı.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı (r) ve anlamlılık düzeyleri raporlandı.

Kategorik değişkenler ile depresyon durumu arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile analiz edildi ve etki büyüklükleri Phi (Φ) ve Cramer's V katsayıları ile değerlendirildi.

Depresyon varlığını etkileyen bağımsız değişkenlerin belirlenmesi amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı. Modele yaş, VKİ, parite, abortus öyküsü, doğumhanede kalış süresi, hemoglobin farkı, çalışma durumu, sigara kullanımı, gebe eğitimi ve gelir durumu değişkenleri dahil edildi. Modelin uyumu Hosmer–Lemeshow testi, açıklayıcılığı ise Nagelkerke R^2 katsayısı ile değerlendirildi.

Ek olarak, anlamlı değişkenlerin belirlenmesi amacıyla Forward (Likelihood Ratio) yöntemi kullanılarak adım adım lojistik regresyon modeli oluşturuldu.

Modelin ayırt edicilik gücü ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi ile değerlendirildi ve eğri altında kalan alan (AUC) hesaplandı.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

TABLO 1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK TEMEL ÖZELLİKLERİ

Değişken	Ortalama ± SS	Medyan (IQR)	Min–Max
Yaş	29.88 ± 5.79	30 (9)	18–44
VKİ	27.88 ± 4.04	27.34 (5.47)	20.82–42.39
Gravida	2.80 ± 1.71	2.5 (2)	1–9
Parite	2.36 ± 1.28	2 (2)	1–7
Abortus	0.43 ± 0.83	0 (1)	0–6
EDPS	8.37 ± 5.25	8 (7)	0–25
	n(150)	**%**	
Abortus öyküsü			
Yok	106	70.7	
Var	44	29.3	
Ek hastalık			
Yok	111	74.0	
Var	39	26.0	
Ek hastalık türü			
Yok	111	74.0	
GDM	17	11.3	
GHT	8	5.3	
Tiroid hastalığı	7	4.7	
Kolestaz	7	4.7	

(SS: Standart Sapma, IQR: Interquartil Range, Min: Minimum, Max: Maksimum, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, GDM: Gestasyonel Diyabet Mellitus, GHT: Gestasyonel Hipertansiyon)

Çalışmaya toplam 150 postpartum kadın dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 29.88±5.79 yıl olup medyan değer 30 (IQR: 9) olarak saptandı. Ortalama vücut kitle indeksi 27.88±4.04 olup medyan değer 27.34 (IQR: 5.47) olarak bulundu.

Obstetrik özellikler incelendiğinde, ortalama gravida sayısı 2.80±1.71 ve parite 2.36±1.28 olarak saptandı. Abortus sayısı ortalama 0.43±0.83 olup medyan değer 0 (IQR: 1) idi. Katılımcıların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) puan ortalaması 8.37±5.25 olup medyan değer 8 (IQR: 7) olarak bulundu. EPDS puanları 0 ile 25 arasında değişmekteydi.

Katılımcıların %29.3'ünde abortus öyküsü mevcutken, %70.7'sinde abortus öyküsü bulunmamaktaydı. Ek hastalık varlığı %26.0 oranında saptanırken, %74.0'ünde ek hastalık bulunmamaktaydı.

Ek hastalık türleri incelendiğinde, en sık görülen durum gestasyonel diyabet (%11.3) olup, bunu gestasyonel hipertansiyon (%5.3), tiroid hastalıkları (%4.7) ve kolestaz (%4.7) izlemekteydi.

TABLO 2. GEBELİK VE DOĞUM SÜRECİNE AİT KLİNİK ÖZELLİKLER

Değişken	Ortalama ± SS	Medyan (IQR)	Min–Max
Gebelik haftası	38.23 ± 1.52	38 (1)	32–42
Gebelik günü	2.87 ± 2.06	3 (3)	0–6
Doğumhanede kalış süresi (saat)	3.43 ± 5.41	1 (5)	0–30
Doğum öncesi Hb	11.88 ± 1.44	12 (1.9)	8.1–14.6
Doğum sonrası Hb	10.61 ± 1.62	10.5 (2.4)	6.4–14.1
Hb farkı	-1.27 ± 1.05	-1.2 (1.3)	-4.5 – 1.7
	n(150)	%	
Doğum şekli	82	54.7	
Vajinal	68	45.3	
Sezaryen			
Spontan eylem (detaylı)			
Yok	81	54.0	
Su gelişi	27	18.0	
Dilatasyon	42	28.0	
Spontan eylem (binary)			
Yok	81	54.0	
Var	69	46.0	
İndüksiyon			
Yok	135	90.0	
Var	15	10.0	
Acil sezaryen			
Yok	116	77.3	
Var	34	22.7	
Elektif sezaryen			
Yok	117	78.0	
Var	33	22.0	
Gebe eğitimi alma			
Hayır	107	71.3	
Evet	43	28.7	
Memnuniyet durumu			
Memnun değil	1	0.7	
Memnun	149	99.3	
Gebelikte hastane yatışı			
Yok	130	86.7	
Var	20	13.3	
Gebelikte hastane yatışı (gün)	4.48 ± 4.42	3(3)	0–19

(Hb: Hemoglobin, SS: Standart Sapma, IQR: Interquartil Range, Min: Minimum, Max: Maksimum)

Katılımcıların ortalama gebelik haftası 38.23±1.52 olup medyan değer 38 (IQR: 1) olarak saptandı. Gebelik günü ortalaması 2.87±2.06 olup medyan değer 3 (IQR: 3) idi.

Doğumhanede kalış süresi ortalama 3.43±5.41 saat olarak bulunurken, medyan değer 1 saat (IQR: 5) olarak saptandı. Doğum öncesi hemoglobin düzeyi 11.88±1.44 g/dL, doğum sonrası hemoglobin düzeyi ise 10.61±1.62 g/dL olarak bulundu. Hemoglobin düzeyindeki ortalama değişim -1.27±1.05 g/dL olup medyan değer -1.2 (IQR: 1.3) olarak hesaplandı.

Doğum şekline bakıldığında katılımcıların %54.7'si vajinal, %45.3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Spontan eylem detaylı olarak incelendiğinde olguların %54.0'ünde spontan eylem bulunmazken, %18.0'inde su gelişi ve %28.0'inde dilatasyon ile spontan eylem başladığı saptandı. Spontan eylem varlığı binary olarak değerlendirildiğinde %46.0 oranında spontan eylem mevcut olduğu görüldü.

İndüksiyon uygulaması %10.0 oranında olup, katılımcıların %22.7'sinde acil sezaryen ve %22.0'ında elektif sezaryen gerçekleştirildi.

Katılımcıların %28.7'si gebelik sürecinde gebe eğitimi almış olup, memnuniyet oranı %99.3 olarak saptandı. Gebelik süresince hastane yatışı %13.3 oranında görülmüş olup, yatış süresi ortalama 4.48±4.42 gün ve medyan değer 3 gün (IQR: 3) olarak bulundu.

TABLO 3. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

	n(150)	%
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6	4.0
Okuryazar	7	4.7
İlkokul	18	12.0
Ortaokul	41	27.3
Lise	49	32.7
Üniversite	29	19.3
Medeni durum		
Evli	147	98.0
Bekar	3	2.0
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	111	74.0
Çalışıyor	37	24.7
Öğrenci	2	1.3
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	49	32.7
Geliri giderine eşit	79	52.7
Geliri giderinden fazla	22	14.7
Sigara kullanımı		
Yok	131	87.3
Var	19	12.7
Alkol kullanımı		
Yok	146	97.3
Var	4	2.7

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde en yüksek oranın lise mezunlarına ait olduğu (%32.7), bunu ortaokul (%27.3) ve üniversite mezunlarının (%19.3) izlediği görülmüştür. Okuryazar olmayan ve yalnızca okuryazar olan katılımcıların oranları sırasıyla %4.0 ve %4.7 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu evli olup (%98.0), bekar katılımcı oranı %2.0 olarak bulunmuştur. Çalışma durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %74.0'ünün çalışmadığı, %24.7'sinin çalıştığı ve %1.3'ünün öğrenci olduğu görülmüştür.

Gelir durumu açısından katılımcıların %52.7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %32.7'sinin gelirinin giderinden az olduğu ve %14.7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir.

Yaşam tarzı özellikleri incelendiğinde sigara kullanımının %12.7, alkol kullanımının ise %2.7 oranında olduğu saptanmıştır.

İki tablo birlikte değerlendirildiğinde EPDS puanları ile hem ikili hem de çok kategorili değişkenler arasındaki ilişkiler daha bütüncül şekilde ortaya konulmaktadır.

Öncelikle Mann–Whitney U testi sonuçlarına göre klinik ve obstetrik değişkenlerin büyük çoğunluğu ile EPDS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Obezite, ek hastalık varlığı, parite, preterm doğum, doğum şekli, spontan eylem, indüksiyon, sezaryen türleri ve yenidoğan yoğun bakım yatışı gibi değişkenlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (tüm $p>0.05$). Bununla birlikte abortus öyküsü olan grupta EPDS puanlarının daha düşük olması dikkat çekmiş ve bu fark istatistiksel anlamlılığa oldukça yakın bulunmuştur ($p=0.053$). Bu bulgu, abortus öyküsünün depresyon düzeyi ile ilişkili olabileceğine dair zayıf bir eğilim olduğunu düşündürmektedir.

Sosyodemografik değişkenler incelendiğinde ise bazı anlamlı ilişkiler öne çıkmaktadır. Çalışan kadınlarda EPDS puanlarının daha yüksek olması ($p=0.019$), sigara kullanan bireylerde depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek bulunması ($p=0.012$) ve gebe eğitimi alan grupta EPDS puanlarının daha yüksek olması ($p=0.024$) dikkat çekmektedir. Bu değişkenlerin etki büyüklüklerinin küçük-orta düzeyde olması, klinik olarak da anlamlı olabilecek ilişkiler bulunduğunu düşündürmektedir.

Kruskal–Wallis analizi ile değerlendirilen çok kategorili değişkenlerde ise genel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ek hastalık türü, VKİ kategorisi, spontan eylem detayları, indüksiyon nedenleri ve sezaryen endikasyonları açısından EPDS puanları benzer dağılım göstermektedir (tüm $p>0.05$). Ancak bazı alt gruplarda dikkat çekici eğilimler bulunmaktadır. Örneğin indüksiyon nedenleri içinde preeklampsi ve fetal nedenlerde, sezaryen endikasyonları içinde makrozomi ve fetal distres durumlarında EPDS ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde YDYBÜ endikasyonları arasında intrauterin gelişme geriliği olan tek olguda oldukça yüksek EPDS puanı dikkat çekmektedir.

Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte ($p=0.083$), okuryazar ve okuryazar olmayan gruplarda EPDS

puanlarının daha yüksek olması ve ilkokul–ortaokul grubunda daha düşük bulunması dikkat çekici bir dağılım göstermektedir. Gelir durumunda ise anlamlı fark olmamakla birlikte (p=0.266), geliri giderinden az olan grupta EDPS puanlarının daha yüksek olması sosyoekonomik durum ile depresyon arasındaki olası ilişkiyi destekler niteliktedir.

Genel olarak her iki tablo birlikte değerlendirildiğinde, EPDS puanları ile obstetrik ve klinik değişkenler arasında belirgin bir ilişki saptanmazken, sosyodemografik ve davranışsal faktörlerin (özellikle çalışma durumu, sigara kullanımı ve gebe eğitimi) depresyon düzeyi ile daha yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca bazı çok kategorili değişkenlerde istatistiksel anlamlılık oluşmasa da belirli alt gruplarda gözlenen yüksek ortalamalar, daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmalarda anlamlı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir.

TABLO 4. YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ

Değişken	Ortalama ± SS	Medyan (IQR)	Min–Max
Kilo (g)	3250.47 ± 468.71	3230 (561)	2010–5090
APGAR 1. dk	7.81 ± 0.62	8 (0)	4–9
APGAR 5. dk	8.91 ± 0.34	9 (0)	7–9
YDYBÜ yatış süresi (gün)	1.56 ± 3.46	0 (0)	0–21
	n(150)	%	
APGAR 1. dk			
4	2	1.3	
6	1	0.7	
7	23	15.3	
8	120	80.0	
9	4	2.7	
APGAR 5. dk			
7	3	2.0	
8	11	7.3	
9	136	90.7	
Var			
YDYBÜ yatış durumu			
Yok	117	78.0	
Var	33	22.0	
YDYBÜ yatış endikasyonu			
Yok	117	78.0	
Sarılık	16	10.7	
Yenidoğan geçici takipnesi	9	6.0	
Sepsis	4	2.7	
Hipoglisemi	3	2.0	
İntrauterin gelişme geriliği	1	0.7	

(SS: Standart Sapma, IQR: Interquartil Range, Min: Minimum, Max: Maksimum, YDYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, APGAR: Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration, dk: Dakika)

Yenidoğanların ortalama kilosu 3250.47±468.71 g olup medyan değer 3230 (IQR: 561) olarak saptandı.

APGAR skorları değerlendirildiğinde, 1. dakika APGAR ortalaması 7.81±0.62 ve medyan değeri 8 (IQR: 0) olarak bulunurken, 5. dakika APGAR ortalaması 8.91±0.34

ve medyan değeri 9 (IQR: 0) olarak saptandı. APGAR skorlarının dağılımı incelendiğinde, 1. dakikada en sık görülen skorun %80.0 oran ile 8 olduğu, 5. dakikada ise olguların %90.7'sinde APGAR skorunun 9 olduğu belirlendi.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatış oranı %22.0 olarak saptandı. YDYBÜ yatış süresi ortalama 1.56±3.46 gün olup medyan değer 0 (IQR: 0) olarak bulundu. YDYBÜ yatış nedenleri incelendiğinde en sık nedenin sarılık (%10.7) olduğu, bunu yenidoğan geçici takipnesi (%6.0), sepsis (%2.7), hipoglisemi (%2.0) ve intrauterin gelişme geriliğinin (%0.7) izlediği görüldü.

TABLO 5. EPDS İLE SÜREKLİ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ

Değişken		Ort.	SS	EDPS Puan	Yaş	VKİ (kg/m^2)	Gravida	Parite	Abortus	Hafta	Doğum hane Süre	Giriş Hb (g/dL)	Çıkış Hb (g/dL)	ΔHb (g/dL)
EDPS Puan	**R**	8.37	±5.25	1.000										
	p			.										
Yaş	**R**	29.9	±5.79	-0.074	1.000									
	p			0.370	.									
VKİ (kg/m^2)	**R**	27.9	±4.04	-0.010	0.088	1.000								
	p			0.901	0.284	.								
Gravida	**R**	2.80	±1.71	-0.172	0.552	-0.004	1.000							
	p			0.035*	<0.001**	0.962	.							
Parite	**R**	2.36	±1.28	-0.109	0.510	0.025	0.906	1.000						
	p			0.183	<0.001**	0.757	<0.001**	.						
Abortus	**R**	0.43	±0.83	-0.167	0.300	0.021	0.580	0.243	1.000					
	p			0.041*	<0.001**	0.803	<0.001**	0.003*	.					
Hafta	**R**	38.23	±1.52	0.059	-0.243	0.053	-0.135	-0.166	0.073	1.000				
	p			0.473	0.003*	0.519	0.099	0.042*	0.375	.				
Doğum hane Süre	**R**	3.43	±5.41	0.078	-0.172	0.117	-0.208	-0.220	-0.021	0.247	1.000			
	p			0.343	0.035*	0.156	0.011*	0.007*	0.800	0.002*	.			
Giriş Hb (g/dL)	**R**	11.88	±1.44	-0.029	0.039	0.007	-0.162	-0.214	-0.054	0.042	0.186	1.000		
	p			0.726	0.635	0.934	0.048*	0.009*	0.508	0.607	0.023*	.		
Çıkış Hb (g/dL)	**R**	10.61	±1.62	-0.054	0.104	0.031	-0.006	-0.057	0.075	0.093	0.329	0.769	1.000	
	p			0.513	0.206	0.710	0.942	0.492	0.360	0.258	<0.001**	<0.001**	.	
ΔHb (g/dL)	**R**	-1.27	±1.05	-0.033	0.136	0.086	0.213	0.236	0.131	0.073	0.302	-0.113	0.496	1.000
	p			0.688	0.097	0.296	0.009*	0.004*	0.111	0.375	<0.001**	0.168	<0.001**	.

*R: korelasyon katsayısı; *:p<0,05; **: p<0,001*

EPDS puanı ile diğer sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Analiz sonucunda EPDS puanı ile gravida ($r=-0.172$, $p=0.035$) ve abortus sayısı ($r=-0.167$, $p=0.041$) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

EPDS puanı ile yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), parite, gebelik haftası, doğumhanede kalış süresi, doğum öncesi hemoglobin, doğum sonrası hemoglobin ve hemoglobin farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Değişkenler arası ilişkiler incelendiğinde, gravida ile parite arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon ($r=0.906$, $p<0.001$) saptandı. Gravida ile abortus arasında orta düzeyde pozitif ilişki ($r=0.580$, $p<0.001$), parite ile abortus arasında ise zayıf düzeyde pozitif ilişki ($r=0.243$, $p=0.003$) gözlendi. Bununla birlikte yaş ile gravida ($r=0.552$, $p<0.001$), parite ($r=0.510$, $p<0.001$) ve abortus ($r=0.300$, $p<0.001$) arasında anlamlı pozitif yönlü ilişkiler bulundu.

Gebelik haftası ile doğumhanede kalış süresi arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki saptanırken ($r=0.247$, $p=0.002$), doğumhanede kalış süresi ile doğum sonrası hemoglobin ($r=0.329$, $p<0.001$) ve hemoglobin farkı ($r=0.302$, $p<0.001$) arasında da pozitif yönlü ilişkiler olduğu belirlendi. Ayrıca doğum öncesi hemoglobin ile doğum sonrası hemoglobin arasında güçlü pozitif korelasyon ($r=0.769$, $p<0.001$) saptandı.

Gravida, parite ve abortus değişkenleri ile yaş arasında gözlenen bu anlamlı pozitif ilişkiler, söz konusu değişkenlerin obstetrik öykünün birbiriyle ilişkili bileşenleri olması ve yaş arttıkça gebelik sayısının artmasının beklenen bir durum olması nedeniyle normal bir bulgu olarak değerlendirildi.

TABLO 6. EPDS İLE YENİDOĞAN DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ

Değişken		Ort.	SS	EPDS Puan	Kilo (g)	APGAR 1.dk	APGAR 5.dk	YDYBÜ yatış süresi (gün)
EPDS Puan	**R**	8.37	±5.25	1.000				
	p			.				
Kilo (g)	**R**	29.9	±5.79	-0.050	1.000			
	p			0.545	.			
APGAR 1.dk	**R**	27.9	±4.04	-0.085	-0.009	1.000		
	p			0.300	0.917	.		
APGAR 5.dk	**R**	2.80	±1.71	0.040	-0.087	0.558	1.000	
	p			0.628	0.293	<0.001**	.	
YDYBÜ yatış süresi (gün)	**R**	2.36	±1.28	-0.005	-0.073	-0.096	-0.067	1.000
	p			0.956	0.381	0.242	0.418	.

*R: korelasyon katsayısı; *:p<0,05; **: p<0,001*

(Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, EDPS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, g: Gram, dk: Dakika, YDYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, APGAR: Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration)

EPDS puanı ile yenidoğan değişkenleri arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Analiz sonucunda EPDS puanı ile Kilo (g) (r=-0.050, p=0.545), APGAR 1. dakika (r=0.085, p=0.300), APGAR 5. dakika (r=0.040, p=0.628) ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatış süresi (r=-0.005, p=0.956) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05). Yenidoğan değişkenleri kendi aralarında incelendiğinde, APGAR 1. dakika ile APGAR 5. dakika skorları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu (r=0.558,p<0.001).

TABLO 7. DEPRESYON DURUMU İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (Kİ-KARE)

Değişken	Depresyon yok n (%)	Depresyon var n (%)	p	Etki büyüklüğü (Φ / V)
Gravida			0.093	0.178
1	25 (67.6)	12 (32.4)		
2	32 (84.2)	6 (15.8)		
≥3	63 (84.0)	12 (16.0)		
Parite			0.125	0.125
1	31 (72.1)	12 (27.9)		
≥2	89 (83.2)	18 (16.8)		
Abortus öyküsü			0.088	0.139
Yok	81 (76.4)	25 (23.6)		
Var	39 (88.6)	5 (11.4)		
Preterm doğum			0.663	0.036
Preterm	11 (84.6)	2 (15.4)		
Term	109 (79.6)	28 (20.4)		
Gebelikte hastane yatışı			0.176	0.182
Yok	107 (82.3)	23 (17.7)		
Var	13 (65.0)	7 (35.0)		
Ek hastalık			0.402	0.068
Yok	87 (78.4)	24 (21.6)		
Var	33 (84.6)	6 (15.4)		
GHT	7 (87.5)	1 (12.5)	0.937	0.073
GDM	14 (82.4)	3 (17.6)		
Tiroid	6 (85.7)	1 (14.3)		
Kolestaz	6 (85.7)	1 (14.3)		

(DM: Gestasyonel Diyabet Mellitus, GHT: Gestasyonel Hipertansiyon)

Depresyon durumu ile klinik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile değerlendirildi. Analiz sonucunda gravida (p=0.093), parite (p=0.125), abortus öyküsü (p=0.088), preterm doğum (p=0.663), gebelikte hastane yatışı (p=0.176) ve ek hastalık varlığı (p=0.402) ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

Gruplar arası dağılımlar incelendiğinde, gebelikte hastane yatışı olan grupta depresyon oranının daha yüksek olduğu (%35.0'a karşı %17.7) dikkat çekmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Benzer şekilde, düşük gravida grubunda ve abortus öyküsü olmayan bireylerde depresyon oranlarının görece daha yüksek olduğu gözlendi, ancak bu farklılıklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

Ek hastalık türlerine göre yapılan değerlendirmede de depresyon oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.937).

TABLO 8. DEPRESYON DURUMU İLE OBSTETRİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (Kİ-KARE)

Değişken	Depresyon yok n (%)	Depresyon var n (%)	p	Etki büyüklüğü (Φ / V)
Spontan eylem (detaylı)			0.658	0.075
Yok (n=81)	67 (82.7)	14 (17.3)		
Su gelişi (n=27)	21 (77.8)	6 (22.2)		
Dilatasyon (n=42)	32 (76.2)	10 (23.8)		
Spontan eylem			0.368	0.074
Yok (n=81)	67 (82.7)	14 (17.3)		
Var (n=69)	53 (76.8)	16 (23.2)		
İndüksiyon			0.459	0.155
Yok (n=135)	110 (81.5)	25 (18.5)		
Diyabet (n=5)	4 (80.0)	1 (20.0)		
Kolestaz (n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)		
Fetal (n=4)	2 (50.0)	2 (50.0)		
Preeklampsi (n=2)	1 (50.0)	1 (50.0)		
İndüksiyon			0.174	0.111
Yok (n=135)	110 (81.5)	25 (18.5)		
Var (n=15)	10 (66.7)	5 (33.3)		
Acil sezaryen			0.380	0.072
Yok (n=116)	91 (78.4)	25 (21.6)		
Var (n=34)	29 (85.3)	5 (14.7)		
Acil sezaryen Endikasyonu			0.311	0.218
Yok (n=116)	91 (78.4)	25		
Geçirilmiş Uterin Cerrahi (n=16)	14 (87.5)	2 (12.5)		
Malprezentasyon (n=7)	7 (100.0)	0 (0.0)		
Gebeliğin Hipertansif Hastalıkarı (n=3)	3 (100.0)	0 (0.0)		
Makrozomi (n=2)	1 (50.0)	1 (50.0)		
Fetal Distres (n=4)	2 (50.0)	2 (50.0)		
Çoğul Gebelik (n=2)	2 (100.0)	0 (0.0)		
Elektif sezaryen			0.767	0.024
Yok (n=117)	93 (79.5)	24 (20.5)		
Var (n=33)	27 (81.8)	6 (18.2)		

Depresyon durumu ile doğum süreci ve obstetrik müdahaleler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile değerlendirildi. Analiz sonucunda spontan eylem durumu (detaylı ve binary), indüksiyon (detaylı ve binary), acil sezaryen, acil sezaryen endikasyonları ve elektif sezaryen ile depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (tüm $p>0.05$).

Spontan eylem detaylı olarak değerlendirildiğinde depresyon oranları spontan eylem olmayan grupta %17.3, su gelişi grubunda %22.2 ve dilatasyon grubunda %23.8 olarak bulunmuş, ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0.658$, $\Phi=0.075$). Benzer şekilde spontan eylem varlığına göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.368$, $\Phi=0.074$).

İndüksiyon açısından değerlendirildiğinde, indüksiyon uygulanan olgularda depresyon oranı daha yüksek (%33.3'e karşı %18.5) bulunmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.174$, $\Phi=0.111$). İndüksiyon endikasyonlarına göre yapılan değerlendirmede de anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.459$, $\Phi=0.155$).

Acil sezaryen varlığı ile depresyon durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.380$, $\Phi=0.072$). Acil sezaryen endikasyonlarına göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.311$, $\Phi=0.218$). Elektif sezaryen açısından da depresyon oranları benzer olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.767$, $\Phi=0.024$).

Etki büyüklükleri incelendiğinde tüm değişkenler için küçük veya ihmal edilebilir düzeyde etki büyüklükleri olduğu görülmüştür ($\Phi=0.024$–0.218).

TABLO 9. DEPRESYON DURUMUNA GÖRE SÜREKLİ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI (MANN–WHİTNEY U)

	EPDS (cutoff ≥13)						
Değişken	**Depresyon yok (n=120) Ort ± SS**	**Depresyon var (n=30) Ort ± SS**	**Medyan Fark**	**Ortalama Fark (95% GA)**	**r**	**Z**	**p**
Yaş	30.07 ± 5.65	29.13 ± 6.37	1.0	0.94 (-1.5 – 3.4)	0.07	-0.814	0.416
VKİ	27.81 ± 4.11	28.22 ± 3.83	-0.59	-0.41 (-2.0 – 1.2)	0.06	-0.738	0.461
Gravida	2.92 ± 1.74	2.33 ± 1.52	1.0	0.59 (-0.05 – 1.23)	0.15	-1.870	0.062
Parite	2.42 ± 1.29	2.10 ± 1.21	0.0	0.32 (-0.15 – 0.79)	0.11	-1.326	0.185
Abortus	0.48 ± 0.89	0.23 ± 0.57	0.0	0.25 (-0.05 – 0.55)	0.13	-1.646	0.100
Gebelik haftası	38.16 ± 1.50	38.53 ± 1.59	0.0	-0.37 (-1.0 – 0.3)	0.06	-0.686	0.493
Doğumhane süresi	3.03 ± 4.93	5.00 ± 6.87	-1.0	-1.97 (-4.2 – 0.3)	0.15	-1.808	0.071
Doğum öncesi Hb	11.92 ± 1.39	11.73 ± 1.63	0.2	0.19 (-0.3 – 0.7)	0.04	-0.515	0.607
Doğum sonrası Hb	10.68 ± 1.59	10.32 ± 1.74	0.3	0.36 (-0.2 – 0.9)	0.07	-0.881	0.378
Hb farkı	-1.23 ± 1.01	-1.41 ± 1.21	0.1	0.18 (-0.3 – 0.6)	0.04	-0.433	0.665
Hastane yatış süresi	5.50 ± 5.16	2.43 ± 0.53	130	3.07 (-0.8 – 6.9)	0.29	-1.324	0.185
Kilo (g)	3271.86 ± 485.20	3166.33 ± 393.20	0.0	105 (-50 – 260)	0.11	-1.402	0.161
APGAR 1.dk	7.78 ± 0.65	7.93 ± 0.45	0.0	-0.15 (-0.4 – 0.1)	0.09	-1.134	0.257
APGAR 5.dk	8.87 ± 0.41	8.97 ± 0.18	2.0	-0.10 (-0.3 – 0.1)	0.10	-1.272	0.203

(EPDS: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, GA: Güven Aralığı, VKİ : Vücut Kitle İndeksi, Hb : Hemoglobin, APGAR: Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration, g: Gram, dk: Dakika)

Depresyon durumuna göre sürekli değişkenlerin karşılaştırılması Mann–Whitney U testi ile değerlendirilmiş, medyan farklar Hodges–Lehmann yöntemi ile hesaplanmış ve ortalama farklar %95 güven aralıkları ile birlikte sunulmuştur.

Analiz sonucunda yaş, vücut kitle indeksi, gravida, parite, abortus sayısı, gebelik haftası, doğumhanede kalış süresi, doğum öncesi ve sonrası hemoglobin düzeyleri, hemoglobin farkı, hastane yatış süresi, kilo ve APGAR skorları açısından depresyon olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm $p>0.05$).

Gruplar karşılaştırıldığında, depresyon grubunda doğumhanede kalış süresinin daha uzun olduğu (5.00 ± 6.87 saat vs 3.03 ± 4.93 saat) ve gravida değerlerinin daha düşük olduğu (2.33 ± 1.52 vs 2.92 ± 1.74) gözlenmiş olup, bu değişkenler için istatistiksel anlamlılığa yakın eğilimler izlenmiştir (sırasıyla $p=0.071$ ve $p=0.062$). Medyan farklar sırasıyla -1 saat (GA: -2 – 0) ve 1 gebelik (GA: 0–1) olarak hesaplanmıştır.

Abortus sayısı depresyon grubunda daha düşük eğilim göstermiş olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.100$). Benzer şekilde parite ve diğer obstetrik değişkenler açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hemoglobin düzeyleri incelendiğinde, doğum öncesi ve sonrası değerler ile hemoglobin farkı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış, güven aralıklarının sıfırı içerdiği görülmüştür. Yenidoğan sonuçları açısından değerlendirilen APGAR skorları ve kilo değişkenlerinde de anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastane yatış süresi açısından etki büyüklüğü diğer değişkenlere göre daha yüksek bulunmuş ($r=0.29$) olsa da bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0.185$).

Genel olarak değerlendirildiğinde, depresyon durumu ile incelenen klinik ve obstetrik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, etki büyüklüklerinin çoğunlukla düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

TABLO 10. EDPS PUANLARININ İKİLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (MANN–WHİTNEY U)

Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği							
Değişken (n)	**Grup**	**n**	**Ort. ± SS**	**Ortalama Fark (95% GA)**	**r**	**Z**	**p**
Obezite (n=150)	Yok	109	8.30 ± 5.30	0.07 (-1.5 – 1.6)	0.02	-0.205	0.838
	Var	41	8.50 ± 5.10				
Ek hastalık	Yok	111	8.40 ± 5.30	0.20 (-1.5 – 1.9)	0.03	-0.419	0.675
	Var	39	8.20 ± 5.10				
Parite (n=150)	Yok	43	9.10 ± 5.40	1.20 (-0.3 – 2.7)	0.13	-1.619	0.105
	Var	107	7.90 ± 5.10				
Abortus öyküsü (n=150)	Yok	106	8.90 ± 5.40	1.30 (-0.02 – 2.6)	0.16	-1.933	0.053
	Var	44	7.60 ± 4.80				
Preterm (n=150)	Term	137	8.40 ± 5.30	-0.60 (-3.5 – 2.3)	0.03	-0.432	0.666
	Preterm	13	8.10 ± 5.20				
Doğum şekli (n=150)	Vajinal	82	8.50 ± 5.20	0.30 (-1.2 – 1.8)	0.03	-0.371	0.711
	Sezaryen	68	8.20 ± 5.30				
Spontan eylem (n=150)	Yok	81	8.10 ± 5.10	-0.50 (-2.0 – 1.0)	0.04	-0.501	0.616
	Var	69	8.60 ± 5.30				
İndüksiyon (n=150)	Yok	135	8.20 ± 5.20	-0.80 (-2.8 – 1.2)	0.04	-0.518	0.604
	Var	15	9.00 ± 5.60				
Acil sezaryen (n=150)	Yok	116	8.30 ± 5.30	-0.10 (-1.7 – 1.5)	0.01	-0.099	0.921
	Var	34	8.40 ± 5.10				
Elektif sezaryen (n=150)	Yok	117	8.30 ± 5.30	-0.20 (-1.9 – 1.5)	0.02	-0.196	0.845
	Var	33	8.50 ± 5.20				
YDYBÜ yatış (n=150)	Yok	117	8.30 ± 5.30	0.10 (-1.6 – 1.8)	0.01	-0.127	0.899
	Var	33	8.40 ± 5.20				
Medeni durum (n=150)	Evli	147	8.30 ± 5.20	-2.20 (-6.5 – 2.1)	0.11	-1.312	0.189
	Bekar	3	10.50 ± 6.00				
Çalışma durumu (n=148)	Çalışmıyor	111	7.80 ± 5.00	-2.10 (-3.8 – -0.4)	0.19	-2.349	0.019*
	Çalışıyor	37	9.90 ± 5.60				
Sigara (n=150)	Yok	131	7.90 ± 5.00	-2.90 (-4.9 – -0.9)	0.21	-2.516	0.012*
	Var	19	10.80 ± 5.80				
Alkol (n=150)	Yok	146	8.30 ± 5.30	-1.20 (-5.5 – 3.1)	0.04	-0.468	0.640
	Var	4	9.50 ± 5.90				
Emzirme (n=150)	Yok	12	9.80 ± 5.70	1.50 (-1.7 – 4.7)	0.08	-0.979	0.327
	Var	138	8.30 ± 5.20				
Gebe eğitimi (n=150)	Yok	107	7.80 ± 5.00	-2.10 (-3.9 – -0.3)	0.18	-2.252	0.024*
	Var	43	9.90 ± 5.60				
Gebelikte hastane yatışı (n=150)	Yok	132	8.00 ± 5.10	-1.50 (-3.5 – 0.5)	0.08	-1.021	0.307
	Var	18	9.50 ± 5.80				

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) puanlarının çeşitli klinik ve sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması Mann–Whitney U testi ile değerlendirildi ve sonuçlar ortalama farklar ile %95 güven aralıkları birlikte sunuldu.

Analizlerde bazı değişkenlerde gruplama yapılmıştır. Parite değişkeni "parite yok" ve "parite var" şeklinde ikili olarak gruplandırılmış, abortus değişkeni ise "abortus öyküsü yok" ve "abortus öyküsü var" şeklinde kategorize edilmiştir. Çalışma durumu analizinde ise örneklem büyüklüğünün homojenliğini sağlamak amacıyla öğrenci olan 2 katılımcı analiz dışı bırakılmış ve karşılaştırmalar "çalışıyor" ve "çalışmıyor" grupları arasında yapılmıştır (n=148).

Analiz sonucunda obezite durumu, parite, preterm doğum, doğum şekli, spontan eylem, indüksiyon, acil ve elektif sezaryen, yenidoğan yoğun bakım yatışı, medeni durum, alkol kullanımı, emzirme durumu, gebelikte hastane yatışı ve ek hastalık varlığı ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tüm $p>0.05$). Ek hastalık varlığına göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($U=2067.0$, $Z=-0.419$, $p=0.675$).

Abortus öyküsü açısından değerlendirildiğinde, abortus öyküsü olmayan grupta EPDS puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiş (8.90 ± 5.40 vs 7.60 ± 4.80) ve bu fark istatistiksel anlamlılığa yakın bulunmuştur ($p=0.053$). Ortalama fark 1.30 olup %95 güven aralığının sıfırı sınırda içerdiği görülmüştür (-0.02 – 2.6).

Buna karşın bazı sosyodemografik değişkenler ile EPDS puanları arasında anlamlı ilişkiler saptandı. Çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmada çalışan kadınların EPDS puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (9.90 ± 5.60 vs 7.80 ± 5.00) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=-2.349$, $p=0.019$). Ortalama fark -2.10 olup %95 güven aralığı -3.8 ile -0.4 arasında idi.

Sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde, sigara kullanan bireylerin EPDS puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (10.80 ± 5.80 vs 7.90 ± 5.00; $Z=-2.516$, $p=0.012$). Ortalama fark -2.90 olup %95 güven aralığı -4.9 ile -0.9 arasında bulundu. Bu değişken için etki büyüklüğü diğer değişkenlere göre daha yüksek olup küçük-orta düzeyde bulunmuştur ($r=0.21$).

Gebe eğitimi alan bireylerde EPDS puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiş (9.90 ± 5.60 vs 7.80 ± 5.00) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2.252, p=0.024). Ortalama fark -2.10 olup %95 güven aralığı -3.9 ile -0.3 arasında yer almaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, EPDS puanları ile klinik ve obstetrik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, çalışma durumu, sigara kullanımı ve gebe eğitimi gibi sosyodemografik ve davranışsal faktörlerin depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Etki büyüklükleri incelendiğinde anlamlı bulunan değişkenler için küçük ile orta düzey arasında etki büyüklüğü olduğu saptanmıştır (r=0.18–0.21).

TABLO 11. EPDS PUANLARININ ÇOK KATEGORİLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (KRUSKAL–WALLİS)

Değişken	n	Ort. ± SS	H (χ^2)	p
Ek hastalık türü (n=150)				
Yok	111	8.43 ± 5.32	0.998	0.802
GHT	8	8.88 ± 3.80		
GDM	17	8.29 ± 6.23		
Tiroid	7	8.00 ± 4.97		
Kolestaz	7	7.29 ± 4.50		
VKİ kategorisi (n=150)				
Normal	37	8.43 ± 4.95	0.272	0.873
Fazla kilolu	72	8.18 ± 5.61		
Obez	41	8.59 ± 5.07		
Spontan eylem (n=150)				
Yok	81	8.05 ± 4.69	0.361	0.835
Su gelişi	27	8.74 ± 5.93		
Dilatasyon	42	8.74 ± 5.91		
İndüksiyon nedeni (n=150)				
Yok	135	8.26 ± 5.24	1.411	0.703
Diyabet	5	8.20 ± 4.97		
Kolestaz	4	8.25 ± 5.91		
Fetal	4	10.25 ± 7.27		
Preeklampsi	2	12.50 ± 4.95		
Sezaryen endikasyonu (n=150)				
Yok	116	8.46 ± 5.46	3.717	0.591
Geçirilmiş uterin cerrahi	16	7.38 ± 4.84		
Malprezentasyon	7	7.14 ± 3.58		
GHT	3	7.00 ± 3.61		
Makrozomi	2	12.50 ± 3.54		
Fetal distres	4	10.25 ± 6.70		
Çoğul gebelik	2	9.50 ± 2.12		
YDYBÜ endikasyonu (n=150)				
Yok	117	8.43 ± 5.40	7.203	0.126
Sarılık	16	9.06 ± 4.40		
Hipoglisemi	3	3.67 ± 3.79		
Sepsis	4	9.25 ± 6.55		
Geçici takipne	9	6.56 ± 3.61		
IUGR	1	17.00 ± —		

Eğitim durumu (n=150)				
Okuryazar değil	6	10.50 ± 5.17	9.734	0.083
Okuryazar	7	12.57 ± 4.72		
İlkokul	18	6.61 ± 5.65		
Ortaokul	41	7.76 ± 5.42		
Lise	49	7.96 ± 4.26		
Üniversite	29	9.55 ± 5.97		
Gelir durumu (n=150)				
Geliri giderinden az	49	9.47 ± 6.11	2.650	0.266
Geliri giderine eşit	79	7.61 ± 4.58		
Geliri giderinden fazla	22	8.64 ± 5.31		

(SS: Standart Sapma, Ort: Ortalama, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, GDM: Gestasyonel Diyabet Mellitus, GHT: Gestasyonel Hipertansiyon, YDYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, IUGR : Intra Uterin Gelişme Geriliği)

Kruskal–Wallis analizi sonucunda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) puanlarının çok kategorili değişkenlere göre dağılımı incelendi. Ek hastalık türüne göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (H=0.998, p=0.802). Benzer şekilde VKİ kategorileri arasında da EPDS puanları açısından anlamlı farklılık bulunmadı (H=0.272, p=0.873).

Spontan eylem durumuna göre değerlendirildiğinde, su gelişi ve dilatasyon gruplarında ortalama puanlar daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (H=0.361, p=0.835). İndüksiyon nedenlerine göre karşılaştırmada da gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (H=1.411, p=0.703), ancak preeklampsi ve fetal nedenlerle indüksiyon yapılan olgularda EDPS puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekti.

Sezaryen endikasyonlarına göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (H=3.717, p=0.591). Bununla birlikte makrozomi ve fetal distres endikasyonu olan olgularda ortalama EDPS puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlendi.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatış endikasyonlarına göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (H=7.203, p=0.126). Ancak intrauterin gelişme geriliği (IUGR) olan tek olguda EPDS puanının oldukça

yüksek olduğu ve hipoglisemi grubunda daha düşük ortalamalar bulunduğu dikkat çekti.

Eğitim durumuna göre EPDS puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte anlamlılığa yakın bir eğilim saptandı (H=9.734, p=0.083). Okuryazar ve okuryazar olmayan gruplarda EPDS puanlarının daha yüksek, ilkokul ve ortaokul mezunlarında ise daha düşük olduğu gözlendi.

Gelir durumuna göre yapılan analizde de EPDS puanları açısından anlamlı fark saptanmadı (H=2.650, p=0.266). Bununla birlikte geliri giderinden az olan grupta EPDS puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu dikkat çekti.

Genel olarak değerlendirildiğinde, EPDS puanları ile incelenen çok kategorili klinik ve sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak bazı alt gruplarda gözlenen farklılıklar klinik açıdan dikkat çekici olup daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmalarla desteklenmesi uygun olabilir.

TABLO 12. ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Değişken	B	OR (Exp(B))	%95 GA	p
Yaş	0.020	1.02	0.93 – 1.11	0.655
VKİ	0.003	1.00	0.90 – 1.12	0.959
Parite	-0.155	0.86	0.55 – 1.33	0.491
Abortus	-0.430	0.65	0.31 – 1.38	0.263
Doğumhane süresi	0.046	1.05	0.97 – 1.13	0.231
Hb farkı	-0.157	0.85	0.57 – 1.28	0.448
Çalışma durumu	0.391	1.48	0.51 – 4.29	0.472
Sigara	**1.306**	**3.69**	**1.18 – 11.57**	**0.025***
Gebe eğitimi	-0.315	0.73	0.25 – 2.15	0.567
Gelir durumu	-0.511	0.60	0.30 – 1.19	0.145

(OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, Hb: Hemoglobin)

Model istatistikleri:

- Omnibus p = **0.173**
- Nagelkerke R^2 = **0.142**
- Hosmer–Lemeshow p = **0.486**

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) ile tanımlanan depresyon varlığı üzerine etkili olabilecek klinik ve sosyodemografik değişkenler birlikte değerlendirilmiştir. Kurulan modelin genel olarak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Omnibus test: χ^2=14.009, p=0.173). Modelin açıklayıcılık düzeyi düşük olup Nagelkerke R^2 değeri 0.142 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte Hosmer–Lemeshow testi sonucuna göre modelin veri ile uyumlu olduğu görülmüştür (p=0.486).

Çok değişkenli analiz sonucunda yalnızca sigara kullanımı ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerde

depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3.7 kat arttığı belirlenmiştir (OR=3.69; %95 GA: 1.18–11.57; p=0.025).

Yaş, vücut kitle indeksi, parite, abortus öyküsü, gebelik haftası, doğumhanede kalış süresi, hemoglobin değişimi, çalışma durumu, gebe eğitimi ve gelir durumu ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p>0.05).

TABLO 13. FORWARD LOJİSTİK REGRESYON MODELİ SONUÇLARI

Değişken	**B**	**OR (Exp(B))**	**%95 GA**	**p**
Sigara	**1.263**	**3.54**	**1.28 – 9.81**	**0.015***
Sabit	-1.582	—	—	<

(OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı)

Model istatistikleri:

- Omnibus χ^2 = **5.517,** p = **0.019**
- Nagelkerke R^2 = **0.058**
- -2 Log likelihood = **143.7**

İleriye doğru (forward likelihood ratio) yöntem kullanılarak yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde modele aday değişkenler (çalışma durumu, sigara kullanımı, gebe eğitimi ve abortus öyküsü) dahil edilmiştir. Analiz sonucunda modele yalnızca sigara kullanımı değişkeninin dahil olduğu görülmüştür.

Modelin genel olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Omnibus χ^2=5.517, p=0.019). Modelin açıklayıcılık düzeyi düşük olup Nagelkerke R^2 değeri 0.058 olarak bulunmuştur.

Sigara kullanımı, postpartum depresyon için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Sigara kullanan bireylerde depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3.5 kat arttığı saptanmıştır (OR=3.54; %95 GA: 1.28–9.81; p=0.015). Modelde diğer değişkenler (çalışma durumu, gebe eğitimi ve abortus öyküsü) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve modele dahil edilmemiştir.

TABLO 14. EPDS PUANI İÇİN ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	%95 GA
Yaş	0.035	0.089	0.038	0.390	0.697	-0.142 – 0.212
VKİ	-0.044	0.109	-0.034	-0.401	0.689	-0.259 – 0.172
Parite	-0.148	0.409	-0.036	-0.362	0.718	-0.958 – 0.661
Abortus	-0.866	0.544	-0.138	-1.591	0.114	-1.941 – 0.210
Doğumhane süresi	0.082	0.082	0.084	0.993	0.323	-0.081 – 0.245
Hb farkı	-0.228	0.425	-0.045	-0.537	0.592	-1.069 – 0.613
Çalışma durumu	1.617	1.094	0.133	1.479	0.142	-0.546 – 3.781
Sigara	**2.884**	**1.313**	**0.183**	**2.196**	**0.030***	**0.286 – 5.481**
Gebe eğitimi	0.963	1.061	0.082	0.908	0.365	-1.134 – 3.060
Gelir durumu	-0.847	0.673	-0.107	-1.259	0.210	-2.178 – 0.484

(Std: Standart, GA: Güven Aralığı, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, Hb: Hemoglobin)

Model özeti:

- **R^2 = 0.115**
- **Adj R^2 = 0.050**
- **F = 1.776**
- **p = 0.071**

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) puanını etkileyen bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=1.776, p=0.071). Modelin açıklayıcılık düzeyi düşük olup düzeltilmiş R^2 değeri 0.050 olarak hesaplanmıştır.

Modelde yer alan değişkenler incelendiğinde yalnızca sigara kullanımı EPDS puanı üzerinde bağımsız ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip bulunmuştur (β=0.183, p=0.030). Sigara kullanan bireylerde EPDS puanının ortalama 2.88 puan daha yüksek olduğu görülmüştür (%95 GA: 0.286–5.481).

Yaş, VKİ, parite, abortus öyküsü, doğumhane süresi, hemoglobin değişimi, çalışma durumu, gebe eğitimi ve gelir durumu ile EPDS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm p>0.05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ölçeğin toplam puanlarına göre ≥13 kesme noktası alınmış, 150 katılımcı arasında PPD oranı % 20 olarak saptanmıştır. Katılımcıların EPDS puan ortalaması 8.37±5.25 olup medyan değer 8 (IQR: 7) olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, gelişmiş ülkelerde doğum sonrası depresyon yaklaşık %10–13 oranında görülürken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %19,8'e kadar çıkmaktadır (74). Wang ve ark. (2021) yaptığı Dünya genelinde 565 çalışmayı içeren büyük ölçekli meta-analizde PPD prevalansı %17,22 olarak bulunmuştur (75). Karaçam ve ark. (2025) Türkiye genelinde gerçekleştirdiği 34 çalışmayı içeren sistematik derleme ve meta-analizde PPD prevalansının %17.8 olduğu ve pandemi sırasında %20.2'ye yükseldiği belirtilmiştir (76). Özcan ve ark. (2017) yaptığı 52 çalışmayı içeren meta-analizde Türkiye'de PPD prevalansı %23,8 olarak hesaplanmıştır. Çalışma ayrıca gelişmiş şehirlerde depresyon oranlarının %21,2, gelişmekte olan bölgelerde ise %25 düzeyinde olduğunu ortaya koymuştur (77). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, PPD sıklığının hem farklı ülkelerde hem de Türkiye'de değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Çalışmalarda EPDS için belirlenen kesme noktalarının farklı olması, taramanın doğum sonrası farklı dönemlerde yapılması, araştırmalarda kullanılan örneklemin büyüklüğü, katılımcıların sosyoekonomik koşulları ve araştırmanın yürütüldüğü bölgenin kültürel özelliklerinin raporlanan oranlarda farklılıklar yarattığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaş, parite, gebelik haftası, vücut kitle indeksi, ek hastalık varlığı, hemoglobin düzeyleri, doğumhanede kalış süresi, doğum şekli, spontan eylem, indüksiyon, sezaryen endikasyonları, preterm doğum, yenidoğanın kilosu, APGAR skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm $p>0.05$). Bu sonuç, bazı klinik ve obstetrik değişkenlerin tek başına PPD gelişiminde belirleyici olamayabileceğini postpartum depresyonun daha çok biyopsikososyal bir çerçevede ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda da benzer bulgular yer almaktadır. Ghaedrahmati ve ark. (2017) PPD risk faktörlerini inceledikleri çalışmasında, obstetrik değişkenlerin tek başına anlamlı etkiye sahip olmadığını, daha çok psikososyal faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde önem kazandığını belirtmişlerdir (78). Biaggi ve ark. (2016) tarafından yapılan sistematik incelemede de obstetrik özelliklerden çok

sosyal destek, psikiyatrik öykü ve stresli yaşam koşullarının PPD için daha güçlü belirleyiciler olduğu vurgulanmıştır (79). Araştırmamızda bazı çok kategorili değişkenlerde istatistiksel anlamlılık oluşmasa da belirli alt gruplarda gözlenen yüksek ortalamalar, daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmalarda anlamlı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada sigara kullanan bireylerin EPDS puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve sigara kullanan bireylerde depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3.7 kat arttığı saptanmıştır (OR=3.69; %95 GA: 1.18–11.57; p=0.025). Sigara kullanımının bağımsız bir risk faktörü olarak saptanmış olması bu çalışmanın en dikkat çekici bulgusudur. Sigara kullanımı ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin, literatürde de sıklıkla vurgulanan bir durum olduğu bilinmektedir. Bu ilişki biyolojik, psikolojik ve sosyodemografik mekanizmaların etkileşimi ile açıklanmaktadır. Nikotinin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri dikkate alındığında, serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi nörotransmitter sistemlerini modüle ederek kısa süreli duygudurum iyileşmesi sağladığı, ancak uzun vadede nörokimyasal dengenin bozulması sebebiyle depresif belirtilerin gelişimine zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir (80). Bununla birlikte sigara kullanımı, sıklıkla stres, kaygı ve duygusal yük ile baş etme amacıyla kullanılan bir davranış biçimi olup, bireylerin daha sınırlı baş etme mekanizmalarına sahip olabileceğini düşündürmektedir (81). Öte yandan sigara kullanımı düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek ve artmış yaşam stresi gibi postpartum depresyon ile ilişkili diğer risk faktörleri ile birlikte daha sık görülmektedir (82). Bu nedenle sigara, yalnızca bağımsız bir risk faktörü olarak değil, aynı zamanda dezavantajlı yaşam koşullarının bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Yook ve ark. (2022) Korede yaptığı ulusal kohort çalışmasında gebelik öncesi sigara içen kadınlarda postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı ve içilen sigara miktarı arttıkça riskin de yükseldiği gösterilmiştir (83). Martin-Agudiez ve ark. (2024) İspanya'da gerçekleştirdiği 30 çalışmayı içeren literatür taramasında gebelikte sigara içme prevalansı %15.7 ve gebelikte sigara içenlerin perinatal depresyon geçirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca gebelik sırasında sigara içen kadınların genellikle düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesine sahip, partneri olmayan veya partneri de sigara içen kadınlar olduğu dikkat çekmiştir (84). Haile ve ark. (2024) yaptığı bir çalışmada tütün ürünlerinin farklı formlarının da postpartum depresif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (85).

Bu çalışmada abortus öyküsü olmayan grupta EDPS puanlarının daha yüksek olması dikkat çekmiş ve bu fark istatistiksel anlamlılığa oldukça yakın bulunmuştur (p=0.053). Abortus öyküsü olmayan grupta yer alan kadınların önemli bir kısmının primigravid olduğu görülmektedir ve EPDS puanlarının bu nedenle daha yüksek bulunmuş olması olasıdır. Özellikle ilk gebelik deneyimini yaşayan kadınlarda görülen belirsizlik, yetersizlik hissi ve doğuma ilişkin kaygının daha yoğun olması postpartum dönemde depresif belirtileri artırabilmektedir (86). Diğer bir olası açıklama ise önceki gebelik kaybı sonrası canlı ve sağlıklı doğuma ulaşmanın kadınlarda psikolojik rahatlama ve güven duygusu oluşturabilmesidir. Abortus öyküsü olan kadınlarda gebelik boyunca artmış kaygı düzeyi bulunsa da, gebeliğin sağlıklı bir doğum ile sonuçlanması postpartum dönemde depresif belirtilerin azalmasına katkıda bulunmuş olabilir. Ayrıca önceki kayıp deneyimi nedeniyle bu kadınların gebelik sürecinde sağlık hizmetlerinden daha yakın takip ve destek almış olmaları da koruyucu bir etki yaratmış olabilir. Literatürde bizim çalışmamızın aksine abortus öyküsü ile postpartum depresyon arasında pozitif ilişki bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Arslan ve ark. (2011) tarafından 452 gebeyle yapılan bir çalışmada daha önceden meydana gelen düşük sayısının anksiyete ve depresyon görülme sıklığını anlamlı derecede artırdığı saptanmıştır (87). Bununla birlikte bazı çalışmalarda abortus öyküsü ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızda gebelikte hastane yatışı olan grupta depresyon oranının daha yüksek olduğu (%35.0'a karşı %17.7) dikkat çekmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gebelikte hastaneye yatış öyküsü olmasının genellikle komplike gebelik süreçleri ile ilişkili olabileceği bu durumun da annenin doğum deneyimini olumsuz algılamasına ve depresif semptomlara yol açabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda doğumhanede kalış süresinin depresyon grubunda daha uzun olduğu ve gravida değerlerinin daha düşük olduğu (p=0.062) görülmüştür. Uzamış doğum sürecinin; maternal stresi artırması, uyku yoksunluğu, fiziksel yorgunluğa neden olması, kontrol kaybı hissi oluşturması ve doğum deneyiminin olumsuz algılanmasına yol açması nedeniyle postpartum ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle doğum eylemi uzayan kadınların postpartum dönemde

psikolojik açıdan daha yakından izlenmesi ve gerekli durumlarda erken psikososyal destek sağlanması önem taşımaktadır.

Bu çalışmada preeklampsi ve fetal nedenlerle indüksiyon uygulanan kadınlarda, fetal distres endikasyonu ile acil sezaryen olan kadınlarda daha yüksek EPDS puanları görülmüştür. Uzun süren doğum eyleminin yanı sıra acil obstetrik müdahaleler sonucu oluşan travmatik doğum algısı, annenin doğum sürecindeki kontrol kaybı hissi, doğum korkusu ve artmış stresin postpartum dönemde depresif semptomların artışı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Literatürde doğum deneyiminin niteliğinin postpartum depresyon gelişiminde önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir. Ahmadpour ve ark. (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınlarda postpartum depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (88). Bell ve ark. (2016) sistematik derlemesinde negatif doğum deneyiminin postpartum depresyon için anlamlı bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (89).

Çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmada çalışan kadınların EDPS puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş (9.90 ± 5.60 vs 7.80 ± 5.00) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.349$, $p=0.019$). Çalışan kadınlarda bu durumun iş-annelik rollerinin birlikte yürütülmesinden kaynaklanan artmış sorumluluk yükü ve işe dönüş kaygısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışan annelere yönelik iş-yaşam dengesi desteklerinin sağlanması postpartum depresyonun önlenmesine katkı sağlayabilir. Literatürde çalışma durumu ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalarda bizim araştırmamıza benzer şekilde çalışan kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aktaş ve Terzioğlu'nun (2013) yaptıkları çalışmada çalışan kadınlarda postpartum depresif belirtilerin anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (90). Buna karşın Miyake ve ark. (2010) Osaka'da yaptıkları çalışmada işsizlikle karşılaştırıldığında, istihdamın doğum sonrası depresyon riskinde anlamlı bir azalmayla ilişkili olduğu görülmüştür (91). Bu araştırmanın sonucuna göre çalışma yaşamının ekonomik bağımsızlık, sosyal destek ve öz yeterlilik hissi sağlayarak postpartum depresyona karşı koruyucu olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada gebe eğitimi alan bireylerde EPDS puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiş (9.90 ± 5.60 vs 7.80 ± 5.00) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2.252, p=0.024). Gebe eğitimi alan kadınlarda EPDS puanlarının daha yüksek bulunmasının, sağlık çalışanları tarafından riskli ya da daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu düşünülen gebelerin bu programlara daha sık dahil edilmesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca eğitim sürecinde gebelik, doğum ve olası komplikasyonlara ilişkin farkındalığın artması, bazı bireylerde kaygı düzeyini yükselterek depresif belirtilerin daha fazla ortaya çıkmasına yol açabilir.

Araştırmamızda eğitim durumuna göre EPDS puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte anlamlılığa yakın bir eğilim saptanmıştır (H=9.734, p=0.083). Okuryazar olmayan ve yalnızca okur yazar olan gruplarda EPDS puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyinin düşük olması; sağlık okuryazarlığının sınırlı olması, gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük ve stresle baş etme becerilerinin yetersizliği gibi birçok faktör aracılığıyla postpartum dönemde psikolojik uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle annelik rolüne ilişkin bilgi ve deneyim eksikliği, doğum sonrası dönemde yetersizlik hissi, kaygı ve çaresizlik duygularını artırarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Literatürde PPD ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Genel olarak düşük eğitim seviyesine sahip kadınlarda PPD riskinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Japonya'da Matsumura ve ark. (2019) yürüttüğü ve 90 binden fazla anneyi kapsayan büyük ölçekli bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan annelerde PPD görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (92). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da benzer bulgular yer almaktadır. İnandı ve ark. (2002) doğu bölgelerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, eğitim düzeyi de dahil olmak üzere çeşitli sosyodemografik değişkenler incelenmiş ve düşük eğitimli annelerde depresyon riskinin daha yüksek olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (93).

Gelir durumuna göre yapılan analizde de EPDS puanları açısından anlamlı fark saptanmamakla birlikte (H=2.650, p=0.266) geliri giderinden az olan grupta EPDS puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Ekonomik yetersizlikler barınma, beslenme ve bebek bakımına yönelik gereksinimlerin karşılanmasında güçlük yaratmakta, bu durum da benzer şekilde kaygı düzeyinin

artmasına neden olmaktadır. Düşük gelir düzeyine sahip kadınların, ekonomik sıkıntılar, yetersiz sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar nedeniyle PPD açısından daha yüksek risk altında oldukları düşünülmektedir. Başer ve ark. (2024) Amerika'da gerçekleştirdikleri araştırmada, düşük sosyoekonomik statüdeki bölgelerde yaşayan kadınlarda PPD oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (94). İnandı ve ark. (2002) gerçekleştirdiği bir araştırmada ailenin düşük gelirli olması halinde postpartum depresyon riskinin 3.3 kat, çok düşük gelirli olması durumundaysa 6.15 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (93).

Çalışmamızda emzirme durumu ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olsa da literatürde farklı sonuçlar bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da doğum sonrası erken dönemde emzirmeye başlayan annelerde depresyon oranlarının daha düşük olduğu, bunun anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiği ve psikososyal açıdan koruyucu rol oynadığı rapor edilmiştir (95). Emzirme anne bebek bağlanmasında önemli faktörlerden biridir ve annenin ruh sağlığı açısından değerlidir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon düzeyi ve ilişkili sosyodemografik, obstetrik ve klinik faktörler değerlendirilmiştir. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede postpartum depresyon prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Bu oran, hem ulusal hem de uluslararası literatürde bildirilen prevalans değerleri ile uyumlu bulunmuş olup postpartum depresyonun anne sağlığı açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir. Araştırmamızda yaş, vücut kitle indeksi, gebelik haftası, parite, doğum şekli, indüksiyon uygulaması, sezaryen endikasyonları, hemoglobin düzeyleri, yenidoğan ağırlığı, APGAR skorları ve yenidoğan yoğun bakım yatışı gibi birçok obstetrik ve klinik değişken ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, postpartum depresyonun yalnızca obstetrik süreçlerle açıklanamayacağını ve biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmanın en önemli bulgusu, sigara kullanımının postpartum depresyon için bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenmesidir. Sigara kullanan kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığının yaklaşık 3,7 kat arttığı saptanmıştır. Bu sonuç, gebelik öncesi ve gebelik sürecinde sigara kullanımının sorgulanmasının ve riskli grupların postpartum dönemde ruh sağlığı açısından daha yakından izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Çalışan kadınlarda ve gebe eğitimi alan kadınlarda EPDS puanlarının daha yüksek bulunması dikkat çekici olmakla birlikte, bu ilişkinin nedenlerinin daha geniş örneklemli ve çok merkezli çalışmalarla araştırılması gerekmektedir. Benzer şekilde abortus öyküsü, gebelikte hastane yatışı ve doğumhanede kalış süresi gibi değişkenlerde gözlenen eğilimler, postpartum depresyon gelişiminde rol oynayabilecek olası faktörlere işaret etmekte olup ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

Sonuç olarak, postpartum depresyon sık görülen ve çok faktörlü etiyolojiye sahip önemli bir klinik durumdur. Doğum sonrası bakım hizmetlerinde yalnızca fiziksel iyilik halinin değil, annenin ruhsal durumunun da rutin olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle sigara kullanan kadınlar başta olmak üzere risk altındaki annelerin erken dönemde belirlenmesi, uygun danışmanlık ve psikososyal destek hizmetlerinin sağlanması postpartum depresyonun olumsuz etkilerinin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

KAYNAKÇA

1. Ateser G, Oz I, Sardarli S, Sivri Aydın D, Boran A. Has Delivery Method any Influence on the Postpartum Mood of the Mother? Postpartum SCL-90-R. Istanbul Medical Journal 2017;18: 62-7. DOI: 10.5152/imj.2017.15013

2. Kokanalı, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanalı, M. K., & Taşçı, Y. Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. Çağdaş Tıp Dergisi 2018;8(2),148-152. DOI: 10.5350/DAJPN2014270102

3. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences March 2014;27:15-20. DOI: 10.5350/DAJPN2014270102

4. Güner S.B., & Karaaziz M. Depresyon ve Bilişsel Davranışçı Terapi: Derleme. DOI: 10.52096/jcsl.07.02.03

5. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve bozuklukları, onbirinci baskı. Ankara,Nobel Tıp Yayınevi. 2008:490-517.

6. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren M, Chisholm D, Saxena, S. DEPRESSION A Global Public Health Concern.

7. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®).

8. Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., Luppa, M., & Luck, T. Age-related incidence of major depression in the geriatric population. International Psychogeriatrics, 2011 Ekim;23(8):1294-300. DOI: 10.1017/S1041610211000780

9. Kuehner C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. The Lancet Psychiatry, 4(2), 146–158. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2

10. Helvacı Çelik, F., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66. https://doi.org/10.16899/ctd.03180

11. Şanal Güngör, B., & Güngör, A. (2024). Majör Depresif Bozuklukta Gen-Çevre Etkileşimi.HumanisticPerspective,6(2),240265. https://doi.org/10.47793/hp.1350943

12. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. American Journal of Epidemiology, 2003 Jan 15;157(2):98-112. DOI: 10.1093/aje/kwf182

13. O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology, 2013. 9:379–407. DOI: 10.1146/annurev-clipsy-050212-185612

14. Eser A., Yıldız Karaahmet A., Turan A., Şule Bilgiç F., Güdücü N., Dinç Kaya H., Baykal S., Günaydın S., Ocak Aktürk S., Büyükkal T., Kızılkaya T., Yılmaz T. Ebeler için Doğum ve Doğum Sonu Dönem. İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Yayınevi; 2023.

15. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik.

16. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. 2015 Apr 1:175:34-52. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.041

17. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83. DOI: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

18. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, JL Cox Mood changes in the first three weeks after childbirth. J Affect Disord, 1981 Dec;3(4):317-26. DOI: 10.1016/0165-0327(81)90001-x

19. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987 May:150:662-73. DOI: 10.1192/bjp.150.5.662

20. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC psychiatry, 2008 Apr 16:8:24. DOI: 10.1186/1471-244X-8-24

21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Postpartum Depression. Washington, DC: ACOG; 2024. Available from: ACOG Postpartum Depression

22. TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara. 2009:120-129.

23. Santé Omdl, WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research: World Health Organization; 1993.

24. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerde doğum sonrası psikiyatrik sorunlar. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology. 2007;17(2): 126-33.
25. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. 2015 May;125(5):1268-1271. DOI: 10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc
26. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. 2022 Oct;31(19-20):2665-2677. DOI: 10.1111/jocn.16121
27. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. Front Psychiatry 2018 Feb 1:8:248. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00248
28. Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E. Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. Health Care Women Int. 2018 Jul;39(7):821-841. DOI: 10.1080/07399332.2018.1466144
29. Tarhan, R., & Erzurum, Z. B. Anne Ruh Sağlığı: Gebelik, Doğum Sonrası Dönem ve Ruhsal Hastalıklar. Bidge Yayınları.101-107. DOI: 10.70269/FG3KL7BJWINY
30. Stuebe AM, Kleinman K, Gillman MW, Rifas-Shiman SL et al. Duration of lactation and maternal metabolism at 3 years postpartum J Womens Health (Larchmt) 2010 May;19(5):941-50. DOI: 10.1089/jwh.2009.1660
31. Wiciński M, Malinowski B, Puk O, Socha M, Słupski M. Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: A review. Biomedicine & Pharmacotherapy. 2020 Jul:127:110196. DOI: 10.1016/j.biopha.2020.110196
32. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:98-105.
33. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Canadian Nurse Journal 2006 Nov; 102(9):26-30.
34. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Front Neuroendocrinol. 2019 Jan:52:165-180. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001

35. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry. 2003 May-Jun;44(3):234-46. DOI: 10.1016/S0010-440X(03)00034-8

36. Robertson E, Grace S, Wallington T. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature, General Hospital Psychiatry, 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

37. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. DOI: 10.1097/00006199-200109000-00004

38. 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 Mar;9(2):95-102. DOI: 10.1007/s00737-005-0108-6

39. Najman JM, Morrison J, Williams G, Andersen M, Keeping JD. The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: A longitudinal study. Soc Sci Med. 1991;32(3):241-7. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90100-q

40. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. Journal of Clinical Psychiatry. 2006 Aug;67(8):1285-98. DOI: 10.4088/jcp.v67n0818

41. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. Nursing Research. 2004 Jan-Feb;53(1):28-35. DOI: 10.1097/00006199-200401000-00005

42. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. Int Rev Psychiatry. 2009 July;8(1):37-54. DOI:10.3109/09540269609037816

43. Dennis CL, Letourneau N. Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007 May;42(5):389–395. DOI: 10.1007/s00127-007-0172-5

44. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Aug;31(4):420-428. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.04.006

45. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. J Reprod Med Obstet Gynecol. 2004 Nov;49(11):908–914.

46.Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine. 2013;10(5):e1001452. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001452

47. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Sandin S. The risk factors for postpartum depression: a population-based study. Depression and Anxiety. 2017 Feb;34(2):178–187. DOI: 10.1002/da.22597

48. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010 Apr;117(5):540–550. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x

49. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014 Jan;28(1):3–12. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

50. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. Archives of Disease in Childhood. 1997 Aug;77(2):99–101. DOI: 10.1136/adc.77.2.99

51. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defense styles and the mediating role of insecure attachment style. Journal of Affective Disorders. 2005 Jan;84(1):15-24. DOI: 10.1016/j.jad.2004.05.005

52. Thorpe K, Golding J, MacGillivray I, Greenwood R. Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons. BMJ. 1991 Apr;302(6781):875–878. DOI: 10.1136/bmj.302.6781.875

53. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behavior and Development. 2010 Feb;33(1):1–6. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005

54. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Aug;31(4):420–428. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.04.006

55. Smorti M, Ponti L, Pancetti F, A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational and Delivery Characterictics. Front Public Health. 2019;7:295. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00295

56. Ban L, Gibson JE, West J, Fiaschi L, Sokal R, Tata LJ. Impact of socioeconomic deprivation on maternal perinatal mental illnesses presenting to UK general practice. Br J Gen Pract. 2012 Oct;62(603):e671–8. DOI: 10.3399/bjgp12X656801

57. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? Womens Health Issues. 2010 Mar-Apr;20(2):96-104. DOI: 10.1016/j.whi.2009.11.003

58. Erdem, Ö., & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. DicleMedicalJournal, 39(3),458/461. https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182

59. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782

60. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Bakım Yönetim Rehberi 2018.

61. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and behavior. 2016 Jan;77:153-66. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008

62. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. Obstet Gynecol. 2023 Jun 1;141(6):1232-1261. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005200

63. Erdoğan, A., & Hocaoğlu, Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. The Medical Journal of Mustafa Kemal University, 11(39), 31-37. https://doi.org/10.17944/mkutfd.584854

64. Lorion RP. Targeting preventive interventions: enhancing risk estimates through theory. Am J Community Psychol. 1991 Dec;19(6):859-65. DOI: 10.1007/BF00937887

65. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Ruttenberg A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biol Psychiatry. 1995 Dec 15;38(12):814-8. DOI: 10.1016/0006-3223(95)00063-1

66. Brenda MY Leung, Bonnie J Kaplan, Catherine J Field, Suzanne Tough, Misha Eliasziw, Mariel Fajer Gomez, Linda J McCargar, Lisa Gagnon, Prenatal micronutrient supplementation and postpartum depressive symptoms in a pregnancy cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Jan 16;13:2. DOI: 10.1186/1471-2393-13-2

67. Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron D, Hatton D. Prenatal calcium supplementation and postpartum depression: an ancillary study to a randomized trial of calcium for prevention of preeclampsia. Arch Womens Ment Health. 2001Mar 3,141–146. DOI:10.1007/s007370170011

68. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. American Journal of Psychiatry. 2003 Mar;160(3):555-62. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.3.555

69. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. American Journal of Psychiatry. 2006 Aug;163(8):1443-1445. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.8.1443

70. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Archives of Women's Mental Health. 2015 Feb;18(1);41-60. DOI: 10.1007/s00737-014-0475-y

71. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, Ohlsson A, Gafni A, Muir HA, Myhr TL, Stremler R; Nursing Supportive Care in Labor Trial Group. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. JAMA. 2002 Sep 18;288(11):1373-81. DOI: 10.1001/jama.288.11.1373

72. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis CL, Rinaldi CM, Stoppard J. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007 Sep-Oct;36(5):441-9. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00174.x

73. Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022). ANNELİK HÜZNÜNDEN POSTPARTUM DEPRESYON ve PSİKOZA. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 1-10. https://doi.org/10.48124/husagbilder.845299

74. World Health Organization. Mental health , Brain Health and Substance Use https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/perinatal-mental-health

75. Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Translational Psychiatry. 2021 Oct 20;11(1):543. DOI: 10.1038/s41398-021-01663-6

76. Karaçam Z, Ekin P, Şaraldı HB, Comparison of the prevalence of probably postpartum depression before and during the covid-19 pandemic in Turkey: a systematic review and meta-analysis Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2025 Apr 23;60(10):2469–2485. DOI: 10.1007/s00127-025-02905-4

77. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Aug;31(4):420-428. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.04.006

78. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. J Educ Health Promot. 2017 Agu;6:60. DOI: 10.4103/jehp.jehp_9_16

79. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. Journal of Affective Disorders. 2016 Feb;191:62–77. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014

80. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Comprehensive Psychiatry. 2003;44(3):234–246.

81. Linares Scott TJ, Heil SH, Higgins ST, Badger GJ, Bernstein IM. Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women. Addictive Behaviors. 2009 Aug;34(8):705–708. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.04.003

82. Goodwin RD, Keyes KM, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. Obstetrics & Gynecology. 2007 Apr;109(4):875–883. DOI: 10.1097/01.AOG.0000255979.62280.e6

83. Yook V, Yoo J, Han K, et al. Association between pre-pregnancy tobacco smoking and postpartum depression: a nationwide cohort study 2022 Nov;1:316:56-62. DOI: 10.1016/j.jad.2022.07.065

84. Martín-Agudiez, N., & Rodríguez-Muñoz, M. F. (2024). Revisión del tabaquismo en el embarazo: prevalencia, perfil sociodemográfico, depresión perinatal, variables psicológicas implicadas y tratamiento [Review about smoking in pregnancy: prevalence, sociodemographic profile, perinatal depression, psychological variables involved and treatment]. Revista espanola de salud publica, 98, e202410055.

85. Haile ZT, Karim S, Murton K, Patibandla S, Haider MR. Association between history of hookah use and symptoms of postpartum depression: A population-based study. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2024;165(2):746–755. DOI: 10.1002/ijgo.15285

86. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. Nursing Research, 2001 Eylül-Ekim;50(5):275-85. DOI: 10.1097/00006199-200109000-00004

87. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. [Risk factors for pregnancy anxiety and depression: assesment in 452 cases]. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2011;21(2):79-84.

88. Ahmadpour, P., Faroughi, F., & Mirghafourvand, M. (2023). The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: A cross sectional study. BMC Psychology, 11(1), 58. DOI: 10.1186/s40359-023-01105-6

89. Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression:A systematic review. Midwifery,2016 Aug:39:112-23 DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.014

90. Aktaş D, Terzioğlu F. (2013). Occurrence of depression during the postpartum period and risk factors that affect the development of the depression. Turkish Journal of Medical Sciences, 2013 Jan;43(5), 843–850. DOI: 10.3906/sag-1208-88

91. Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S., & Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. Journal of affective disorders, 130(1-2), 133–137. DOI: 10.1016/j.jad.2010.10.024

92. Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., Inadera, H., & Japan Environment and Children's Study (JECS) Group (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). BMC psychiatry, 19(1), 419. DOI: 10.1186/s12888-019-2401-3

93. Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., & Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. International journal of epidemiology, 31(6), 1201–1207. DOI: 10.1093/ije/31.6.1201

94. Baser, O., Isenman, L., Baser, E., Li, W., & Cigdem, B. (2024). Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression among commercial health insurance enrollees: a retrospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth, 24(1), 732. DOI: 10.1186/s12884-024-06882-5

95. Ayhan Başer D. Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;18(3):276-85 DOI: 10.17098/amj.461652.