



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

DOĞUM ŞEKLİNİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İlenay AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2023

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİ

DOĞUM ŞEKLİNİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İlenay AYDIN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ümmügülsüm ESENKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i

TEŞEKKÜR iii

KISALTMALAR iv

TABLO DİZİNİ v

ŞEKİL DİZİNİ vi

ÖZET vii

ABSTRACT ix

1. GİRİŞ VE AMAÇ 10

2. GENEL BİLGİLER 13

2.1. DEPRESYON 13

2.1.1. DEPRESYON DSM-V TANI KRİTERLERİ 15

2.2. POSTPARTUM DEPRESYON 15

2.2.1. POSTPARTUM DEPRESYON PATOFİZYOLOJİSİ 17

2.2.2. POSTPARTUM DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI 18

2.2.3. POSTPARTUM DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ 18

2.2.4. POSTPARTUM DEPRESYON TARAMASI 19

2.2.5. POSTPARTUM DEPRESYONUN TEDAVİSİ 20

2.2.5.1. ÖNLEYİCİ PSİKOTERAPİLER 20

2.2.5.2. PSİKOTERAPÖTİK TEDAVİ 21

2.2.5.3. FARMAKOLOJİK TEDAVİ 21

2.2.5.4. FARMAKOLOJİ DIŞI YÖNTEMLER 23

2.3. DOĞUM İNDÜKSİYONU 23

2.4. EPİZYOTOMİ 24

2.5. MÜDAHALELİ DOĞUM 24

2.6. SEZARYEN DOĞUM 25

2.6.1. SEZARYEN DOĞUMDA UYGULANAN ANESTEZİ YÖNTEMLERİ..... 26

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER..... 28

3.1. ETİK KURUL ONAYI..... 28

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ..... 28

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... 29

3.3.1. SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU..... 29

3.3.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)..... 30

3.3.3. EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDDÖ) 30

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ..... 31

4. BULGULAR..... 32

5. TARTIŞMA..... 49

6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 59

7. KAYNAKLAR..... 61

8. EKLER ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-1 : SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER ANKETİ ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-2 : BECK DEPRESYON ENVANTERİ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-3: EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-4: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-5: ETİK KURUL ONAY FORMU ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-6: TUEK ONAY FORMU ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-7: TEZ KONUSU ONAY FORMU..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince deneyimleriyle yol gösteren, bilgi birikimi ve anlayışıyla en iyi şekilde yetişmemiz için çaba veren eğitim sorumlumuz kıymetli Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan GÜNENC'e,

Asistanlığım süresince bana yol gösteren, yetişmemde büyük emeği olan, benden desteğini hiç esirgemeyen, emeğini asla ödeyemeyeceğim kıymetli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr Üyesi Ümmügülsüm ESENKAYA'ya,

Asistanlığım boyunca ablalığı ve klinik tecrübeleri ile bana önderlik eden Doç. Dr. Nur Gözde KULHAN hocama,

Eğitim sürecim boyunca desteğini yanımda hissettiğim, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, abim gibi sevdiğim rahmetli Dr. Bülent DOĞAN hocama,

Asistanlık süresince her türlü mutluluğu ve üzüntüyü beraber yaşadığımız çok değerli asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın tüm personel, sekreter, hemşire, ebe arkadaşlarıma,

Varlıklarıyla ve dualarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan başta annem Süreyya Başol, babam Mehmet Fehmi Başol, kız kardeşim Selenay Başol olmak üzere sevgili aileme,

Bu hayattaki en büyük şansım ve her zaman destekçim olan eşim Hasan Aydın'a ve canım kızım Defne'ye teşekkür ederim.

Dr. İlenay AYDIN

Konya, 2023

KISALTMALAR

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi

CES-D: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

EDDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

GABA: Gama Amino Butirik Asit

HAD: Hasta Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HHAA: Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Aks

HHGA: Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Aks

ICD: International Classification of Disease (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

KIT: Kişilerarası İlişkiler Terapisi (Interpersonal Psychotherapy)

KSEA: Kombine Spinal Epidural Anestezi

NE: Norepinefrin

PG: Prostaglandin

PPD: Postpartum Depresyon

PPP: Postpartum Psikoz

PRL: Prolaktin

SSRI: Serotonin Gerialım İnhibitörleri

STAI: Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)

TAD: Trisiklik Antidepresanlar

TBG: Tiroksin Bağlayıcı Globulin

TSH: Tiroid Stimülan Hormon

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO: The World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 33
Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık özellikleri 34
Tablo 3. Katılımcıların aile ilişkilerinin ve sosyal destek tutumlarının dağılımı 35
Tablo 4. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgilerinin dağılımı 36
Tablo 5. Katılımcıların hamilelik ve son doğumuna ilişkin özellikleri 38
Tablo 6. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özelliklerin dağılımı 39
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki 41
Tablo 8. Katılımcıların aile ilişkilerinin ve sosyal destek tutumları ile postpartum depresyon arasındaki ilişki 42
Tablo 9. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgileri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki 43
Tablo 10. Katılımcıların doğum şekli ve son doğuma ilişkin özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki 44
Tablo 11. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler 45
Tablo 12. Katılımcıların genel sağlık özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler 46
Tablo 13. Doğum öncesi ve sonrası hemoglobin değerleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler 47

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumlarına ilişkin dağılımlar 34
Şekil 2. Katılımcıların bu gebeliklerindeki doğum şekline ilişkin dağılımlar 36
Şekil 3. Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi şekline ilişkin dağılımlar 37
Şekil 4. Depresyon ölçeği ile doğum öncesi hemoglobin değerinin dağılım grafiği. 47
Şekil 5. Depresyon ölçeği ile doğum sonrası hemoglobin değerinin dağılım grafiği 48

ÖZET

Doğum Şeklinin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Postpartum dönem gebelik esnasında, doğumda ve doğum sonrasında kadında oluşan fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimleri içeren ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Postpartum depresyon (PPD), Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'nda hamilelik veya doğum sonrası 4 haftaya kadar ortaya çıkan depresif duygudurum değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır. Anne ve yenidoğanda ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli bir bozukluk ve halk sağlığı sorunudur. Başlangıcı sinsi olabilen PPD, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve hastanın yardım arayışı desteklenmediği takdirde gözden kaçabilmektedir. Bu olgularda PPD uzun süre devam ederek hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabileceği için erken tanı önemlidir. Çalışmamızda öncelikli olarak doğum şeklinin (vajinal doğum/elektif sezaryen/acil sezaryen) PPD üzerine etkisini incelemeyi ve risk grubunda olan annelere gerekli bilgilendirme ve yönlendirmenin sağlanmasını amaçladık. İkincil olarak, vajinal doğumda uygulanan müdahaleler ve sezaryende uygulanan anestezi yönteminin (spinal/genel/epidural/kombine) postpartum depresyon üzerindeki etkisini incelemeyi planlandık.

Gereç ve yöntem: Çalışmamız, Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Nisan-Haziran 2022 tarihleri arası başvuran gebelerden ankete katılmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dâhil edilerek yapılmış olup, dışlama kriterlerine göre uygun olmayan gebeler çalışmaya dahil edilmedi. Gebeler 3. trimester son rutin kontrol muayenelerine geldiklerinde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. 3. trimesterde Beck Depresyon skalasında 17 puan ve üstünde puan alanlar çalışmaya dâhil edilmedi. Konya Şehir Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde doğum yapan aynı katılımcıların doğum salonuna kabul edilmesinden itibaren doğum yaptıkları zamana kadar olan süreçte yapılan müdahaleler, işlemler, süreler ve partograf bilgileri hastaların dosyalarından kontrol edilerek kayıt edildi.

Aynı katılımcılar postpartum 1. aydan sonraki kontrol muayeneleri için geldiklerinde Edinburgh Postpartum depresyon ölçeği (EDDÖ) ile değerlendirildi. EDDÖ skoru ≥ 12 olan katılımcılarda PPD tanısı konuldu.

Bulgular: Araştırmaya katılan 453 katılımcının tamamı Edinburgh postpartum depresyon ölçeğini tamamlamıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan 190 (%41,8) katılımcı Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden 12 ve üzerinde puan almış olup postpartum depresyonda kabul edilmiştir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 'ne göre postpartum depresyon olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen son doğuma ilişkin faktörler; doğum şekli, sezaryen doğumda uygulanan anestezi şekli, gebelikte sağlık sorunu, gebelikte Covid-19 geçirmek, emzirmemek, doğum haftası ve bebeğin yoğun bakımda kalma durumu olarak saptanmıştır. Yine aynı ölçeğe göre postpartum depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen sosyodemografik faktörler; medeni durum, öğrenim durumu, eş çalışma durumu, evlilik süresi, eş ile iletişim ve aile tipi olarak saptanmıştır. Doğum sonrası hemoglobin seviyesi ile postpartum depresyon arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda postpartum depresyon sıklığı %41,8 gibi ihmal edilemeyecek düzeyde olması nedeniyle postpartum dönemdeki hastalar iyi sorgulanmalı ve depresyon açısından iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Etkin bir tedavisi olmasına rağmen olguların yarısından azı tanı almaktadır. Özellikle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan durumların tespit edilmesi, hem postpartum depresyonun erken tanı ve tedavisine, hem de anne, çocuk ve toplum sağlığının korunmasına olumlu katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda postpartum depresyonu etkileyen faktörlerin bilinmesi, hastaların gebelik ve postpartum dönemde bu faktörler açısından iyi değerlendirilmesi, hastaya postpartum dönemde depresyon envanterinin uygulanması ve risk grubundaki hastaların ilgili birimlere yönlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Postpartum, depresyon, Sezaryen doğum, Vajinal doğum

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Delivery Type on Postpartum Depression

Introduction and purpose: The postpartum period is an important process that includes the physiological, psychological and social changes that occur in women during pregnancy, childbirth and postpartum and requires adaptation to these changes. Postpartum depression (PPD) is defined in the DSM-5 as depressive mood changes that occur up to 4 weeks after pregnancy or postpartum. It is an important disorder and public health problem that can cause serious morbidity and mortality in the mother and newborn. PPD, which can have an insidious onset, can be overlooked, especially when it is mild to moderate and if the patient's help seeking is not supported. Early diagnosis is important in these cases, as PPD may persist for a long time and become severe enough to require hospitalization. In our study, we primarily aimed to examine the effect of delivery type (vaginal delivery/elective cesarean/emergency cesarean section) on PPD and to provide necessary information and guidance to mothers in the risk group. Secondly, we planned to examine the effect of the interventions applied in vaginal delivery and the anesthesia method applied in cesarean section (spinal/general/epidural/combined) on postpartum depression.

Method and materials: In this study; Pregnant women who applied to the Konya City Hospital Obstetrics and Gynecology Polyclinic between April and June 2022 were included in the study, and pregnant women who did not meet the exclusion criteria were excluded from the study. When the pregnant women came to their third trimester final routine control examinations, they were evaluated with Beck Depression Inventory. Those who scored 17 or higher on the Beck Depression Scale in the third trimester were not included in the study. The interventions, procedures, durations and partograph information of the same participants who gave birth in the gynecology and obstetrics service of Konya City Hospital from the time they were admitted to the delivery room until the time they gave birth were recorded by checking the files of the patients. The same participants were evaluated with the Edinburgh Postpartum depression scale and a questionnaire when they came for follow-up examinations after the 1st month postpartum. Participants with an Edinburgh Postpartum depression scale score ≥ 12 were considered to have PPD.

Results: All 453 participants in the study completed the Edinburgh postpartum depression scale. Among the participants participating in the study, 190 (41.8%) participants scored 12 or higher on the Edinburgh Postpartum Depression Scale and were considered to be postpartum depression. According to the Edinburgh Postpartum Depression Scale, factors related to the last birth determined to be statistically significantly associated with the probability of postpartum depression; type of delivery, type of anesthesia applied in cesarean section, health problem during pregnancy, Covid-19 during pregnancy, not breastfeeding, week of birth and staying in the intensive care unit. Again according to the same scale, sociodemographic factors determined to have a statistically significant relationship with postpartum depression; marital status, education status, spouse employment status, duration of marriage, communication with spouse and family type. A statistically significant relationship was also found between postpartum hemoglobin level during pregnancy and postpartum depression.

Conclusion: Since the incidence of postpartum depression in our study was 41.8%, which could not be neglected, patients in the postpartum period should be well questioned and evaluated in terms of depression. Although there is an effective treatment, less than half of the cases are diagnosed. In particular, the detection of situations that predispose to the development of postpartum depression will contribute positively to the early diagnosis and treatment of postpartum depression, as well as to the protection of maternal, child and community health. In this context, it is necessary to know the factors affecting postpartum depression, to evaluate the patients well in terms of these factors in the pregnancy and postpartum period, to apply the depression inventory to the patient in the postpartum period, and to refer the patients in the risk group to the relevant units.

Key Words: Edinburgh Postpartum Depression Scale, Postpartum, depression, Cesarean delivery, Vaginal delivery

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur ve psikolojik rahatsızlıklar arasında prevalansı en yüksek hastalıklardan birisidir [1]. Epidemiyolojik veriler erkeklerin %8'inin, kadınların ise %13'ünün depresyonda olduğunu saptamıştır [1]. Depresyon

kadınlarda doğurganlık sürecini de içine alan 18-44 yaş aralığında daha sık görülmekte ve kadınlarda erkeklere nazaran 1.7-2.7 kat daha sık tespit edilmiş olup kadınlar depresyona daha yatkındır [2]. Gebelik ve postpartum süreç, kadınlarda depresif sorunlar ve psikiyatrik bozukluğa yatkınlığı artıran bir dönemdir [3]. Bu dönem önceden var olmayan psikiyatrik sıkıntıların ilk kez belirdiği veya remisyon döneminde olan bir psikiyatrik rahatsızlığın relaps ile seyrettiği riskli bir dönemi temsil etmektedir. Bu süreçte gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde en sık görülenlerden biri postpartum depresyondur (PPD). PPD'de yaşanan depresif duygudurum, psişik ve fiziki enerji kaybına neden olur. Buna bağlı iş gücünde verim azlığı ve çevreye olan ilgi ve istek azlığına sekonder kadının ev, çalışma ve toplumsal hayatını negatif etkileyerek bireyin yaşam niteliğini düşürür [4]. Öte yandan PPD, kadının çocuğuyla arasındaki iletişimi etkileyerek anne-bebek bağlanmasını üzerine negatif etki oluşturur. Bu süreç, hem anne hem bebek gelişimini birçok yönüyle olumsuz etkilemektedir [4]. Bu zaman aralığı sadece fiziksel değil, sosyal ve psikolojik değişim ile kadın hayatında önemli bir dönemdir. Anne ve anne adayları için hassas olan bu süreç, bir kadının hayat boyu psikiyatrik desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir [4].

PPD'de görülen belirtiler, majör depresyon belirtilerinden farklı değildir. PPD semptomları arasında değersizlik hissi, kontrolsüz ağlama, karamsarlık, dikkatsizlik, suçluluk, seksüel istekte azlık, suisidal düşünceler, uykusuzluk (insomnia) veya aşırı uyku hali (hipersomnia), panik ataklar, bebeğin bakımıyla ilgili endişe hali ve yetersizlik düşüncelerini içerir [3]. PPD'nin sadece anneyi değil, bebek, diğer aile bireyleri ve toplumsal hayatı negatif etkileyen bir süreç olduğu unutulmamalıdır.

PPD patofizyolojisi net bilinmese de multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Biyolojik etkenlerin de PPD gelişiminde mühim bir yeri bulunmaktadır. Doğum sonrası dönemde peptid ve steroid hormon düzeylerindeki hızlı ve ani dalgalanmaların, lohusanın hipotalamus/hipofiz/adrenal aksı (HHHA) ve hipotalamus/hipofiz/gonadal aksında (HHGA) değişikliklere ikincil olarak PPD'ye yatkınlığa neden olduğu düşünülmektedir. Bu düzensizlikler postpartum süreçte lohusanın duygudurumunda değişikliğe sebep olmaktadır [5].

Literatürdeki çalışmalarda PPD prevalansındaki değişikliklerin, doğum sonrası değişik zaman aralıkları temel alınarak değerlendirilmelerin yapılmasına, örneklem seçimine, PPD tanısını koymak için kullanılan envanterin çeşidine ve belirlenen kesme

değerine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir [6]. PPD görülme sıklığı erişkin annelerde %7-17 iken 18 yaş altındaki annelerde yaklaşık %26 bulunmuştur [7]. Önceki gebeliğinde PPD tanısı alan bireylerde sonraki gebeliklerde rekürrens oranı yaklaşık %30-50'dir [8]. Anne yaşı, yaşayan çocuk sayısı, çocuk kayıp öyküsü, maddi gelir, plansız gebelik, emzirme problemleri, anne ve babanın eğitim ve öğrenim seviyesi, yenidoğanın cinsiyeti ve önceki doğumda PPD öyküsünün PPD gelişiminde predispozan faktörler olduğu bulunmuştur [9]. Gebelik ve postpartum dönemde depresyon için risk oluşturabilecek durumları tespit etmek ve riskli anneleri daha yakından izlemek gerekmektedir. Riskleri belirlemek ve risk grubundaki gebelerin izlem ve değerlendirmesinin gebelik takiplerinde rutin yapılmasına özen gösterilmelidir.

Literatürde doğum şekli ile postpartum depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur ancak vajinal doğumda uygulanan müdahaleler ve sezaryen ile doğumda yapılan anestezi türü ile postpartum depresyon ilişkinin inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızda doğum şeklinin, doğum sırasında yapılan müdahalelerin (doğum indüksiyonu, vakum-forseps kullanımı vb.) ve sezaryen doğumda uygulanan anestezi türünün postpartum depresyon üzerine etkisini değerlendirmek ve postpartum dönemde risk grubundaki anneleri tespit ederek sağlık profesyonellerinin ve ailelerinin farkındalığını arttırıp, erken tanı ve tedavi imkânını sunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

Depresyon bireyin yaşamdan zevk alamama, kişinin yoğun mutsuzluk, suçluluk, pişmanlık hissettiği ve geleceğe dair karamsar düşünceleri barındıran, uyku siklusunda bozulma, iştahta değişiklikler ve seksüel istek azlığı gibi patolojik sorunların ortaya çıktığı, bazen suisidal düşünceler, daha nadiren suisid teşebbüsü ve bazı vakalarda ölümle sonuçlanabilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır [10, 11]. Epidemiyolojik veriler erkeklerin %8'inin, kadınların ise %13'ünün depresyonda olduğunu saptamıştır [1]. Depresyon oldukça sık görülmekle birlikte tanı koymada yaşanan gecikme depresyonun kronikleşme riskini doğurur. Geç tanı alması durumunda ilerleyen dönemlerde intihar ile sonuçlanabildiği için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Doğumu takip eden günlerde görülebilecek ruhsal sorunlar hafiften şiddetliye annelik hüznü diğer adıyla lohusa sendromu, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz (PPP) olarak sınıflandırılabilir [12]. Annelik hüznü, postpartum dönemde metabolik ve hormonal değişikliklerle birlikte görülen yeterli beslenememe, uykusuzluk, değişen beden imgesi ve ebeveyn olmakla birlikte yüklenilen sorumlulukların getirdiği stres ile artan geçici ruhsal sorundur [13]. Doğum sonrası 2-4 gün içinde başlayan lohusanın kendisini üzgün, ağlamaklı, uykusuz, depresif ve yenidoğanın bakımı hususunda yetersiz hissetmesi durumudur [14]. Lohusaların doğum sonrası yaşadıkları emosyonel dalgalanma olarak adlandırılan annelik hüznü oldukça yaygın görülen bir psikolojik değişimdir. Annelik hüznü postpartum süreçteki kadınların %50'sinden fazlasında görülmektedir [15]. Postpartum 2-4. günler arasında başlayan ve 2 haftaya kadar sürebilen bir dönemdir [16]. Patofizyolojisinde lohusalık dönemindeki ani hormonal değişikliklerin ve oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktive olmasının etkili olduğu saptanmıştır [17]. Bu sürecin ideal bir şekilde yönetilememesi durumunda daha ciddi olan PPD'ye geçiş olabilir. Annelik hüznünün daha ciddi psikiyatrik hastalıklara evrilmemesi için tüm gebeler ve yakınları semptomlar hakkında bilgilendirilmeli ve kolay psikiyatrik destek erişimi sağlanmalıdır.

PPD ise doğum sonrası 2. haftadan sonraki süreçte başlayıp iki yıla kadar sürebilen majör depresyon kriterlerini içeren psikiyatrik rahatsızlıktır [18]. DSM-V'ye göre PPD başlığı altında ayrı bir klinik tanımlama yapılmamış olup PPD esasen majör depresif bozukluğun alt sınıfında yer almaktadır [19]. PPD'de çökkün duygudurum, ağlama krizleri, insomnia/hipersomnia, iştahsızlık/aşırı yeme isteği, düşük öz bakım, umutsuzluk, intihar düşüncesi veya planı, çocuğuna karşı ilgisizlik/aşırı endişelenme hali, çocuğuyla iletişim kurmayı reddetmek, tekrarlayan çocuğa zarar verme düşünceleri ve davranışlardan bir veya birkaçı görülebilir [20, 21]. PPD ise hafif bir klinik seyir ile başlar ve bu dönemde tanı almazsa PPP'ye kadar ilerleyebilen önemli bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir [12]. Bu sorun kadın ve ailesinin hayat kalitesini, yenidoğanın bilişsel gelişimini etkilemekte ve tedavi almadığında kronikleşme riskini doğurmaktadır. PPD ve PPP yaşayan lohusalarda özkıyım ve yenidoğana karşı homosidal riske varan sonuçlar mevcuttur [15] . Hasta ve ailesinin hayat kalitesini arttırmak halk sağlığı açısından mühimdir. Bu sebeple risk etmenlerini bilerek bu ruhsal bunalımı erken fark edip tedavi etmek oldukça değerlidir.

PPP, %75'inde semptomların ilk 1 ay içinde ortaya çıktığı ve %0.1-0.2 sıklıkta görülebilen, postpartum süreçteki psikiyatrik rahatsızlıkların en şiddetlisidir [22]. Nadir görülmesine rağmen bebek ve anne ölümleri gibi ciddi mortal sonuçlara yol açması nedeniyle önemlidir. PPP vakalarının %80`inden fazlası doğum sonrası ilk 14 gün içinde görülmektedir [22]. İkisinin de doğum sonrası 2 hafta içinde görülmesi nedeniyle annelik hüznü ve PPP'nin dönemleri kesişmektedir. DSM-V'e göre PPP "kısa psikotik bozukluk" grubunun alt sınıfı alması nedeniyle teşhisinin konulması için PPP süreci 1 gün-1 ay arasında olmalıdır [22]. Kısaca lohusa bu psikotik dönemden en geç bir ay içinde tümden şifa bularak çıkar [22]. PPP lohusada delüzyonel bozukluk, halüsinasyon, zihin bulanıklığı, gıda reddi, insomnia, yorgunluk, irritabilite, inkoherans, irrasyonel düşünce, ani emosyonel dalgalanmalarının olabildiği ağır seyirli bir psikotik bozukluktur [23]. PPP sürecindeki anneler bebeklerinin sağlığıyla fazlaca ilgilenirler ve bebeğine yetersiz sevgi ve ilgi gösterdiğini düşünerek kendilerini kusurlu bulurlar. Psikoz mevcutsa muhakemede delüzyonel durum eşlik eder [24]. Kişi doğum yaptığını inkâr edilebilir, bebeğini ölmüş veya sakat olarak değerlendirebilir, perseküsyon sanrısı yaşayabilir. Halüsinasyon da eşlik ediyorsa bu yenidoğanı öldürebilecek bir bireyin sesi veya görüntüsü olabilir. Nadir de olsa bazı vakalarda çocuğunu öldürme görülebilir [24]. Bu nedenle PPP acil psikiyatrik

müdahale ve hastaneye yatışı gerektiren bir sağlık sorunudur. PPP tanılı hastalar tek başına bırakılmamalı, hem lohusa hem de yenidoğanın mutlak ileri düzeyde güvenliği ve hastaneye yatışı sağlanmalıdır.

2.1.1. DEPRESYON DSM-V TANI KRİTERLERİ

DSM-V ile güncellenen depresyon tanı ölçütlerine göre birbirini takip eden 14 gün boyunca hemen hemen her gün ve günün çoğu bölümünde görülen alttaki belirtilerden minimum 5'inin bulunmasıyla depresyon tanısı konulur. Belirtilerden biri muhakkak ilgi/istek kaybı veya depresif ruh hali olmalıdır. Depresyon DSM-V tanı kriterleri şunlardır [25];

1. Hastanın sözel beyanı (örn. üzüntü ya da boşluk hissiyatı) ya da çevresindekilerin gözlemine dayanan (örn. hüzünlü/ağlamaklı görünüm) çoğunlukla bütün gün, takribi gün boyunca devam eden depresif belirtiler
2. Çoğu gün, takribi tüm gün boyunca, birçok etkinliğe olan ilgi ve zevk kaybı (Bu hasta tarafından beyan edilebilir veya yakınları tarafından ifade edilebilir)
3. Perhiz uygulamaksızın, kayda değer kilo kaybı ya da alımı (4 haftada kilosunun %5'inden fazla) ya da hemen hemen her gün iştahta artma/azalma
4. Çoğu gün insomnia veya hipersomnia
5. Çoğu gün psikomotor yavaşlama veya aşırı hareketlilik
6. Çoğu gün yorgunluk ya da enerji kaybı hissi
7. Çoğu gün değersizlik ya da kabahatli olma duygusu
8. Neredeyse her gün, düşünce ya da odaklanma kabiliyetinde azalma veya kararsızlık (bireysel veya çevresindekilerin beyanı olabilir).
9. Tekrar eden suisid fikirleri ya da bir suisid girişiminin olması

2.2. POSTPARTUM DEPRESYON

PPD oldukça sık görülen bir hastalık olmasına rağmen tanımlama ve adlandırmalarda farklılıklar vardır. DSM-4'e göre doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlayan belirtilerin olması durumunda postpartum depresyon olarak tanımlanırken DSM-5'te doğum sonrası depresif belirtiler gösteren hastaların üçte birinin semptomları gebelikte başladığı için 'Peripartum Başlangıçlı Major Depresif Bozukluk' olarak adlandırılır ve gebelikte veya postpartum 1 aya (4 hafta) kadar olan

süreçte depresyon bulgularının ortaya çıkmasıdır [25]. Gebelik periyodunun da epizoda dâhil edilmesi ile DSM-4 ve DSM-5 birbirinden farklılık göstermektedir [26]. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre doğumdan itibaren başlayıp sonraki 1 yılı da içine alan süreç PPD olarak adlandırılır [27]. Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (ICD-10) ise doğumdan itibaren 1,5 ay (6 hafta) içinde başlayan psikiyatrik bozuklukların puerperium ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Özetle doğum sonrası depresyon DSM-4, DSM-5, WHO, ICD-10 tarafından ayrı bir hastalık olarak değerlendirilmeyip, duygudurum bozuklukları kategorisinde incelenmiştir [28].

Beck, PPD yaşayan annelerin duygu ve düşüncelerinin denetimini sağlayamadıklarını, çoğu vakit eylem kontrolünde dahi yetersiz kaldıklarını kayda geçmiştir [29]. Bu düşünce ile bireyin özdenetiminde yetersiz olması fikrini benimsemekte ve postpartum süreçte baş gösteren bu gidişatı "delilikle akıllılık arasında ince çizgide yürümek" sözüyle betimlemektedir [29].

PPD semptom arasında dış faktörlere ilgisizlik, emosyonel instabilite, depresif duygudurum, kontrolsüzce ağlama, iştahta artma/azalma, kilo alma/kilo kaybı, psikomotor yavaşlama/hareketlilik, insomnia/hipersomnia, günün çoğu vakti yorgun hissetmek, kendini değersiz hissetmek, suçluluk ve öfke hali, yaşamdan zevk alamamak, yenidoğan hakkında aşırı endişe duyma veya umursamamak, tekrar eden suisidal fikirler veya girişimlerdir [30] [31].

Literatürde postpartum ölüm oranları araştırıldığında PPD nedeniyle intihar oranları, doğum sonrası kanama ve gebelikte tansiyon hastalıklarına bağlı ölüm oranlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Annelik hüznünün iki haftadan uzun sürdüğü ve semptomların gittikçe şiddetlendiği bu tablonun PPD'ye dönüşüm ihtimali mutlak suretle psikiyatri hekimince irdelenmelidir [32] [33].

PPD sadece anne değil, çocuk, ev halkı ve halk sağlığı açısından birçok kötü sonuçlara yol açmaktadır. Doğumdan sonraki süreçte yaşanan majör depresyon belirtileri annenin ailevi, mesleki ve toplumsal hayatını kötü etkileyerek hayat dinamiğini etkin düzeylere ulaşacak şekilde aksatmaktadır [34]. PPD anne, bebek, aile üzerindeki kötü etkileri nedeniyle erken tespit edilerek mutlaka gerekli psikiyatrik desteğin sağlanması gerektiği bir toplum sağlığı sorunudur.

2.2.1. POSTPARTUM DEPRESYON PATOFİZYOLOJİSİ

PPD oluşumunda psikososyal, biyolojik, hormonal ve genetik olmak üzere birçok faktörün rol oynadığı düşünülmekle birlikte halen patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hamilelik ve postpartum süreçte birden çok hormonal değişim olmaktadır. Gebelik seyrince üst düzeyde olan östradiol ve progesteron düzeylerinde lohusalık sürecinde yaşanan azalma, PPD gelişiminde mühim rol almaktadır [35]. Östradiol ve progesteron hamileliğin antenatal döneminin sonunda en yüksek düzeyine ulaşır, menstrüel dönemdeki fizyolojik düzeyinin yaklaşık 10-50 misline çıkar ve doğumdan sonra normal düzeyine gelir [35].

Hamilelik sürecince yüksek seyreden serum östradiol seviyesine sekonder Tiroid Bağlayıcı Globulin (TBG)'de artar. Bunun neticesinde TBG artışına bağlı olarak gebelikte tiroid bezinin boyutu artabilir ayrıca total T3, total T4 ve TSH artar. Serbest T3, serbest T4 ise normal sınırlarda seyreder. Artan tiroid hormonları, doğum sonrası dönemde azalarak normal düzeyine geriler [36]. Bu düşüşün bir grup kadında PPD gelişiminde önemli bir etken ileri sürülmektedir [35].

Gebeliğin son trimesterinde yüksek seyreden serum kortizol düzeyi postpartum süreçte düşer [35]. Serum kortizol seviyesindeki değişim ile depresif duygudurum arasında ilişki bulunduğu düşünülmektedir [37].

Serumdaki prolaktin (PRL) miktarı, postpartum dönemde östrojen düzeyindeki azalmaya ters olarak artış gösterir [35]. Emzirmeyen annelerde, PRL düzeyinin ani azalması ile PPD arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir [38].

PPD gelişmesinde, nörotransmitterlerden özellikle NE ve serotonin seviyesindeki düşüş en çok tasdiklenen teorilerdendir [39]. Östradiolün, serotonin başta olmak üzere nöradrenalin, dopamin ve GABA dahil pek çok nörotransmitterin modülasyonunu sağladığı ve santral sinir sistemi fonksiyonu üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir [35, 40]. Postpartum dönemde azalan gonadal steroid konsantrasyonları, santral serotonerjik etkiyi azaltabilmektedir [35].

2.2.2. POSTPARTUM DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI

PPD dünya genelinde doğum sonrası süreçteki annelerin yaklaşık %20'sinde görülmektedir. Amerika'da PPD prevalansı %11,5 olarak saptanmış olup, her yıl tahmini 750.000 kadını etkilediği düşünülmektedir [41, 42]. Gavin ve ark.'nın 28 araştırmanın derlemesi ile elde ettikleri meta-analizde postpartum ilk 3 ay annelerde PPD'yi %19.2'ye kadar varan oranlarda raporlamışlardır [43]. Norhayati ve ark.'nın 2015 yılında yaptığı araştırma, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine (EDDÖ) dayalı PPD yaygınlığını göstermektedir [44]. Gelişmiş ülkelerde PPD yaygınlığı 4 haftadan kısa sürede %5,5-34, 4-8. haftalar arasında %2,6–35, 12 haftada %6–29 ve 6. ayda %3–25,5 arasında değişkenlik göstermektedir [44]. Gelişmiş ülkelerde ise PPD yaygınlığı %2-82 gibi geniş bir skalaya sahiptir ve en az Almanya, en çok Amerika'da raporlanmıştır [44]. Gelişmekte olan ülkelerde PPD prevalansı değişkenlik göstermekle birlikte %5 ile en az Pakistan'da ve %74 ile en yüksek Türkiye'de rapor edilmiştir [44].

Literatürdeki araştırmalarda PPD prevalansı saptanırken doğum sonrası dönemdeki zaman dilimleri ve farklı tarama envanterleri kullanılmakta, bu sebeple PPD yaygınlığı farklı çalışmalarda farklı neticeler vermektedir [45]. Ülkemizde EDDÖ kullanılarak gerçekleştirilen doğum sonrası yapılan çalışmaların meta-analizinde PPD oranı %12 ile %43 arasında değişkenlik göstermektedir [46, 47].

2.2.3. POSTPARTUM DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ

Risk etmenlerini saptamak hedefiyle çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Beck 'in PPD'nin risk etmenleriyle ilgili yaptığı meta-analiz çalışması literatürdeki en kapsamlı çalışmadır [48]. Beck, PPD risk faktörlerini araştıran 1974-1994 yıllarında yapılan 44 makaleyi derlemiştir. Elde edilen bu meta-analizde PPD'nin major risk etmenleri; doğum öncesi süreçte depresyonun var olması, depresyon öyküsünün olması, bireyin çocuğuna bakımıyla ilgili yaşadığı gerginlik, aile ve çevreden sosyal destek eksikliği, kadının evlilikten memnuniyeti, ailenin sosyoekonomik durumu ve istenmeyen gebelik olarak saptanmıştır [48]. PPD'nin diğer risk etmenleri de yol gösterir vasıfta olup minör risk etmenleri olarak adlandırılmıştır [37, 48]. Bunlar ailede depresyon öyküsü, kadın ve eşinin eğitim düzeyi, parite, prematüre doğum, premenstrüel

sendrom, emzirmeme, tiroidin az veya çok çalışması, gebelik komplikasyonları, erkek bebek talebinin gerçekleşmemesi, şiddetli aile içi geçimsizlik, sigara, madde bağımlılığı, evlenme yaşı ve ilk gebelik olarak saptanmıştır [37, 48].

2.2.4. POSTPARTUM DEPRESYON TARAMASI

PPD taraması nedeniyle ülkemizde uygunluk çalışmaları tamamlanmış olan, bazılarının T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonrası Bakım Rehberinde de yer aldığı bazı PPD tarama ölçekleri bulunmaktadır. PPD taramasında kullanılan bu envanterlerden elde edilen puanlar ile birlikte bireyin ayrıntılı anamnezi harmanlanarak PPD tanısına varılabilmektedir. PPD için en sık kullanılan tarama yöntemi, somatik belirtilerden ziyade duygusal ve fonksiyonel etkenleri vurgulayan 10 sorudan oluşan bir öz bildirim anketi olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğidir (EDDÖ).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği: Postpartum süreçte kadınları majör depresif bozukluk açısından taramak maksadıyla ülkemizde en sık kullanılan EDDÖ toplamda 10 maddeden oluşmaktadır (Ek-3). Beş dakikadan daha kısa sürede tamamlanabilir. EDDÖ bir likert tipi ölçektir. Anket soruları salt ve kolay anlaşılır olduğundan doldurulması oldukça kolaydır ve bireyler her soruda yalnızca bir şık işaretleyerek anketi tamamlarlar.

Ölçek pek çok ülke tarafından kabul görmüştür. Ölçeğin değerlendirilmesi basittir ve ≥50 yabancı dilde tercümesi bulunmaktadır [49, 50]. EDDÖ'nün Türkçe diline Dr. Nur Engindeniz tarafınca uyarlanmıştır. Dr. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin güvenilirliği 0,8, kesme noktası 12 alındığında sensitivitesi 0,8, spesifitesi 0,8, pozitif prediktif değeri 0,7 saptanmıştır. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki ilgileşim r:0,7 ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı saptanarak testin geçerliliği onaylanmıştır [51]. Envanterin spesifitesi artırılmıştır çünkü ölçekte, PPD'de olmayan annelerde sık görülen uyku ve iştah dalgalanmaları gibi somatik semptomları sorgulayan sorular da bulunmamaktadır [49].

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ≥10 ve ≥13 arasında değişkenlik gösteren kesme değerler kullanılmıştır. Ülkemizde ise Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde envanterin kesme puanı 12 olarak alınmış ve ≥12 puanı alan annelerin bir psikiyatri kliniğine sevkinin gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir [52].

2.2.5. POSTPARTUM DEPRESYONUN TEDAVİSİ

Hamilelik ve doğum sonrası dönemde PPD'yi önlemek hedefiyle gerçekleştirilecek ilk adım riskli gruptaki bireylerin saptanmasıdır. Risk etmenlerinin bilinmesi, riskli gruptaki hastalar ve yakınlarının bilgilendirmesi, erken tanı ve tedavi sürecini hızlandıracaktır. Risk grubundaki bireylerin mümkünse gebelikten önce veya gebelik sürecinde saptanması ve tedavinin erken başlanması, anne ve yenidoğan üzerindeki olumsuz sonuçları minimale indirgeyecektir.

PPD tedavisi psikoterapi, medikal (farmakolojik) ve farmakoloji dışı (nonfarmakolojik) tedavilerdir. PPD hafif düzeyde iken tespit edildiğinde ilk tercih olarak psikoterapi ve nonfarmakolojik yöntemler önerilirken, orta/şiddetli PPD'de farmakolojik yöntemlerden (antidepresanlar) daha fazla verim alınmaktadır [53-55]. Ancak medikal tedavi tercih ederken hastaların emzirme durumları göz önünde bulundurulmalıdır [56]. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) antidepresanların çoğunu 'emzirilen bebekler üzerinde etkisi bilinmeyen ancak endişe oluşturabilecek ilaçlar' sınıfına katmaktadır [57]. Bu sebeplerden dolayı postpartum depresyonu olan ve emzirmeye devam eden hastalarda psikoterapiye ağırlık vermek büyük önem taşır. Hastalara uygulanan psikoterapiler önleyici tedaviler ve tanı aldıktan sonra tedavi edici özelliği olan bilişsel-davranışçı terapisi (BDT) ve Kişiler Arası Psikoterapi (KİT) gibi terapi modelleridir [58].

2.2.5.1. ÖNLEYİCİ PSİKOTERAPİLER

Önleyici tedaviler PPD için yüksek risk altında olduğu düşünülen hastalara uygulanmaktadır. Önleyici tedavi, birebir veya grup terapisi, uzman psikologlar tarafından uygulanan psikoterapi veya psikoeğitim şeklindedir[59]. Önleyici psikoterapiler bireylerde olumlu duygu ve düşünceleri, buna bağlı olumlu bir yaşam tarzı sürmelerini sağlamaktır. Böylelikle kişilerin daha güçlü olması ve kendilerini daha iyi hissetmelerine olanak sağlar [60]. Amaç risk altında olan hastaları korumak ve PPD açısından bu hastalara farkındalık kazandırmaktır [59].

1960 yılında R. E. Gordon ve K.K. Gordon'ın yaptığı bir çalışmada bir grup anne adayına ve eşlerine önleyici psikoterapi eğitimi uygulanmıştır. Bu kadınların sadece %15'i doğum sonrası hüzün ile tekrar başvurmuştur. Önleyici psikoterapi almayan diğer kadınların ise başvuru oranı %37 olarak saptanmıştır [61].

1985 yılında Halonen ve Passman'ın gebelere ağrı kontrolü için gevşeme egzersizlerinin öğretildiği çalışmada, bu hastalarda postpartum stres düzeyinin azaldığını saptanmıştır. Doğum sonrası gevşeme terapisi uygulayan annelerin doğum sonrası 30.günde BDÖ skorunun, terapi uygulamayan annelere oranla daha düşük geldiği bulunmuştur [62].

2.2.5.2. PSİKOTERAPÖTİK TEDAVİ

PPD'yi tedavi ederken sıkça kullanılmakta olan psikoterapi metotları ile majör depresif bozuklukta kullanılan metotlar benzemektedir. PPD'de uygulanan psikoterapötik tedavi kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) olarak ikiye ayrılır [53, 54].

KİT belli bir dönemi içeren olaylara yoğunlaşan özellikle majör depresif bozuklukta oldukça faydalı psikoterapi metodudur. Depresyonun kişilerarası ilişkiler ile ilişkili olduğu temeline dayanmaktadır. Kişilerarası desteğin bireyi depresyondan koruyabildiği gösterilmiştir [63]. Bu terapide hedef, annenin olumsuz semptomlarının en aza indirgenmesi ve aktif kişilerarası sorunlarının üstesinden gelebilmesi amacıyla gereken toplumsal yeteneklerin kazandırılmasıdır. Terapist yönlendirici, önerici ve açıklayıcıdır. Terapist öncelikle realist, problemi çözme odaklı ve hastayı gerilemekten koruyan bir tutum alır [63]. Bu terapide amaç kişinin güvenilir bir iletişim ortamında bulunması ile depresif belirtilerinin azaltılmasıdır.

BDT, kişilerin güncel hayatlarında baş edemedikleri zorluklar ve sıkıntılara rastladıklarında bu kişilere yardımcı olmak hedefiyle öğrenme varsayımını yürüten, odak noktası çözüm olan, ''burada ve şu an'' terimi temel alınan bir psikiyatrik terapi yöntemidir [64]. BDT anneyi bilgilendirmek, ebeveynlikle bağdaşmasını sağlamak ve stres ile baş edebilmesini öğrenmesini amaçlamaktadır. BDT'nin amacı gebenin memnuniyetinin artırılması, toplumsal becerilerinin ilerletilmesi ve olumsuz düşünce ve eylemlerinin azaltılmasıdır [65, 66].

2.2.5.3. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Postpartum depresyonun etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamadığı ve tek bir etkeni olmadığı için standardize tedavi metodu bulunmamaktadır. Doğum sonrası

süreçte depresif duygudurum semptomları olan lohusadan ilk olarak detaylı anamnez alınmalı, fiziki muayene ve kimyasal belirteçler de harmanlanarak organik hastalıklar ekarte edilmelidir. Organik etkenler ekarte edildikten itibaren PPD'nin şiddeti saptanarak etkin tedavi metodu planlanmalıdır. Hafif/orta düzeydeki PPD'de ebeveynin bebeğini emzirme isteği de göz önüne alınarak öncelikle psikoterapi metotları tercih edilmelidir [67]. PPD orta/şiddetli düzeydeyse veyahut psikoterapi metotlarına efektif yanıt oluşmadıysa farmakolojik yöntemler alternatif yaklaşım olmalıdır [67]. Bireyin tedavi olmaması halinde ebeveynler, anne ve yenidoğan için gelişebilecek olumsuzluklar hakkında detaylı bilgilendirilmelidir.

PPD'nin tedavisi planlanırken, psikiyatri uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve çocuk/yenidoğan uzmanı iş birliği halinde olmalıdır. İlaç tercihi yapılacağında öncelikle ebeveynin emzirme isteği göz önünde bulundurulmalı ve hastanın eğer varsa daha önceden kullandığı bir antidepresan öyküsü ve bu tedaviden fayda görme durumu sorgulanmalıdır. [68].

Farmakolojik tedavilerin hepsi farklı oranlarda anne sütüne geçmektedir. Paroksetin, nortriptilin ve sertralin süte eser miktarda geçtiğinden ve bebekte düzeyi çoğu zaman saptanmadığından öncelikle tercih edilmektedir[69]. Bireyin hamilelikte kullandığı bir farmakolojik tedavi varsa bebeğin yeni bir kimyasal etkene maruz kalmaması için bu tedaviyi doğumdan sonra da devam ettirmesi önerilmektedir. [68]. Kür sağlandıktan sonra mutlak suretle minimum 6 ay tedaviye devam edilmeli ve doz değiştirilmemelidir [70].

DSM-IV'deki 'Peripartum Başlangıçlı Major Depresif Bozukluk' tanımına hem gebelik hem de postpartum süreç dâhil edildiğinden artık bu iki dönemde de kullanılan farmakolojik tedavilere değinilmektedir. Tüm antidepresanlar plasenta ve amniyon mayiye ulaşmaktadır [66, 67]. PPD'de en çok tercih edilen farmakolojik ajan grupları seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI), serotonin/norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlardır (TAD) [67, 71]. Bu medikal tedaviler arasından ilk tercih edilen düşük toksisite riski olan ve daha az komplikasyonu olan SSRI'dır [72]. Postpartum depresyonu tedavi etmek için en randomize kontrollü çalışmalara sahip SSRI'lar sertralin ve fluoksetindir [73, 74]. 87 gönüllüyle yapılan 4 gruplu randomize çalışmada fluoksetin ve plasebo ilaç kullanılmış olup, çalışma sonucunda fluoksetinin plasebodan daha etkin olduğu tespit

edilmiştir [75]. Antidepresanlardan özellikle de SSRI'lar, emzirmede en geniş veri tabanına sahip ve büyük ölçüde yan etkisi en az olandır [76]. TAD grubu farmakolojik ajanlar olumsuz etkilerinden ötürü günümüzde sık tercih edilmemekte olan ilaçlardır [76].

2.2.5.4. FARMAKOLOJİ DIŞI YÖNTEMLER

Nonfarmakolojik metotlar için kısıtlı çalışmalar vardır. PPD'de elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, müzik, akupunktur, beslenme (omega-3 ağırlıklı) en sık tercih edilen nonfarmakolojik metotlardır [55, 77]. Literatürde müziğin depresif semptomları dinginleştirici ve PPD'yi tedavi edici özelliği olduğuna dair çalışmalar mevcuttur [78]. Yapılan çalışmalarda hamilelere uygulanan masaj ve EKT'nin depresif semptomları azalttığı ya da tümden iyileştirdiği görülmektedir [79, 80].

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), PPD olmak üzere bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde 50 yıldan uzun bir süredir kullanılan tedavi seçeneğidir. EKT, tedavi ekibinin, hastada elektrik aracılığıyla bir konvulsiyon (yaygın kasılmalar) nöbeti meydana getirmesidir. EKT'de hedef, konvulsiyonun santral sinir sisteminde nöronal düzeydeki etkisinden yararlanarak duygudurum bozukluklarını tedavi etmektir [81]. PPP, postpartum süreçte ortaya çıkan psikiyatrik hastalıkların en şiddetlilerindendir. Halüsinasyonlar ve sanrılar eşlik ederse hasta kendisine veya bebeğine zarar verebilir. Psikozda depresyona nazaran intihar fikri ve eylemi daha baskındır. Bu nedenle hızlı ve etkili bir tedavi uygulanmalıdır. Farmakolojik ajanlara yanıt alınamazsa EKT de bir seçenek olmalıdır. Annenin suisidal ve homosidal düşünceleri varsa mutlaka hospitalize edilmeli, bu süreçte bebek anne yanından alınarak güvenliği sağlanmalıdır. PPP tanılı bireyler tedavi edilirse %90-95'i yaklaşık 8-12 hafta gibi bir sürede kür olmaktadırlar [81].

2.3. DOĞUM İNDÜKSİYONU

Spontan olarak başlamayan doğum eylemi için yapılan her türlü müdahaleye doğum indüksiyonu denir. Bu doğumu başlatmak için uterusu ekzojen yollarla (amniyotomi, oksitosin, prostaglandinler) uyarma sürecidir. İndüksiyon uygulaması

sürmatürite, koryoamniyonit, preeklampsi, gestasyonel diyabet gibi durumların varlığında kullanılmaktadır [82].

Doğum eyleminde en sık kullanılan müdahale indüksiyondur [83]. İndüksiyon kullanımı son zamanlarda hızla artmakla birlikte birçok ülkenin verilerinin kullanıldığı bir meta-analizde doğumların yaklaşık %10'unda indüksiyonun aktif kullanıldığı raporlanmıştır [84]. Türkiye'de henüz veriler yeterli olmamakla birlikte literatür çalışmalarına bakıldığında yaklaşık %25 doğumda indüksiyon kullanıldığı saptanmıştır [85]. Elde edilen veriler indüksiyonun doğum eyleminde oldukça sık kullanıldığını bildirmektedir.;

Doğum indüksiyonunda kullanılan medikal metotlar arasında farmakolojik olan oral prostaglandinler, vajinal prostaglandinler, oksitosin ve ayriyeten mekanik yöntemler (balon kateter-ekstraamniyotik salin infüzyonu-higroskopik servikal dilatörler-membranları ayırma-amniyotomi) yer almaktadır [86]. Medikal metotlar arasında en sık tercih edilen yöntem oksitosin infüzyonudur [87-89]. Farmakolojik metotlarda gebede rahatsızlık hissinin daha az olması ve daha etkin bir yöntem olması nedeniyle mekanik metotlara göre daha çok tercih edilmektedir [86].

2.4. EPİZYOTOMİ

Epizyotomi genellikle doğumun 2. evresini kısaltmak, perianal ve periüretral laserasyonları azaltmak hedefiyle perine bölgesindeki kaslara yapılan bir müdahaledir [90, 91].

Amerika ve Avrupa'da epizyotomi uygulama oranlarının <%29,6 olduğu ve dünya genelinde epizyotomi oranının azaldığı raporlanmıştır [92]. Gelişmekte olan ülkeler ve Asya kıtasındaki ülkelerde epizyotomi halen sıkça kullanılmaktadır [92]. Çok merkezli yapılan çalışmalarda; sadece gerekli durumlarda epizyotomi uygulanmasının, rutin epizyotomi uygulamasına göre daha iyi maternal sonuçlara sahip olduğu ve bu durumun yenidoğan için hiçbir yan etkisinin olmadığı gösterilmiştir [93, 94].

2.5. MÜDAHALELİ DOĞUM

Doğumun 2. evresinin vakum/forseps yardımı ile kısaltılmasına müdahaleli doğum denir [95]. Özellikle doğumun 2. evresinde annenin yorgun düşmesi, nonstres test esnasında endişeli fetal kardiyak atımlar maternal ıkınmaya engel bir durum

varlığında müdahaleli doğumlar tercih edilmektedir [94]. Distosi gelişen kadınlarda vakum veya forseps destekli vajinal doğum sezaryene nazaran artmış perinatal morbidite/mortalite ile ilişkilidir [96].

Forseps ile yapılan müdahaleli vajinal doğumlar, vajinal doğumların yüzde 0,5'ini ve vakumlu ile yapılan müdahaleli vajinal doğumlar, vajinal doğumların yüzde 2,6'sını oluşturmaktadır [97, 98]. Literatür tarandığında Türkiye'de müdahaleli vajinal doğum oranı %0.47-14 olarak raporlanmıştır [97, 98]. Amerika Birleşik Devletlerinde vakum veya forseps yardımıyla gerçekleştirilen vajinal doğum oranının %3 olduğu bildirilmiştir [99].

Forseps, fetal kranyumu laterallerden sararak fetüsün doğumuna destek olurken, vakum yöntemi ise fetal saçlı deride negatif basınç oluşturarak fetal traksiyonu destekler [100]. Her ne kadar forseps kullanımı azalmış olsa da literatürdeki geniş çaplı bir derlemede forseps kullanım oranı %1.48-26.2 arasındadır ve vakum forsepse nazaran daha sık tercih edilen bir müdahale yöntemidir [101].

2.6. SEZARYEN DOĞUM

Sezaryen dünyada en sık uygulanan cerrahi operasyonlardan biridir ve normal doğumun gerçekleştirilmesinin güç olduğu ve belirgin fetal veya maternal morbidite veya mortalitenin arttığı durumlarda tercih edilir [102, 103]. Vajinal doğumda gelişebilecek riskli durumlarda sezaryen anne ve fetüs için hayati olabilmektedir [104].

Sezaryen oranları dünya genelinde giderek artmaktadır [105]. Hem anne hem fetüste morbidite/mortaliteyi azaltmak için primer sezaryen oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafınca %10-15 olarak belirlenmiştir [106].

Sezaryen doğumlarda, vajinal doğuma nazaran kantitatif olarak kanama daha çoktur [107]. Sezaryen doğuma ilişkin maternal mortalite 4.5-8.5/10000 civarında olup ve vajinal doğuma kıyasla yaklaşık 25 kat fazladır [108]. Maternal mortaliteye ilaveten sezaryende kardiyak arrest, anesteziye bağlı komplikasyonlar, endometrit, postpartum histerektomi, yara yeri enfeksiyonu ve venöz tromboemboli gibi diğer komplikasyonlar da normal doğuma kıyasla yüksektir [109]. Komplikasyon oranının daha yüksek olması sebebiyle tıbbi endikasyon dışı sezaryenlerden kaçınılmalıdır [110].

2.6.1. SEZARYEN DOĞUMDA UYGULANAN ANESTEZİ YÖNTEMLERİ

Son yıllarda sezaryenin ivme kazanması ile anestezi uygulama oranını artmıştır [111]. Anestezi için farklı uygulama metotları mevcuttur. Genel anestezi veya rejyonel anestezi metotlarından spinal, epidural, kombine spinal epidural anestezi (KSEA) yöntemleri sezaryen anestezisi için seçeneklerdir.

Her ne kadar son zamanlarda sezaryen sayısı hızla artsa da anesteziye bağlı komplikasyonların sayısı azalmıştır. Bunun nedeninin ise günümüzde rejyonel anestezinin gelişmesi ve kullanımının artması olduğu düşünülmektedir [112]. Anesteziye bağlı maternal mortaliteler, Amerika ve İngiltere'de tüm maternal mortalite nedenleri arasında 7. sıradadır [112]. Son yıllarda anestezi ile ilişkili maternal mortalitedeki belirgin düşüşün nedeni sezaryen operasyonu esnasında nöroaksiyel anestezi tekniklerinin kullanımında artış ve genel anestezide zor entübasyonla mücadele için üretilen algoritmaların efektif kullanılmasından kaynaklıdır [112]. Nöroaksiyel blokajda lokal anestezik ajan subaraknoid aralığa uygulanırsa spinal anestezi, epidural aralığa uygulanırsa epidural anestezi veya her ikisine de uygulanırsa KSEA denir [113].

Rejyonel anestezi yöntemlerinden bir olan spinal anestezinin uygulaması kolaydır, etkisi 1-3 dakika içinde başlar, yan etkisi riski azdır. Bu nedenle sezaryende sıkça tercih edilmektedir. [113-115]. Sezaryende spinal anestezi uygulamasının riskleri; sempatik sinir blokajı sonucu hızla gelişen hipotansiyon plasental yatakta kan akımını azaltır ve buna bağlı fetal asidemi gelişebilir. Ayrıca ani hipotansiyon sonucu ve subaraknoid alandan sıvı kaçışı ile postspinal baş ağrısı ve kusma görülebilir [116, 117].

Epidural anestezide anestezik solüsyon epidural aralığa enjekte edilir. Sezaryen doğumda uygulanan epidural anestezinin riskleri; annede hipotansiyon, lokal anestezik solüsyonların kardiyak ve serebral intoksikasyon yapma durumu ve baş ağrısıdır [113].

KSEA rejyonel anestezide diğer yöntemlere nazaran daha güncel bir metottur. Subaraknoid aralık ve epidural aralığa enjekte edilen anestezi solüsyonu, saf opioid ve lokal anestezik ajan ve opioid ajanın kombine edilmesi ile oluşturulan epidural subaraknoid blok şeklidir [113]. KSEA'da hem spinal ve hem epidural anestezi metotlarının yararları korunurken dezavantajlarından birkaçı önlenebilir. KSEA spinal

bloğun faydası olan hızlı etki, minimal toksisite ve epidural anestezinin avantajı olan anestezi süresinin uzatılabilmesi kombinlenir [113].

Genel anestezide yan etki oranı rejyonel anesteziye nazaran 17,2 kat fazladır [118]. Anestezi ile ilişkili maternal mortaliteler çoğunlukla genel anestezi komplikasyonlarıyla bağlantılıdır [113]. Hamilelerde ödemlenen havayolu, cesameti artan uterusun diafragmaya basısı, artan progesteron nedeniyle havayolunun daha frajil olması, kaval basıya sekonder artan hipoksi riski nedeniyle zor entübasyon insidansı hamile olmayanlara nazaran 8,1 kat daha fazla olup, zor entübasyon ilişkili mortalite ise 13,0 kat daha fazladır [119].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ETİK KURUL ONAYI

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafınca 22/132 kayıt numaralı *"Doğum Şeklinin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"* başlıklı proje önerisi kurulun 17.02.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışmamız etik kurallara uygun olarak yapılmıştır (Ek-5).

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, TÜRÜ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmamız; Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Nisan-Haziran 2022 tarih aralığında başvuran 3. trimester içinde olan 18-45 yaş aralığında olan gebelerden ankete katılmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dâhil edilerek yapılmıştır. Çalışma prospektif, tanımlayıcı ve kesitsel bir anket çalışmasıdır. Dışlama kriterlerine göre uygun olmayan gebeler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmamıza tanılı psikiyatrik hastalığı olanlar, 3. Trimesterde Beck depresyon skalasında 17 puan ve üzeri alanlar, 18 yaş altındaki hastalar, madde kullanımı olanlar ve Türkçe anlama ve konuşmada zorluk çeken hastalar dâhil edilmemiştir. Çalışmamız 18 yaşını doldurmuş olup hastanemizin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran ve çalışmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve gönüllü onam formunu okuyup imzalayan 3. Trimester sürecinde olan gebelerden oluşmaktadır.

Gebeler 3. Trimester son rutin kontrol muayenelerine geldiklerinde demografik özellikleri, gebelik sayıları, kronik hastalıklarını içeren Sosyodemografik Bilgiler Formu doldurduldu (Ek-1). Hastaların 3. Trimester boy ve kiloları ölçülerek çalışma formuna kayıt edildi. Gebeler BDÖ ile değerlendirilip, 3. Trimester Beck Depresyon skalasında 17 ve üstünde puan alanlar çalışmaya dâhil edilmedi (Ek-2).

Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum doğumhanesinde doğumu gerçekleşen aynı hastalar postpartum 1. aydan sonraki kontrol muayeneleri için geldiklerinde Edinburgh Postpartum depresyon ölçeği (EDDÖ) ile değerlendirildi (Ek-3). Sağlık Bakanlığı'nın 2022'de yayınladığı Doğum Sonu Bakım Yönetim

Rehberi'nde taban alınan kesme değeri ≥12 puan alan anneler depresif kabul edildi. Tüm hastalar hasta mahremiyetine ve gizlilik esasına riayet edilerek çalışmaya dâhil edildi. Her hastaya çalışmaya alınmadan önce çalışmayla ilgili bilgi verilip, aydınlatılmış onam alındı (Ek-4).

Çalışmamıza katılan 21 hasta, gebelik sürecinde son poliklinik vizitlerinde uygulanan Beck Depresyon Envanteri'ne göre ≥17 puan aldığından depresif kabul edilip psikiyatri polikliniğine yönlendirildiler ve çalışmadan çıkartıldılar. Çalışmamız 453 hasta ile tamamlandı.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamıza dâhil olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve olası risk etmenlerini tespit etmek için bir sosyodemografik anket formu, 3. trimesterde depresif semptomlarını sorgulamak ve derecelendirmek amacıyla Beck depresyon ölçeği ve postpartum dönemde ise Edinburgh postpartum depresyon ölçeği ile olmak üzere toplam üç adet form veri toplanmasında kullanılmıştır.

3.3.1. SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Geniş literatür incelenmesi sonucunda olası risk etmenleri tespit edilip anketimize katılan annelerimize sosyodemografik anket başlığı altında bu sorular yönlendirildi(Ek-1). Sosyodemografik anket formu toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yanında katılımcıların doğumhaneye yatış ile doğum arasında geçen süre, hastaneye başvuru nedeni, yenidoğan doğum ağırlığı, bebeğin cinsiyeti, bebeğin yoğun bakım durumu, bebeğin doğum haftası, laktasyon durumu, planlı gebelik olup olmadığı, gebelikte yaşanılan sağlık sorunları, gebelikte covid öyküsü gibi bazı soruları içermektedir.

Katılımcının son gebeliği normal vajinal doğum ise epizyotomi uygulanma durumu, indüksiyon uygulanma durumu ve müdahaleli doğum durumu, gebeliği sezaryen doğum ise uygulanan anestezi şekli hekim tarafından not edildi.

3.3.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Beck ve arkadaşlarının tanımladığı envanter, Prof. Dr. Nesrin Hisli tarafından Türkçeye çevrilmiştir. BDÖ, majör depresif bozuklukta izlenen hissi, somatik ve kognitif semptomları ölçen öz bildirim envanteridir [120]. Çalışmaya katılan hastalarımız 3. trimesterdeki hastane vizitlerinde BDÖ içeren anketi doldurmuşlardır (Ek-2). Ölçeğin hedefi majör depresyon teşhisi koymak değil, depresyon semptomlarının şiddetini tarafsız olarak saptamaktır. Anksiyete belirtileri değerlendirilmez ancak DSM-IV ve DSM-V majör depresyon kriterlerini yansıtan efektif, bilişsel, somatik ve vejetatif belirtiler ele alınır. Her soru 0'dan (semptom yok) 3'e (şiddetli semptomlar) kadar puanlanır ve ölçek toplamda 21 sorudan oluşmaktadır [121]. Elde edilen puan ile semptomların şiddeti doğru orantılıdır [122]. BDÖ'nün ≥17 puan alanların ≥%90 pozitif prediktiflikle tedavi gerektirebilecek depresyonu saptadığı bulunmuştur [123].

3.3.3. EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDDÖ)

Postpartum süreçte kadınları majör depresif bozukluk açısından taramak maksadıyla ülkemizde en sık kullanılan EDDÖ toplamda 10 maddeden oluşmaktadır (Ek-3). Beş dakikadan daha kısa sürede tamamlanabilir. EDDÖ bir likert tipi ölçektir. Anket soruları salt ve kolay anlaşılır olduğundan doldurulması oldukça kolaydır ve bireyler her soruda yalnızca bir şık işaretleyerek anketi tamamlarlar. Ölçek pek çok ülke tarafından kabul görmüştür. Ölçeğin değerlendirilmesi basittir ve ≥50 yabancı dilde tercümesi bulunmaktadır [49, 50]. EDDÖ'nün Türkçe diline Dr. Nur Engindeniz tarafınca uyarlanmıştır. Dr. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin güvenilirliği 0,8, kesme noktası 12 alındığında sensitivitesi 0,8, spesifitesi 0,8, pozitif prediktif değeri 0,7 saptanmıştır. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki ilgileşim r:0,7 ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı saptanarak testin geçerliliği onaylanmıştır [51]. Envanterin spesifitesi artırılmıştır çünkü ölçekte, PPD'de olmayan annelerde sık görülen uyku ve iştah dalgalanmaları gibi somatik semptomları sorgulayan sorular da bulunmamaktadır [49]. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ≥10 ve ≥13 arasında değişkenlik gösteren kesme değerler kullanılmıştır. Ülkemizde ise Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu

Bakım Yönetim Rehberi'nde envanterin kesme puanı 12 olarak alınmış ve ≥12 puanı alan annelerin bir psikiyatri kliniğine sevkinin gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir [52].

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Bu çalışmada ilgili istatistiksel analizler SPSS 25 programı ile yürütülmüştür. Katılımcıların çeşitli demografik bilgileri farklı kategoriler halinde betimsel istatistikler kullanılarak sunulmuştur. Hastaların çeşitli demografik bilgileri ile postpartum depresyonlarının karşılaştırılabilmesi amacıyla depresyon ölçeğinden alınan puanlar kesme noktası 12 alınarak depresyon var ve depresyon yok olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Demografik değişkenler ile depresyon durumunun karşılaştırılması amacıyla ki-kare bağımsızlık testleri yürütülmüştür. Yalnızca bir kategoride ki-kare bağımsızlık testine ilaveten bağımsız gruplar t-test ve tek yönlü varyans analizleri de uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya kliniğimizde takip edilen ve doğum yapan 474 hastadan Beck Depresyon Ölçeği ile 17 ve üzerinde puan alan 21 hasta çalışma dışında bırakılarak toplamda 453 hasta dâhil edildi. Çalışmaya dâhil olan 453 katılımcının doğum sonrası kontrollerinde 190'ı (%41.8) postpartum depresyon tanısı almıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 27.92 ± 5.74 olarak, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalamaları ise 28.83 ± 4.72 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların 424'ü (%93.6) evli, 22'si (%4.9) dini nikâhlı, 7'si (%1.5) bekârdır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 5'inin (%1.1) okur-yazar olmadığı, 11'inin (%2.4) okur-yazar olduğu, 74'ünün (%16.3) ilkokul, 164'ünün (%36.2) ortaokul, 119'unun (%26.3) lise ve 80'inin (%17.7) üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahiptir.

Katılımcıların 59'unu (%13) köyde, 87'si (%19.2) ilçede ve 306'sı (%67.5) şehir merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıları 49'u (%10.8) çalışmakta, 404'ü (% 89.2) ise çalışmamaktadır. Katılımcıların eşlerinin ise 383'ünü (%84.5) çalışmakta, 70'I (%15.5) çalışmamaktadır. Katılımcılara aylık gelirleri incelendiğinde 97'sinin (%21.4) 2500 TL altında, 244'ünün (%53.9) 2500-5000 TL düzeyinde ve 112'sinin (%24.7) 5000 TL üzerinde gelire sahip olduğu görülmektedir.

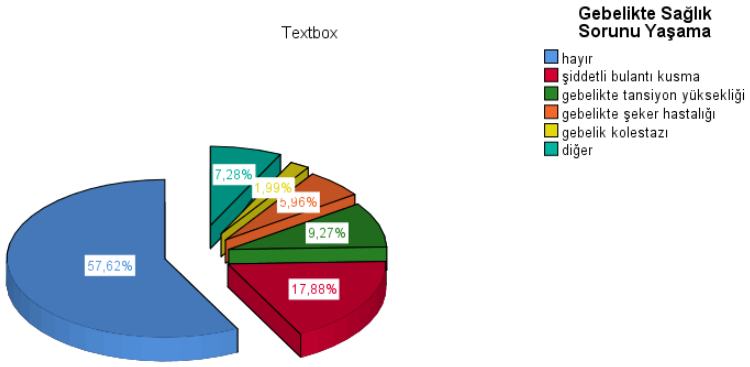
Katılımcıların 63'ünü (%13.9) 18 yaşın altında, 318'i (%70.2) 18-24 yaş aralığında, 62'si (%13.7) 25-30 yaş, 6'sı (%1.3) 31-35 yaş ve 4'ü (%0.9) 36-40 yaş aralığında evlendiğini bildirmiştir. Katılımcıların 61'i akraba evliliği (%13.5) yaptığını belirtmiştir. Toplamda 424 (%93.6) katılımcı bir defa evlendiklerini, 29'u ise (%6.4) birden fazla evlendiklerini beyan etmiştir. Katılımcılardan 60'ının (%13.2) evlilik süresinin 1 yıldan az, 170'inin (%37.5) 1-5 sene, 113'ünün (%24.9) 5-10 sene ve 110'unun (%24.3) 10 seneden fazla olduğu görülmüştür. 350 katılımcı (%77.3) çekirdek aile tipine, 103 katılımcı ise (%22.7) geniş aile tipine sahiptir. Katılımcıların çeşitli sosyodemografik bilgilerine dair dağılımlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		N=453	%
Evlilik Durumu	Evli	424	93.6
	Dini Nikâhlı	22	4.9
	Bekâr	7	1.5
Öğrenim Durumu	Okuryazar Olmayan	5	1.1
	Okuryazar	11	2.4
	İlkokul	74	16.3
	Ortaokul	164	36.2
	Lise	119	26.3
	Üniversite ve üzeri	80	17.7
Yaşanılan Yer	Köy	59	13
	İlçe	87	19.2
	Şehir merkezi	306	67.5
Kendi Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	10.8
	Çalışmıyor	404	89.2
Eşinin Çalışma Durumu	Çalışıyor	383	84.5
	Çalışmıyor	70	15.5
Aylık Gelir	2500 TL'den az	97	21.4
	2500-5000 TL	244	53.9
	5000 TL'den fazla	112	24.7
Evlenme Yaşı	18 yaşın altında	63	13.9
	18 -24 yaş arası	318	70.2
	25 - 30 yaş arası	62	13.7
	31 - 35 yaş arası	6	1.3
	36 - 40 yaş arası	4	0.9
Akraba Evliliği	Evet	61	13.5
	Hayır	392	86.5
Evlilik Sayısı	Tek	424	93.6
	Birden fazla	29	6.4
Evlilik Süresi	≤ 1 sene	60	13.2
	1 - 5 sene	170	37.5
	5 - 10 sene	113	24.9
	≥10 sene	110	24.3
Aile Tipi	Çekirdek aile	350	77.3
	Geniş Aile	103	22.7
Yaş		27.92 ± 5.74	
VKİ		28.83 ± 4.72	

Not. N= Katılımcı sayısı, VKİ= Vücut kitle indeksi

Katılımcıların 261'i (%57.6) gebelik boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıklarını, 81'i (%17.9) şiddetli bulantı/kusma, 42'si (%9.3) yüksek tansiyon, 27'si (% 6) şeker hastalığı, 9'u (%2) gebelik kolestazı ve 33'ü (%7.3) diğer bazı sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir (Şekil 1.). Katılımcıların gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumlarına ilişkin dağılımlar Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumlarına ilişkin dağılımlar

Katılımcılardan 80'i (%17.7) gebelik sırasında covid-19 geçirmiştir. Katılımcıların 4'ü (%0.9) alkol, 50'si (%11) sigara kullandığını ifade etmiştir. 36 katılımcının (%7.9) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Katılımcılardan yalnızca bir tanesi (%0.2) daha önce tanılı bir psikiyatrik hastalık geçirdiğini bildirmiştir. Katılımcılardan 10 tanesi (%2.2) önceki doğumlarından sonra psikiyatrik sorun yaşadıklarını beyan etmiştir. Katılımcıların genel sağlık özelliklerine ilişkin istatistikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların genel sağlık özellikleri

		N=453	%
Gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşama	Hayır	261	57.6
	Şiddetli bulantı/kusma	81	17.9
	Gebelikte tansiyon yüksekliği	42	9.3
	Gebelikte şeker hastalığı	27	6
	Gebelik kolestazı	9	2
	Diğer	33	7.3
Gebelikte covid geçirme	Evet	80	17.7
	Hayır	373	82.3
Alkol Kullanımı	Evet	4	0.9
	Hayır	449	99.1
Sigara Kullanımı	Evet	50	11
	Hayır	403	89
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı	Evet	36	7.9
	Hayır	417	92.1
Daha önce tanılı psikiyatrik bir hastalık geçirme	Evet	1	0.2
	Hayır	452	99.8
Başka doğum varsa, önceki doğumdan sonra psikiyatrik sorun yaşama	Evet	10	2.2
	Hayır	299	66

Not. N= Katılımcı sayısı

Katılımcıların 308'i (%68) eşi ile çok iyi düzeyde, 114'ü (%25.2) iyi düzeyde, 23'ü (%5.1) orta düzeyde ve 8'i (%1.8) kötü düzeyde iletişimleri olduğunu bildirmiştir. Eşin katılımcıların ailesi ile iletişimi sorulduğunda katılımcıların 273'ü (%60.3) çok iyi olduğunu, 125'i (%27.6) iyi olduğunu, 40'ı (%8.8) orta düzeyde olduğunu ve 15'i (%3.3) kötü olduğunu beyan etmiştir. Katılımcıların 310'u (% 68.4) evliliklerinden çok memnun olduklarını, 130'u (%28.7) memnun olduklarını ve 13'ü (%2.9) memnun olmadıklarını bildirmiştir. Yalnızca 5 katılımcı (%1.1) aile içinde şiddet olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların aile ilişkileri ve sosyal destek tutumlarına dair dağılımları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların aile ilişkilerinin ve sosyal destek tutumlarının dağılımı

		N=453	%
Eşi ile İletişim	Çok İyi	308	68
	İyi	114	25.2
	Orta	23	5.1
	Kötü	8	1.8
Eşinizin sizin aileniz ile iletişimi	Çok İyi	273	60.3
	İyi	125	27.6
	Orta	40	8.8
	Kötü	15	3.3
Evlilikten memnuniyet durumu	Çok memnun	310	68.4
	Memnun	130	28.7
	Memnun değil	13	2.9
Aile İçi Şiddet	Evet	5	1.1
	Hayır	448	98.9

Not. N= Katılımcı sayısı

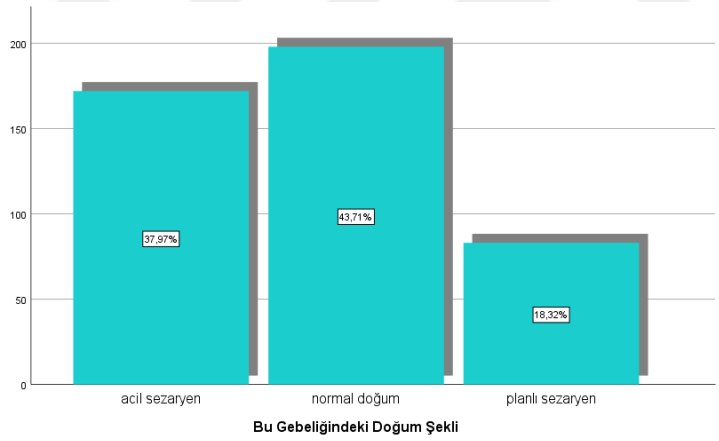
Katılımcıların 111'i (%24.5) geçmişte düşük yaptığını belirtmiştir. 18 katılımcı ise (%4) geçmişte ölü doğum yaptıklarını belirtmiştir. Katılımcıların 33'ünün (%7.3) ailesinde ölüm öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgilerine ilişkin dağılımlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgilerinin dağılımı

		N=453	%
Geçmişte düşük (20 hafta altı)	Evet	111	24.5
	Hayır	342	75.5
Geçmişte ölü doğum (20 hafta üzeri)	Evet	18	4
	Hayır	435	96
Aile bireylerinde ölüm öyküsü	Evet	33	7.3
	Hayır	420	92.7

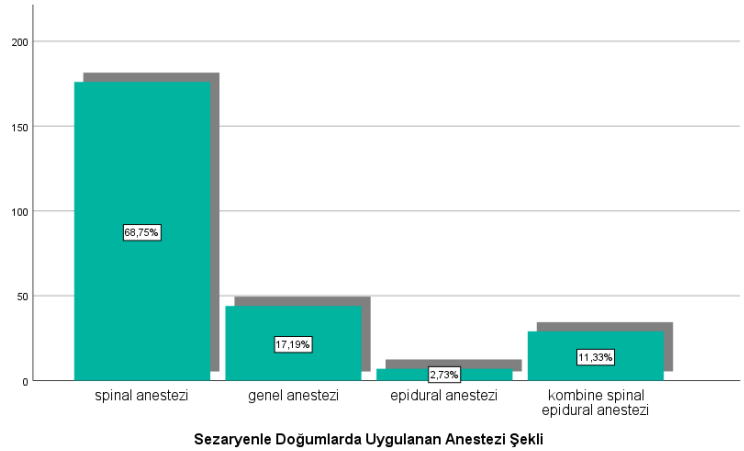
Not. N= Katılımcı sayısı

Katılımcıların 347'si (%76.6) gebeliklerinin planlı olduğunu, 106'sı (%23.4) gebeliklerinin planlı olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların 143'ü (%31.6) ilk canlı gebelikleri olduğunu, 137'si (%30.2) 2. canlı gebelikleri, 114'ü (%25.2) 3. canlı gebelikleri ve 59'u (%13) 4. ve üzeri canlı gebeliklerinin olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 198'i (%43.7) vajinal (normal) doğum, 172'si (%38) acil sezaryen ve 83'ü (%18.3) planlı sezaryen doğum ile doğumlarını gerçekleştirmişlerdir (Şekil 2.).



Şekil 2. Katılımcıların bu gebeliklerindeki doğum şekline ilişkin dağılımlar

90 katılımcıya (%19.9) epizyotomi uygulanmıştır. 7 katılımcı (%1.5) müdahaleli vajinal doğum yapmıştır. Sezaryen ile doğum yapan hastaların %68.7'sine spinal anestezi, %17.1'ine genel anestezi, %11.3'üne KSEA, %2.7'sine epidural anestezi uygulanmıştır (Şekil 3.)



Şekil 3. Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi şekline ilişkin dağılımlar

Doğumhaneye yatış ile doğum arasında geçen süre 12 saat altı olan 308 (%68), 12-24 saat aralığında olan 80 (%17.7) ve 24 saat ve üzeri olan 64 (%14.1) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar hastaneye başvuru nedenlerini su gelişi (83 katılımcı-%18.3), ağrı (166 katılımcı-%36.6), kanama (42 katılımcı-%9.3), tansiyon yüksekliği (21 katılımcı-%4.6), bebek hareketlerinde azalma (19 katılımcı-%4.2), kontrol (30 katılımcı-%6.6), planlı yatış (79 katılımcı-%17.4) ve diğer nedenler (13 katılımcı-%2.9) olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların 189'u (%41.7) önceki doğum şeklinin normal doğum olduğunu, 68'i (%15) acil sezaryen olduğunu ve 53'ü (%11.7) planlı sezaryen olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların gebelik ve son doğuma ilişkin bilgilerine dair istatistikler Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların hamilelik ve son doğumuna ilişkin özellikleri

		N=453	%
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	347	76.6
	Hayır	106	23.4
Canlı gebelik sayısı	İlk	143	31.6
	2	137	30.2
	3	114	25.2
	4 ve üzeri	59	13
Bu gebeliğinizdeki doğum şekli	Vajinal doğum	198	43.7
	Acil sezaryen	172	38
	Planlı sezaryen	83	18.3
Epizyotomi Durumu	Evet	90	19.9
	Hayır	107	23.6
Müdahaleli vajinal doğum durumu	Evet	7	1.5
	Hayır	190	41.9
Doğumhaneye yatış ile doğum arasında geçen süre	12 saat altı	308	68
	12-24 saat	80	17.7
	24 saat ve üzeri	64	14.1
Hastaneye başvuru nedeniniz	Su gelişi	83	18.3
	Ağrı	166	36.6
	Kanama	42	9.3
	Tansiyon yüksekliği	21	4.6
	Bebek hareketlerinde azalma	19	4.2
	Kontrol	30	6.6
	Planlı yatış	79	17.4
	Diğer nedenler	13	2.9
Önceki gebelikteki doğum şekli	Normal doğum	189	41.7
	Acil sezaryen	68	15
	Planlı sezaryen	53	11.7

Not. N= Katılımcı sayısı

68 katılımcının (%15) bebeğinin doğum ağırlığı 2500 gram altında, 348 katılımcının (%76.8) 2500-4000 gram ağırlığında ve 37 katılımcının (%8.2) 4000 gram ve üzerindedir. Toplamda 225 katılımcının (%49.7) bebeğinin cinsiyeti kız, 228 katılımcının (%50.3) bebeğinin cinsiyeti ise erkektir. 84 katılımcı (%18.5) 37 hafta altında, 343'ü (%75.7) 37-41 hafta aralığında ve 26'sı (%5.7) 41 haftanın üzerinde doğum yapmıştır. Doğum yapan katılımcılardan 58'inin (%12.8) bebeği yoğun bakımda kalmıştır. Katılımcılardan 382'si (%84.3) bebeğini emzirmektedir. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özelliklerine dair istatistikler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özelliklerin dağılımı

		N=453	%
Doğum ağırlığı	2500 gram altı	68	15
	2500-4000 gram	348	76.8
	4000 gram üzeri	37	8.2
Bebeğin cinsiyeti	Kız	225	49.7
	Erkek	228	50.3
Doğum haftası	37 haftanın altı	84	18.5
	37-41 hafta	343	75.7
	41 haftanın üzeri	26	5.7
Bebeğin yoğun bakım durumu	Evet	58	12.8
	Hayır	395	87.2
Emzirme durumu	Evet	382	84.3
	Hayır	71	15.7

Not. N= Katılımcı sayısı

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

Katılımcıların çeşitli sosyodemografik özellikleri ile postpartum depresyon sıklığı arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla ki kare bağımsızlık testi ve bağımsız gruplar t testi analizleri yürütülmüştür. Katılımcıların postpartum depresyon durumlarına göre yaş ve VKİ'de herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde katılımcıların doğum sonrası depresyon durumları ile yaşanılan yer, çalışma durumu, aylık gelir, evlenme yaşı, akraba evliliği ve evlilik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların medeni durumu ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (χ^2 (1, N= 453) = 9.29, p< 0.01). Evli bireylerden depresyon yaşayanların oranı %40.1 iken, postpartum depresyonu olmayanların oranı %59.9'dur. Dini nikâhlı veya bekâr olan katılımcılardan %62.5'i postpartum depresyon yaşamaktadır.

Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu tespit ettik (χ^2 (4, N= 453)= 9.73, p< 0.05). Okuryazar olmayan grupta depresyon oranı %62.5 iken, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılarda bu oran %31.3 olarak hesaplanmıştır. Öğrenim düzeyi arttıkça postpartum depresyonun azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. Eş çalışma durumu ile PPD arasında istatistiki olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (χ^2 (1, N=

453)= 11.09, $p< 0.001$). Eşi çalışan katılımcıların depresyon oranları daha düşüktür. Eşi çalışmayanlarda ise postpartum depresyon oranları daha yüksektir.

Evlilik süresi (χ^2 (3, N= 453)= 10.18, $p< 0.05$) ve aile tipinin (χ^2 (1, N= 453)= 6.02, $p< 0.05$) postpartum depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Evlilik süresi bir yıldan az olanlar ile on yıldan fazla olanların depresyon düzeyleri arasında farklılık yokken, özellikle 1-5 yıl arası evlilik süresine sahip olan katılımcıların postpartum depresyon oranları daha düşük bulunmuştur. Çekirdek aile tipine sahip olan katılımcıların da postpartum depresyon oranları istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 7'de sergilenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki

		PPD Var		PPD Yok		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Medeni Durum	Evli	170	40.1	254	59.9	0.002*
	Dini Nikâhlı veya Bekâr	20	69	9	31	
Öğrenim Durumu	Okuryazar olmayan	10	62.5	6	37.5	0.045*
	İlkokul	38	51.4	36	48.6	
	Ortaokul	65	39.6	99	60.4	
	Lise	52	43.7	67	56.3	
	Üniversite ve üzeri	25	31.3	55	68.8	
Yaşanılan Yer	Köy	27	45.8	32	54.2	0.354*
	İlçe	31	35.6	56	64.4	
	Şehir merkezi	131	42.8	175	57.2	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	19	38.8	30	61.2	0.634*
	Çalışmıyor	171	42.3	233	57.7	
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	148	38.6	235	61.4	0.001*
	Çalışmıyor	42	60	28	40	
Aylık Gelir	2500 TL'den az	50	51.5	47	48.5	0.094*
	2500-5000 TL	95	38.9	149	61.1	
	5000 TL'den fazla	45	40.2	67	59.8	
Evlenme Yaşı	18 yaşın altında	35	55.6	28	44.4	0.108*
	18 - 24 yaş	126	39.6	192	60.4	
	25 - 30 yaş	26	41.9	36	58.1	
	31 - 35 yaş	3	30	7	70	
Akraba Evliliği	Evet	27	44.3	34	55.7	0.693*
	Hayır	163	41.6	229	58.4	
Evlilik Sayısı	Tek	179	42.2	245	57.8	0.651*
	Birden fazla	11	37.9	18	62.1	
Evlilik Süresi	1 yıldan az	30	50	30	50	0.017*
	1-5 yıl	57	33.5	113	66.5	
	5-10 yıl	47	41.6	66	58.4	
	10 yıldan fazla	56	50.9	54	49.1	
Aile Tipi	Çekirdek aile	136	38.9	214	61.1	0.014*
	Geniş aile	54	52.4	49	47.6	
Yaş		28.43 ± 5.74		27.55 ± 5.73		0.110**
VKİ		29.18 ± 5.20		28.59 ± 4.33		0.200**

Not. N =Katılımcı sayısı, VKİ =Vücut kitle indeksi, *Ki Kare bağımsızlık testi, **Bağımsız gruplar t testi

Katılımcıların Aile İlişkilerinin ve Sosyal Destek Tutumları ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

Eş ile iletişim (χ^2 (2, N= 453)= 61.40, p<0.001), eşin katılımcının ailesi ile iletişimi (χ^2 (2, N = 453)= 74.83, p< 0.001) ve evlilikten memnuniyet durumu (χ^2 (2, N= 453) = 55.47, p< 0.001) postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Eşi ile iletişimi iyi olan katılımcılarda postpartum depresyon oranı düşükken (%30.8) eşi ile iletişimi orta ve kötü düzeyde olanlarda bu oran %93.5 olarak hesaplanmıştır.

Benzer şekilde eşin katılımcının ailesi ile iletişimi iyi olanlarda depresyon oranı %30 iken orta ve kötü düzeyde olanlarda bu oran %92.7 olarak hesaplanmıştır. Evliliğinden memnun olanların postpartum depresyon oranı %31 olarak, memnun olmayanlarda ise depresyon oranı %100 olarak bulunmuştur. Katılımcıların aile ilişki düzeyleri ve sosyal destek tutumları ile PPD sıklığı arasındaki ilişkinin sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların aile ilişkilerinin ve sosyal destek tutumları ile postpartum depresyon arasındaki ilişki

		PPD Var		**PPD Yok**		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Eşi ile İletişim	Çok İyi	95	30.8	213	69.2	0.0001*
	İyi	66	57.9	48	42.1	
	Orta ve Kötü	29	93.5	2	6.5	
Eşinizin sizin aileniz ile iletişimi	Çok İyi	82	30	191	70	0.0001*
	İyi	57	45.5	68	54.4	
	Orta ve Kötü	51	92.7	4	7.3	
Evlilikten memnuniyet durumu	Çok memnun	96	31	214	69	0.0001*
	Memnun	81	62.3	49	37.7	
	Memnun değil	13	100	0	0	

Not. N= Katılımcı sayısı, *Ki kare bağımsızlık testi

Katılımcıların Jinekolojik-Obstetrik Bilgileri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

Geçmişte düşük (20 hafta altı) ve aile bireylerinde ölüm öyküsü ile PPD arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak geçmişte ölü doğum öyküsü (20 hafta üzeri) ile PPD arasında anlamlı bir ilişki vardır (χ^2 (1, N= 453)= 4.71, $p< 0.05$). Geçmişte ölü doğum öyküsü olan katılımcılarda postpartum depresyon oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgileri ile postpartum depresyon düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik bilgileri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki

		PPD Var		PPD Yok		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Geçmişte düşük (20 hafta altı)	Evet	48	43.2	63	56.8	0.749*
	Hayır	142	41.5	200	58.5	
Geçmişte ölü doğum (20 hafta üzeri)	Evet	12	66.7	6	33.3	0.030*
	Hayır	178	40.9	257	59.1	
Aile bireylerinde ölüm öyküsü	Evet	17	51.5	16	48.5	0.247*
	Hayır	173	41.2	247	58.8	

Not. N= Katılımcı sayısı, *Ki kare bağımsızlık testi

Katılımcıların Doğum Şekli ve Son Doğuma İlişkin Özellikleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Epizyotomi durumu, müdahaleli vajinal doğum durumu, suni sancı, doğumhaneye yatış ile doğum arasında geçen süre, hastaneye başvuru nedeni ve önceki gebelikteki doğum şekli ile PPD düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak gebeliğin planlı olma durumu (χ^2 (1, N= 453) = 6.74, $p< 0.01$), canlı gebelik sayısı (χ^2 (3, N= 453) = 8.59, $p< 0.05$), gebelikteki doğum şekli (χ^2 (2, N= 453)= 9.97, $p< 0.01$) ve anestezi (χ^2 (3, N= 256)= 16.99, $p< 0.05$) şekli ile PPD ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Gebeliği planlayan katılımcıların PPD düzeyi daha düşük bulunmuştur. Canlı gebelik sayısının artması ile depresyonun arttığı söylenebilir. Ancak tek yönlü varyans

analizi sonuçlarına göre canlı gebelik sayısına göre postpartum depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Acil sezaryen uygulanan katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Tek yönlü varyans analizi sonuçları da benzer bir bulgu ortaya koymaktadır (F= 4.99, $p< 0.01$). Uygulanan anestezi şekline göre genel anestezi uygulanan katılımcıların postpartum depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu, epidural anestezi de ise depresyon düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların gebelik ve son doğuma ilişkin özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların doğum şekli ve son doğuma ilişkin özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişki

		PPD Var		PPD Yok		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	134	38.6	213	61.4	0.009*
	Hayır	56	52.8	50	47.2	
Canlı gebelik sayısı	İlk	53	37.1	90	62.9	0.035*
	2	50	36.5	87	63.5	
	3	55	48.2	59	51.8	
	4 ve üzeri	32	54.2	27	45.8	
Bu gebeliğinizdeki doğum şekli	Vajinal doğum	68	34.3	130	65.7	0.007*
	Acil sezaryen	87	50.6	85	49.4	
	Planlı sezaryen	35	42.2	48	57.8	
Epizyotomi Durumu	Evet	29	32.2	61	67.8	0.627*
	Hayır	38	35.5	69	64.5	
Müdahaleli vajinal doğum durumu	Evet	3	42.9	4	57.1	0.691**
	Hayır	64	33.7	126	66.3	
Suni Sancı	Evet	26	36.1	46	63.9	0.637*
	Hayır	41	32.8	84	67.2	
Doğumhaneye yatış ile doğum arasında geçen süre	12 saat altı	129	41.9	179	58.1	0.844*
	12-24 saat	33	41.3	47	58.8	
	24 saat ve üzeri	28	43.8	36	56.3	
Anestezi Şekli	Spinal	85	48.3	91	51.7	0.001*
	Genel	30	68.2	14	31.8	
	Epidural	1	14.3	6	85.7	
	Kombine	7	24.1	22	75.9	
Hastaneye başvuru nedeniniz	Su gelişi	33	39.8	50	60.2	0.135*
	Ağrı	69	41.6	97	58.4	
	Kanama	13	31	29	69	
	Tansiyon yüksekliği	15	71.4	6	28.6	
	Bebek hareketlerinde azalma	10	52.6	9	47.4	
	Kontrol	11	36.7	19	63.3	
	Planlı yatış	33	41.8	46	58.2	
	Diğer nedenler	6	46.2	7	53.8	
Önceki gebelikteki doğum şekli	Normal doğum	83	43.9	106	56.1	0.227*
	Acil sezaryen	35	51.5	33	48.5	
	Planlı sezaryen	19	35.8	34	64.2	

Not. N =Katılımcı sayısı, *Ki kare bağımsızlık testi, **Fisher's Exact Test

Katılımcıların Bebeklerine İlişkin Özellikleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

Doğum ağırlığı ve yenidoğanın cinsiyeti ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Ancak doğum haftası (χ^2 (2, N= 453) = 15.75, p< 0.001), bebeğin yoğun bakım durumu (χ^2 (1, N= 453)= 4.78, p< 0.05) ve emzirme durumu (χ^2 (1, N= 453) = 10.24, p< 0.001) ile PPD arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bebeğini zamanında doğuran annelerin postpartum depresyon oranları düşüktür (%37). Bebeğini 37 haftadan önce veya 41 haftadan sonra doğuran annelerin ise postpartum depresyon düzeyleri daha yüksektir. Bebeği yoğun bakımda olan katılımcıların da depresyon düzeyleri daha yüksektir. Bebeğini emziren annelerin postpartum depresyon düzeyleri daha düşüktür ancak bebeğini emzirmeyen annelerde bu oran %59.2'ye yükselmektedir. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özellikleri ile PPD arasındaki sonuçlar Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler

		PPD Var		PPD Yok		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Doğum ağırlığı	2500 gram altı	37	54.4	31	45.6	0.065*
	2500-4000 gram	140	40.2	208	59.8	
	4000 gram üzeri	13	35.1	24	64.9	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	92	40.9	133	59.1	0.652*
	Erkek	98	43	130	57	
Doğum haftası	37 haftanın altı	51	60.7	33	39.3	0.000*
	37-41 hafta	127	37	216	63	
	41 haftanın üzeri	12	46.2	14	53.8	
Bebeğin yoğun bakım durumu	Evet	32	55.2	26	44.8	0.029*
	Hayır	158	40	237	60	
Emzirme durumu	Evet	148	38.7	234	61.3	0.001*
	Hayır	42	59.2	29	40.8	

Not. N =Katılımcı sayısı, *Ki kare bağımsızlık testi

Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

Sigara kullanımı ve varsa önceki doğumdan sonra psikiyatrik sorun yaşama ile depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşama χ^2 (5, N= 453)= 11.89, $p< 0.05$), gebelikte covid geçirme χ^2 (1, N= 453)= 5.56, $p< 0.05$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması χ^2 (1, N= 453)= 7.73, $p< 0.01$) postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuçlar gebeliğinde sağlık problemi yaşayan katılımcıların PPD oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Gebelik sırasında covid-19 geçiren katılımcıların da depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcıların da postpartum depresyon oranları daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların genel sağlık özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki sonuçlar Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların genel sağlık özellikleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler

		PPD Var		PPD Yok		
		N=190	**%**	**N=263**	**%**	***p***
Gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşama	Hayır	94	36	167	64	0.036*
	Şiddetli bulantı/kusma	36	44.4	45	55.6	
	Gebelikte tansiyon yüksekliği	24	57.1	18	42.9	
	Gebelikte şeker hastalığı	14	51.9	13	48.1	
	Gebelik kolestazı	6	66.7	3	33.3	
	Diğer	16	48.5	17	51.5	
Gebelikte covid geçirme	Evet	43	53.8	37	46.3	0.018*
	Hayır	147	39.4	226	60.6	
Sigara	Evet	23	46	27	54	0.538*
	Hayır	167	41.4	236	58.6	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	23	63.9	13	36.1	0.005
	Hayır	167	40	250	60	
Başka doğum varsa, önceki doğumdan sonra psikiyatrik sorun yaşama	Evet	6	60	4	40	0.311
	Hayır	130	43.5	169	56.5	

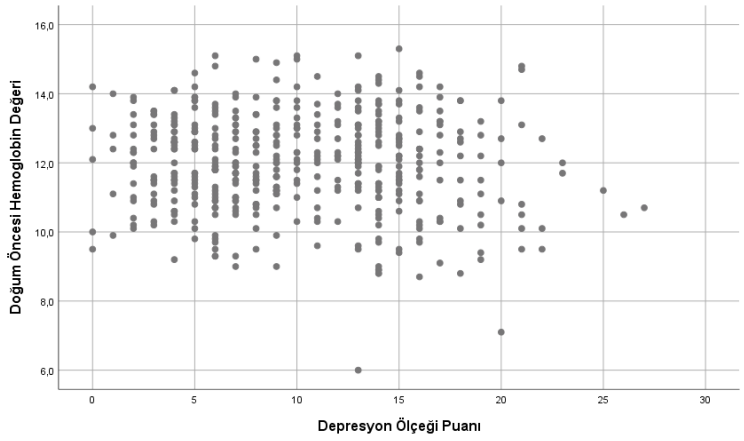
Not. N =Katılımcı sayısı, *Ki kare bağımsızlık testi

Katılımcıların Doğum Öncesi ve Sonrası Hemoglobin Değerleri ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkiler

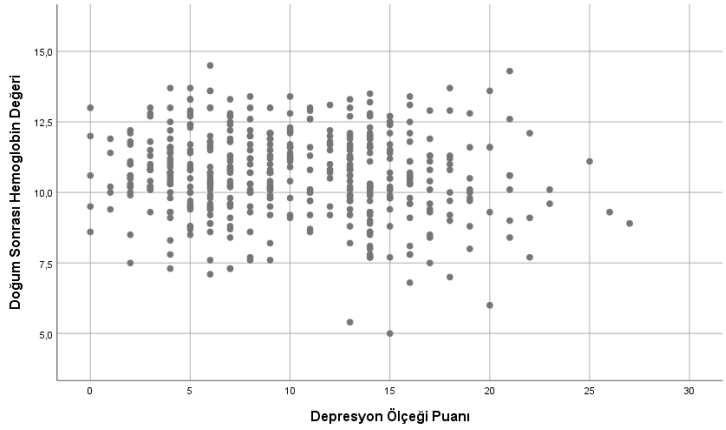
Doğum öncesi hemoglobin (*t*= 1.18, *p*>0.05) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Ancak doğum sonrası hemoglobin değerlerinden depresyona göre bir farklılık bulunmuştur (*t*= 2.12, *p*< 0.05). Depresyon olan grubun doğum sonrası hemoglobin değerlerinin (*Ort*= 10.46, *Ss*= 1.63) depresyon olmayan grubuna kıyasla (*Ort*= 10.77, *Ss*= 1.41) daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların doğum öncesi hemoglobin ve doğum sonrası hemoglobin değerleri ile PPD arasındaki ilişki Tablo 13'te sunulmuştur. Katılımcıların doğum öncesi ve doğum sonrası hemoglobin değeri ile depresyon ölçeği dağılım grafiği Şekil 4 ve Şekil 5'te sunulmuştur.

Tablo 13. Doğum öncesi ve sonrası hemoglobin değerleri ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler

	PPD Var	**PPD Yok**		
	Ort±SS	**Ort±SS**	**t**	***p***
Doğum Öncesi Hemoglobin	11.88 ± 1.58	12.04 ± 1.29	1.18	0.239
Doğum Sonrası Hemoglobin	10.46 ± 1.63	10.77 ± 1.41	2.12	0.034



Şekil 4. Depresyon ölçeği ile doğum öncesi hemoglobin değerinin dağılım grafiği



Şekil 5. Depresyon ölçeği ile doğum sonrası hemoglobin değerinin dağılım grafiği

5. TARTIŞMA

Çalışmamız Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Nisan-Haziran 2022 tarihlerinde başvuran 3. trimester içinde olan 18-45 yaş aralığında olan 453 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmamız doğum şeklinin ve doğum esnasında uygulanan müdahalelerin PPD gelişimine etkisini araştırmaya yönelik yapılmıştır.

EDDÖ kesme puanı 12 alınarak postpartum depresyon oranı %41,8 olarak tespit edilmiştir. 2005-2014 yılları arasında 42 ülkenin dâhil edildiği ve EDDÖ kullanılarak kesme değeri ≥12 alınan bir meta-analizde postpartum 1-3. ay sürecinde PPD prevalansı %2-31 saptanmıştır [44]. Gülnar ve arkadaşlarının 2007-2008 yılında yaptığı çalışmada Edinburgh Postpartum Depresyon Skalasına göre kesme puanı ≥12 baz alınarak annelerin %35.4'ünde PPD saptanmıştır [124]. 2017 yılında Özcan ve arkadaşlarının yaptığı 1999 ile 2015 yılları arasında yapılmış 51 çalışmanın sistemik derlemesi ile oluşturulan meta-analize göre Türkiye'de PPD görülme sıklığı %24 olarak saptanmış, gelişmiş şehirlerde bu oran %21 iken, gelişmekte olan şehirlerde %25 bulunmuştur [125]. Çalışmamızda postpartum depresyon sıklığının, literatürde Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara nispeten daha yüksek olmasındaki en büyük etkenin çalışmanın Covid-19 pandemi döneminde yapılması olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde, Covid-19 hastalığı ile ilgili pek çok yayın mevcuttur, fakat pandeminin ruhsal etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Pandemi sırasında genel popülasyonda postpartum depresyonu inceleyen çalışmalar vardır ancak Covid-19 hastalığını geçirmiş postpartum kadınlarda depresyon sıklığı ile ilgili veri bulunmamaktadır. PPD sıklığına dair literatürdeki çalışmalar arasında farklı sonuçlar çıkmasındaki diğer faktörlerin ise dahil edilme kriterlerinin farklı olması, popülasyon farklılıkları, örneklem sayısı ve kesme puanındaki farklılıklar olduğu düşünmekteyiz.

PPD ile anne yaşı arasındaki ilişki ele alındığında literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Türkiye'de Göker ve arkadaşlarının 2012'de Manisa'da 318 kadında postpartum 6. haftada EDDÖ uygulanarak gerçekleştirdikleri incelemede anne yaşı ve PPD riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [126]. Ülkemizde gerçekleştirilen iki farklı çalışmada ise anne olma yaşı ile PPD riski arasında istatistiksel olarak negatif bir ilişki saptanmıştır [127, 128]. Çalışmamızda katılımcıların ortalama yaşı 27,9 olup

anne yaşıyla doğum sonrası depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p= 0.110).

Çalışmamızda dini nikâhlı veya bekâr olan katılımcılarda evli bireylere göre PPD yüzdesi anlamlı olarak yüksek bulundu (p= 0.002). 2006'da Ayvaz ve arkadaşlarının 192 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada kadınların medeni durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır [129]. 2018 yılında Etiyopya'da yapılan çalışmada boşanmış, dul, evlenmemiş kadınların PPD gelişme olasılığı evlilerden 3,4 kat fazla saptanmıştır [130]. Resmi nikâhlı olmayan veya bekâr olan annelerin üzerindeki sosyal ve psikolojik baskının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yerleşim yeri ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p= 0.354). Ayvaz ve arkadaşlarının 316 hastadan oluşan incelemesinde, yerleşim yeri ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [131]. Ülkemizde yapılan bir başka incelemede ise köy/kırsal bölgede ikamet eden annelerde PPD riski şehirde yaşayanlara nazaran anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır [128].

Gülnar ve arkadaşlarının yaptığı 141 hastadan oluşan ve EDDÖ kesme değerinin ≥12 alındığı retrospektif bir anket çalışmasında annelerin eğitim ve çalışma durumu ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır [124]. Çalışmamızda da katılımcının çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p= 0.634) ancak eğitim/öğrenim durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p= 0.045). Sonuçlar incelendiğinde okuryazar olan ve olmayan grupta PPD %62.5 iken üniversite ve üzeri grupta bu oran %31.3 olarak raporlanmıştır. Öğrenim düzeyi arttıkça postpartum depresyonun azalma eğiliminde olduğu söylenebilir. Üst ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların kendini ifade etmede kolaylık yaşadıklarını ve doğum sonrası döneme adapte olma konusunda daha başarılı olduklarını ve doğum sonrası stresör faktörler ile daha rahat baş edebildiklerini göstermektedir [132]. 1033 annede yapılan bir başka çalışmada annelerin eğitim/öğrenim seviyesi ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup eğitim/öğrenim seviyesi daha yüksek olan bireylerin bilgiye erişimi daha yüksek olduğundan anneliğe daha kolay adapte oldukları ve bu nedenle PPD riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır [133].

Çalışmamızda hamilelik sürecinde eşi çalışmayan annelerde, eşi çalışan annelere göre PPD anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p= 0.001). Sivas'ta yapılan bir

incelemede eşi çalışmayan bireylerde PPD riski, eşi çalışanlara nazaran istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur [134]. Eşin çalışmama durumu ekonomik zorluklara yol açabileceğinden ve annede bebek için gelecek kaygısına neden olacağından PPD gelişmesinde stresör faktör olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailenin aylık gelir seviyesi ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p= 0.094). Literatürde ailenin aylık geliri ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. İnandı ve ark.'nın incelemesinde, evin gelir seviyesi düşük olan kadınlarda PPD 3.3 kat, çok düşük olanlarda 6.1 kat fazla saptanmıştır [128]. Gülseren ve arkadaşlarının çalışması da çalışmamızı destekler nitelikte olup gelir düzeyi düşük olan bireylerde EDDÖ puanı gelir düzeyi yüksek olanlara nazaran anlamlı olarak yüksektir [135].

Çalışmamızda annelerin evlilik yaşı ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p= 0.108). Ülkemizde yapılan iki farklı anket çalışmasında da annelerin evlilik yaşı ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [127, 136]. Danacı ve ark. [46] ile İnandı ve ark.'nın [128] yapmış oldukları incelemelerde adölesan yaşta evlenen kadınlarda PPD oranı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda farklı neticeler elde edilmesi, daha geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların evlilik süresi incelendiğinde evlilik süresi bir yıldan az olanlar ile on yıldan fazla olanların depresyon düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark yokken, özellikle 1-5 yıl arası evlilik süresine sahip katılımcıların PPD oranları daha düşük bulunmuştur (p=0.. Literatürdeki çalışmalarda postpartum dönemde depresyon düzeyi ile evlilik süresi arasındaki ilişkiye yönelik olarak farklı sonuçlar mevcuttur. Altınay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evlilik süresi ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [137]. 2008 yılında Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasında evlilik süresi 5 yılın üzerine çıktığında doğum sonrası depresyonun arttığı raporlanmıştır [138].

Ekuklu ve ark.'nın Edirne'de, Danacı ve ark.'nın Manisa'da, Vural ve ark.'nın ülkemiz genelinde yaptıkları incelemelerde aile büyüklüğü ile PPD sıklığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [139-141]. Çalışmamızda çekirdek aile tipine sahip olan katılımcıların PPD oranları daha düşük bulunmuştur (p= 0.014). Çin ve Mısır gibi geleneksel aile yapısının korunduğu ülkelerde yapılan çalışmalar 3 kuşağın beraber yaşadığı evlerde PPD görülme sıklığının azaldığını

göstermektedir [142, 143]. Çalışmaların sonuçlarındaki farklılıkların, toplumların kültürlerindeki farklılıklardan kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Stewart ve ark.'nın toplamda 13 çalışmanın derlenmesi ile oluşan 1350'den fazla katılımcıdan oluşan bir meta-analizinde obstetrik sorunların hafif düzeyde PPD riskini arttırdığı belirtilmiştir [27]. Kanada'da 2014 yılında yapılmış 6421 kişinin dâhil edildiği çalışmada gebelikte sağlık sorunu bulunması PPD açısından bir risk faktörü olarak saptanmış olup PPD sıklığını 1,4 kez artırdığı gösterilmiştir [144].Çalışmamızın sonucunda gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşayan katılımcıların PPD oranlarının daha yüksek olduğunu tespit ettik (p= 0.036). Çalışmamızda gebelikte tansiyon yüksekliği, diyabetus mellitus, gestasyonel diyabet, gebelik kolestazı ve hiperemezis gravidarumu olan hastalarda gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan hastalara nazaran PPD sıklığı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Annenin hamilelikte yaşadığı sağlık problemlerinin stresör faktör olduğunu ve bireylerde PPD gelişimine etki edeceğini düşünmekteyiz.

Katılımcılardan gebelik sırasında Covid-19 geçiren 80 hastada depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (p=0.018). Pandemi dönemi ve öncesindeki postpartum depresyon sıklığını karşılaştıran bir çalışmada pandemi döneminde PPD yaygınlığı %28,6'iken, pandemi öncesinde %11,9 olarak bildirilmiş olup pandemi döneminde anlamlı artış olduğu belirtilmiştir [145]. Pandemi döneminde Çin'de yapılan başka bir çalışmada, 6-12 hafta içindeki 864 postpartum kadında PPD sıklığı %30 olarak belirtilmiştir [146]. Yine pandemi döneminde yapılan PPD çalışmalarının meta-analizinde 3.759 postpartum kadında PPD sıklığı %22 olarak bulunmuştur [147]. Ülkemizde ise pandemi döneminde, Ankara merkezli yapılan bir çalışmada PPD sıklığı %34 olarak saptanmıştır [148]. Kişilerin Covid-19 pandemisi nedeniyle kendilerini izole etmelerine bağlı olarak sosyal bağlantı ve desteklerinin zayıfladığını, buna bağlı PPD'ye yatkınlık oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Psikiyatrik hastalık öyküsü birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede PPD gelişimi için risk faktörü olarak bulunmaktadır [44]. Ülkemizde 2514 kadının dahil edildiği bir çalışmada, geçmişte psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanlarda PPD riskinin 4,4 kat, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanlarda PPD riskinin 1,7 kat arttığı raporlanmıştır [128]. Çalışmamızda önceki doğumdan sonra psikiyatrik sorun yaşama ile PPD arasında ilişki bulunmamıştır ancak ailesinde psikiyatrik

hastalık öyküsü olan katılımcıların da PPD oranları daha yüksek bulunmuştur (p=0.005)

Katılımcıların zararlı alışkanlıklarına ait verilere bakıldığında alkol kullandığını belirten 1 katılımcı olduğundan karşılaştırma yapılamadı. Çalışmamızda sigara kullanan katılımcı sayısı 50 kişi olarak tespit edildi. Sigara kullanan katılımcılarda PPD gelişme riski açısından anlamlı fark saptanamadı (p=0.538). Filha ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları çalışmada tütün ve alkol kullanımı ile PPD riski arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir [149]. Lee ve arkadaşlarının Kore'de yaptıkları çalışmada sigara kullanımının PPD risk faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur [150].

Annenin ebeveynliğe adapte olmak için çabaladığı bu süreçte yaşanan ailevi sorunlar postpartum sürece uyumu çetin hale getirmektedir. Katılımcıların aile ile ilişkileri incelendiğinde eşi ile iletişimi iyi olan katılımcılarda PPD sıklığı anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Ülkemizde 2003 yılında 728 gönüllü kadın ile gerçekleştirilen çalışmada yetersiz eş desteğinin PPD riskini yaklaşık 2 kat artırdığı raporlanmıştır [47]. Kara ve ark.'nın çalışmasında eş ile iletişim kötüleştikçe EDDÖ puanının doğru orantılı olarak yükseldiği ve anlamlı olduğu saptanmıştır [151].

Literatür bilgisi değerlendirildiğinde, annelerin evliliklerinden memnun olup olmalarının PPD gelişimini etkileyen bir faktör olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda evliliğinden memnun olmayan kadınlarda memnun olanlara nazaran PPD riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p< 0.001). Bu bulgumuzu destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır. Türkiye'deki benzer çalışmalarda evlilikten memnuniyet düzeyi azaldıkça PPD riski ve EDDÖ skoru istatistiki olarak daha yüksek raporlanmıştır [152, 153].

Çalışmamızda bireylerin abort öyküsü ile PPD sıklığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.749). Ülkemizde yapılan başka incelemelerde de çalışmamıza benzer şekilde abort öyküsü ile PPD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır [136, 154]. Bir başka çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde ≥3 abort öyküsü olan kadınlarda PPD sıklığı, abort öyküsü olmayanlara nazaran 2.41 kat daha fazla saptanmıştır [128]. Kahveci tarafından yapılan araştırmada kadınların abort sayısı ile PPD arasında anlamlı yükseklik bulunmuştur [155]. Çalışmaların sonuçlarındaki farklılıkların, çalışmalardaki abort sayısı öyküsü ayrı ayrı

belirtilmemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da abortların sayısı ayrıca belirtilmemiş olup sadece abortus öyküsü sorgulanmıştır.

Katılımcılardan 20 hafta üstünde ölü doğum öyküsü olanlarda PPD sıklığının daha yüksek olduğunu saptadık (p=0.030). Bu durumun anneler üzerinde stres oluşturduğu sonucuna varmaktayız. Benzer şekilde 2017 yılında ülkemizde yapılan araştırmada 15 çalışma incelenmiş 6'sında düşük, ölü doğum yapmanın PPD riskini arttırdığı raporlanmıştır [125]. 2004 yılında Zonguldak'ta gerçekleştirilen araştırmada ölü doğum yapma öyküsü ve PPD riski arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [136].

Çalışmamızda kadınların son gebeliklerinin planlı olup olmamasıyla PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.009). Hamileliğinin planlı olmadığını belirten annelerde EDDÖ puanı anlamlı olarak daha yüksekti. Meksika'da 604 kadın ile gerçekleştirilen araştırmada hamileliği plansız olanlarda PPD riskinin, hamileliği planlı olanlara nazaran 2,42 kat daha fazla olduğunu raporlanmıştır [156]. Ülkemizde yapılan araştırmada ise plansız hamile kalan kadınlarda PPD riskinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür [128]. Literatürde plansız gebelik ile PPD arasında ilişki olduğuna dair pek çok yayın bulunmakla beraber daha nadiren farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar da vardır örneğin; Özdemir ve arkadaşlarının, Hocaoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda PPD sıklığı ile hamileliğin planlanma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [129, 157]. Gebeliğin planlı olması gebelik sonrası aileye yeni bir birey katılacağını ve bu durumun aile hayatında değişikliklere sebep olacağı bilinip, buna yönelik hazırlıklar yapılmaktadır. Plansız gebeliklerde uzun vadeli yapılmış olan sosyal hayat ve finansal planlar sekteye uğrayabilir ki bu da yoğun strese sebep olacaktır, dolayısıyla plansız gebeliklerden sonra depresyon görülme oranında artış beklenen bir sonuçtur.

Bazı çalışmalarda artan parite sayısının PPD için risk etmenlerinden biri olarak saptanmasına rağmen [158, 159], bu çalışmaya tezat olarak parite sayısının annelik hüznü ve PPD için koruyucu etmenlerden biri olduğuna dair araştırmalar da mevcuttur [160]. 39 çalışmanın derlendiği bir meta-analizde, parite sayısı artışı ile PPD sıklığı arasında doğru orantı saptanmıştır [161]. Bingöl ve ark.'nın çalışmasında ise çocuk sayısı ikiden fazla olan annelerin postpartum depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır [162]. Çalışmamızda canlı gebelik sayısının artması ile depresyonun arttığı söylenebilir. Ancak tek yönlü varyans analizi

sonuçlarına göre canlı gebelik sayısına göre PPD skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Parite arttıkça annenin bebek bakımına ilişkin sorumluklarının artması ve buna bağlı anne üzerindeki fiziki ve emosyonel stresin artışının PPD riskini arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p= 0.007). Vajinal doğumda PPD sıklığı %34.3, planlı sezaryende %42.2, acil sezaryende %50.6 olarak bulunmuştur. Özellikle acil sezaryen uygulanan katılımcıların depresyon düzeylerinin planlı sezaryen ve normal vajinal doğuma göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ekuklu ve Atasoy'un gerçekleştirdikleri araştırmalarda, normal vajinal doğum ve sezaryenin PPD açısından risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir [136, 139]. Bir başka araştırmada normal vajinal doğum yapanlarda PPD sıklığı %37 iken, sezaryen ile doğumunu gerçekleştirenlerde PPD sıklığı %17 bulunmuş ve doğum şekli ile PPD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır [163]. Ülkemizde 221 gönüllü kadın ile yapılan çalışmada normal vajinal doğum yapanlarda sezaryene göre PPD riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır [153]. Patel ve arkadaşlarının, sezaryen doğum ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları kohort çalışmasına 10.934 kadın dâhil edilmiş ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır [164]. Literatürde sezaryen ve vajinal doğumların PPD ilişkisini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebini ülkelerin sosyoekonomik durumu ve annenin sezaryen sonrası öz bakım ihtiyaçları ile ilgili destek durumundaki farklılıklara bağlamaktayız. Çalışmamızda vajinal doğum sonrası PPD oranının, sezaryen sonrası PPD'ye nazaran daha düşük olmasındaki etkenin kliniğimizin anne dostu hastane olması ve normal vajinal doğum sırasına aktif aile ve sağlık çalışanı desteğinin sağlanması sayesinde olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda doğum indüksiyonu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.637). Ülkemizde yapılan bir araştırmada normal vajinal doğum yapan 103 kadında indüksiyon ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır [165]. 2013 yılında Bolu'da 387 gönüllü ile yapılan başka bir çalışmada indüksiyon ile doğum yapanlarda, indüksiyon uygulanmayanlara nazaran PPD oranının daha yüksek olduğu ancak bunun istatistiki olarak anlamlı olmadığı raporlanmıştır [166].

Sun ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada epizyotominin PPD prevalansı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermiştir [167]. Kornelia ve ark. çalışmasında ise

epizyotominin doğum sonrası duygudurum bozuklukları riskini azaltan bir faktör olduğunu göstermiştir [168]. Literatürde vajinal doğumda epizyotomi uygulanmasının PPD riskini azalttığına dair başka bir çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda ise epizyotomi uygulanması ile PPD riski arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.627)

Bahl ve ark. çalışmasında operatif doğum, anneler arasında daha yüksek doğum sonrası depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir [169]. Müdahaleli doğum annenin kontrolünü kaybetmesine neden olarak annenin memnuniyetsiz doğum algısına, PPD'ye sebep olmaktadır [170]. Ayrıca operatif doğum (vakum ya da forseps kullanımı) postpartum disparoni için bağımsız risk faktörüdür ve disparoniye sekonder PPD gelişimine neden olabilmektedir [171]. Ancak çalışmamızda literatürden farklı olarak müdahaleli vajinal doğum durumu ile PPD düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.691). Çalışmamızda müdahaleli doğum sayısının az olması ve müdahaleli doğumda forseps uygulamasının yapılmaması, sadece vakum uygulanması nedeniyle anne üzerinde daha az stres ve kaygı oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Katılımcılarda sezaryen ile doğum yapan hastalarda uygulanan anestezi şekli ile PPD sıklığı karşılaştırılmıştır ve genel anestezi uygulanan hastalarda PPD sıklığı diğer yöntemlere nazaran daha yüksek bulunmuştur (p=0.001). Çalışmamızda en düşük PPD sıklığı epidural anestezi uygulanan hastalarda saptanmıştır. Aksoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KSEA ile doğum yapan hastalarda PPD riskinin daha az olduğu raporlanmıştır [172]. 2014'te Simavli ve arkadaşlarının çalışmasında sezaryen ile doğum yapan 121 kadında PPD oranları değerlendirilmiştir ve spinal anestezi ile doğum yapanlarda diğer anestezi yöntemlerine nazaran PPD riskinin daha düşük olduğu raporlanmıştır [173].

Çalışmamızda 2500 gram altında doğum yapan gebelerde PPD oranı %54.4 iken 2500-4000 gram arası doğum yapan katılımcılarda bu oran %40.2, 4000 gram üstü doğum yapanlarda %35.1'dir. Her ne kadar 2500 gram altı doğum yapan annelerde PPD daha sık görülse de istatistiksel olarak ki-kare bağımsızlık testi ile analiz edildiğinde yenidoğanın doğum ağırlığı ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Özetle çalışmamızda istatistiki olarak anlamlı olmamakla birlikte (p= 0.065) bebeğinin doğum ağırlığı 2500 gramın altı olanlarda PPD görülme sıklığı daha yüksekti. Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızı

destekler şekilde bebeğin doğum ağırlığı ile PPD arasında ilişki saptanmadığı gözlenmiştir [174]. Vigod ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çok düşük doğum ağırlıklarına sahip annelerin PPD riski yüksek bulunmuş ve bunun doğum sonrası ilk yıl boyunca devam ettiği gözlenmiştir [175]. Loret de Mola ve ark. yaptığı 14 retrospektif ve prospektif çalışmayı içeren bir meta-analiz (n>30.000 doğum) düşük doğum ağırlığının PPD olasılığını hafif artırdığını bulmuştur [176].

Literatürde doğum haftası ile PPD ilişkisini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Ankara Gazi Üniversitesinde gerçekleştirilen araştırmada preterm doğum ile PPD sıklığı arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmıştır [177]. Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan başka araştırmalarda doğum haftasının PPD açısından bir risk etmeni olmadığı saptanmıştır [174, 178]. Çalışmamızda doğum haftası ile PPD arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p< 0.001). 37-42 hafta arasında doğum yapan hastalarda, bebeğini 37 haftadan önce veya 41 haftadan sonra doğuran annelere nazaran PPD oranı daha az görülmektedir.

Katılımcıların bebeklerinin yoğun bakımda kalma durumlarına bakıldığında bebeklerinin yoğun bakımda kalan katılımcı sayısı 58 idi ve bunların %55,2'sinde PPD varlığı gözlenmiştir. Bebekleri yoğun bakımda kalmayan katılımcılarla PPD görülme durumu bakımından aralarında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.029), bebeği yoğun bakımda olan annelerde bebeği anne yanında olanlara nazaran PPD sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde üç farklı şehirde yürütülen bir araştırmada PPD için en önemli risk etmeninin yenidoğanın yoğun bakımda kalması olduğu ve PPD'yi 4,3 kat arttırdığı raporlanmıştır [174]. Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında bebeğin yoğun bakım durumu ile PPD arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [179].

Ülkemizde 2007 yılında 211 gönüllü anne ile yürütülen araştırmada emzirmemek PPD için önemli bir risk etmeni olarak saptanmıştır [180]. ABD'de 14.609 katılımcının olduğu meta-analizde emzirmemenin PPD için bir risk etmeni olmadığı ancak PPD tanısı alan kadınların çoğunun bebeğini emzirmeyi bıraktığı saptanmıştır. Sonuç olarak emzirmemenin PPD'nin bir sonucu olduğu kanısına varılmıştır [181]. Çalışmamızda bebeğini emziren ve emzirmeyen anneler arasında PPD sıklığı kıyaslandığında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p< 0.001). Bebeğini emziren annelerin PPD düzeyleri daha düşüktür (%38.7) ancak bebeğini emzirmeyen annelerde bu oran %59.2'ye yükselmektedir.

Çalışmamız, doğum öncesi hemoglobin (t = 1.18, p>.05) ile PPD'nin ilişkisiz olduğunu göstermektedir. Amerika'da gerçekleştirilen kapsamlı bir araştırmada demir eksikliği anemisinin PPD için önemli bir risk etmeni olduğu, PPD tanılı hastalarda demir replasmanı sonrası %25 iyileşme olduğu gözlenmiştir [182].

2019-2020 tarihlerinde Bursa'da 141 katılımcı ile yürütülen çalışmada postpartum dönemde lohusaların hemoglobin seviyesi ile PPD arasında zıt korelasyon olduğu ve bunun istatistiki olarak orta seviyede anlamlı olduğu raporlanmış [183]. Japonya'da 1128 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada, lohusaların %44'ünün postpartum dönemde demir eksikliği anemisinin olduğu saptanmış ve %20'sinde EDDÖ skorunun ≥12 olduğu ve doğum sonrası dönemde olan demir eksikliği anemisinin ve düşük hemoglobin düzeylerinin PPD ile ilişkili olduğu raporlanmıştır [184]. Çalışmamızda ise literatürdeki çalışmaları destekler şekilde doğum sonrası hemoglobin değeri ile PPD arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (t= 2.12, p< 0.05). Depresyon olan grubun doğum sonrası hemoglobin değerlerinin (*Ort*= 10.46, *Ss*= 1.63) depresyon olmayan grubuna kıyasla (*Ort*= 10.77, *Ss*= 1.41) daha düşük olduğu tespit edilmiştir..

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda antenatal dönemde BDÖ uygulanıp kesme değerinin altında olan 18-45 yaş arası 453 kadına, postpartum dönemde EDDÖ uygulanmış olup kesme puanı ≥12 olarak alındı. PPD prevalansı %41,8 bulundu. EDDÖ baz alınarak PPD sıklığıyla istatistiki anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen sosyodemografik etmenler; medeni durum, öğrenim durumu, eş çalışma durumu, evlilik süresi ve aile tipi olarak tespit edildi. Son gebeliğine ilişkin özelliklerden PPD ile ilişkili risk faktörleri ise gebeliğin plansız olması, doğum şekli, sezaryen ile doğum yapan hastalarda uygulanan anestezi şekli ve doğum sonrası hemoglobin seviyesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

PPD gebelik döneminde ve sonrasında anne ile bebek açısından ciddi sorunlara yol açmaktadır. Etkin bir tedavisi olmasına rağmen olguların yarısından azı tanı almaktadır. Bilhassa PPD gelişimine eğilim yaratan durumların tespit edilmesi, hem PPD'nin erken tanı alması ve tedaviye erken başlanması, hem de anne, yenidoğan, ev halkı ve halk sağlığının korunmasına yardımcı olacaktır. Bu bağlamda PPD'yi etkileyen faktörlerin bilinmesi, hastaların gebelik ve postpartum dönemde bu faktörler açısından iyi değerlendirilmesi, hastaya postpartum dönemde depresyon envanterinin uygulanması ve risk grubundaki hastaların psikiyatriste yönlendirilmesi gerekmektedir.

Postpartum depresyonu olan annelerin büyük çoğunluğunun psikiyatrik rahatsızlıklarının bilincinde olmadığı ve bu nedenle tanı alamadığı, bilincinde olan annelerin ise çoğunun içinde bulunduğu durumu nasıl yöneteceğini bilmedikleri düşünülmektedir. Çalışmamızdaki amacımız, postpartum depresyon sürecinde olan annelerin erken tespiti ve bu bireylerin gerekli birimlere yönlendirmeye teşvik edilmesi sağlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları ışığında getirilecek öneriler şu şekildedir;

- ✓ Çalışmamızda PPD sıklığının yaklaşık %42 olarak raporlanması ve PPD'nin maternal morbidite/mortalitenin önemli bir etkeni olması sebebiyle doğum yapan annelerin PPD açısından taranması oldukça mühimdir. Lohusaların sağlık kuruluşuna vizitleri esnasında annenin depresif duygudurumu ve risk etmenlerinin değerlendirilmelidir. Riskli grupta olanlar veya EDDÖ skalasında yüksek puan

alan annelere ve aile fertlerine gerekli bilgilendirme ve psikiyatri birimine sevki sağlanmalıdır.

- ✓ Yapılan pek çok çalışmada çalışmamızla uyumlu şekilde PPD açısından annenin düşük eğitim düzeyi temel risk faktörleri arasındadır. Ülkemizde kız çocuklarının eğitim ve öğretim hayatını desteklenmeli ve okullaşma oranları arttırılmalıdır.
- ✓ Plansız gebelikler efektif aile planlaması metotları ile minimale indirilmelidir. Bu nedenle sağlık birimlerinde gebelik istekleri sorgulanarak kadınlar ve eşlerine aile planlaması danışmanlık hizmeti sunulmalı ve bu hizmet kolay ulaşılabilir olmalıdır.
- ✓ Hamileliğin anne için bedenen ve ruhen zorlu ve hassas olduğu bu zaman diliminde bireyin eşi başta olmak üzere aile fertleri, eşinin ve kadının ailesi, doktoru ve sağlık personelinin bilgi ve birikimini aktarması ve gerekli yönlendirmelerin sağlanması toplumumuzdaki PPD sıklığını azaltacaktır.
- ✓ Anne dostu hastane kriterleri sağlanmış hastanelerin sayısının arttırılması, vajinal doğum yönelik pozitif yaklaşımlarda bulunulması ve annenin travay takiplerinde eşinin veya istediği bir yakınının aktif olarak yanında bulunmasının desteklenmesi önemlidir.
- ✓ Sezaryen ile doğumlarda şartlar uygun oldukça epidural anestezi anne ve bebek için en tercih edilebilir yöntemdir ve bu sebeple epidural veya spinal anestezi öncelikle tercih edilmelidir. Genel anestezi ile sezaryen olan anneler postpartum dönemde PPD açısından yakın takip edilmelidir.
- ✓ Çalışmamızda doğum sonrası hemoglobin düzeyi azaldıkça kadınlarda PPD riski yüksek saptanması nedeniyle postpartum dönemde anne ve bebek taramalarının yapıldığı sağlık kuruluşlarında doğum sonrası annenin tam kan tetkikinde anemi tespit edilmesi halinde PPD açısından dikkatli olunması önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. KAFES, A.Y.J.H.P., *Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış.* 2021. **3**(1): p. 186-194.
2. AKDENİZ, F. and A.S.J.K.P.D. GÖNÜL, *Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi.* 2004. **7**(Supp: 2): p. 70-74.
3. Dilbaz, N. and E.A.J.T.K.J.I.M.S. Kadın, *depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları.* 2007. **3**(47): p. 32-40.
4. Hendrick, V., *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: principles and treatment*. 2006: Springer.
5. Brummelte, S., L.A.J.H. Galea, and behavior, *Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.* 2016. **77**: p. 153-166.
6. Kumar, R. and K.M.J.T.b.j.o.p. Robson, *A prospective study of emotional disorders in childbearing women.* 1984. **144**(1): p. 35-47.
7. Yıldırım, S., C. Kısa, and Ç.J.P.P.P.D. Aydemir, *Postpartum depresyon.* 2004. **12**: p. 0-0.
8. Yıldırım, S.G., Kısa, C., Aydemir, Ç., 2004. Postpartum depresyon. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi (Ek 4), 12-20.
9. Tahaoğlu, A. E., Toğrul, C., Külahçıoğlu, M.İ., Öztürk-Aydın, B., Balsak, D., Bademkıran, H. ve ark. (2015). Diyarbakır`da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi, 23 (1), 26-29.
10. Arslan, B., *Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler.* 2010.
11. Altınçelep, F., *Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin delirlenmesi*. 2011, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
12. Quintero, J., et al., *Postpartum Emotional Psychopathological Outcomes.* 2014.
13. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125(5):1268-71.
14. Gynecol, C.o.O.P.J.O., *The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee opinion no. 630. Screening for perinatal depression.* 2015. **125**(5): p. 1268-1271.
15. Howard, L.M., et al., *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period.* 2014. **384**(9956): p. 1775-1788.
16. O'Hara, M.W., et al., *Perinatal mental illness: definition, description and aetiology.* 2014. **28**(1): p. 3-12.
17. Öztürk, N. and N.J.M.Ü.K.v.T.C.A.D. AYDIN, *ANNE RUH SAĞLIĞININ ÖNEMİ.* 2018. **1**(2): p. 29-36.
18. Gülseren, L.J.T.P.D., *Doğum sonrasi depresyon: Bir gözden geçirme.* 1999.
19. Association, A.P., *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC.* 2013.
20. Patel, M., et al., *Postpartum depression: a review.* 2012. **23**(2): p. 534-542.
21. Sit, D.K., K.L.J.C.o. Wisner, and gynecology, *The identification of postpartum depression.* 2009. **52**(3): p. 456.
22. Morrison, J.R., *DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi*. 2016: Nobel Akademik Yayıncılık.
23. Bennett, S.S., *Postpartum depression for dummies*. 2007: John Wiley & Sons.
24. Beck, C.T.J.A.T.A.J.o.N., *Postpartum Depression: It isn't just the blues.* 2006. **106**(5): p. 40-50.

25. Cooper, R.J.K.K.O., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM).* 2018. **44**(8): p. 668-676.
26. Güler Sönmez, T., *Peripartum kadınlarda kognitif fonksiyonların, anksiyete ve postpartum depresyonun değerlendirilmesi ve emzirme üzerine etkisi.*
27. Stewart, D.E., et al., *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.* 2003: p. 1-289.
28. Orhon, F.Ş.J.e.g., *The impacts of postpartum depression on children.* 2007. **3**: p. 5.
29. Beck, C.T.J.J.o.O., Gynecologic and N. Nursing, *A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression.* 1998. **27**(1): p. 39-46.
30. Schiller, C.E., P.J. Schmidt, and D.R.J.P. Rubinow, *Allopregnanolone as a mediator of affective switching in reproductive mood disorders.* 2014. **231**(17): p. 3557-3567.
31. Hain, S., et al., *Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study.* 2016. **37**(4): p. 119-129.
32. Moyo, G.P.K., N.J.A.J.o.P. Djoda, and Neuroscience, *Relationship Between the Baby Blues and Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women.* 2020. **8**(1): p. 26-29.
33. Rezaie-Keikhaie, K., et al., *Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period.* 2020. **49**(2): p. 127-136.
34. Durukan, E., et al., *2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi.* 2011. **2011**(4): p. 385-393.
35. Bloch, M., R.C. Daly, and D.R.J.C.p. Rubinow, *Endocrine factors in the etiology of postpartum depression.* 2003. **44**(3): p. 234-246.
36. Lazarus, J.H.J.B.m.b., *Thyroid function in pregnancy.* 2011. **97**(1): p. 137-148.
37. Josefsson, A., et al., *Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms.* 2002. **99**(2): p. 223-228.
38. Harris, B., et al., *The hormonal environment of postnatal depression.* 1989. **154**(5): p. 660-667.
39. Akkaya, C. *Serotonin and noradrenalin in the etiology of depression*. in *Yeni Symposium*. 2005.
40. Riecher-Rössler, A. and M.J.A.P.S. Hofecker Fallahpour, *Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?* 2003. **108**: p. 51-56.
41. Hahn-Holbrook, J., T. Cornwell-Hinrichs, and I.J.F.i.p. Anaya, *Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries.* 2018. **8**: p. 248.
42. O'hara, M.W. and J.E.J.A.r.o.c.p. McCabe, *Postpartum depression: current status and future directions.* 2013. **9**: p. 379-407.
43. Gavin, N.I., et al., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.* 2005. **106**(5 Part 1): p. 1071-1083.
44. Norhayati, M., et al., *Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review.* 2015. **175**: p. 34-52.
45. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B.J.J.o.g.i.m. Williams, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.* 2001. **16**(9): p. 606-613.
46. Esen Danaci, A., et al., *Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects.* 2002. **37**(3): p. 125-129.
47. Aydin, N., et al., *Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey.* 2005. **41**(2): p. 1-12.
48. Beck, C.T.J.N.r., *A meta-analysis of predictors of postpartum depression.* 1996. **45**(5): p. 297-303.
49. Viguera, A.J.Y., *Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis.* 2018. **32**(34): p. 46.

50. Cox, J.L., J. Holden, and C. Henshaw, *Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual*. 2014: RCPsych publications London.
51. Engindeniz, A., L. Küey, and S.J.B.S. Kültür, *Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* 1996. **1**: p. 51-52.
52. Rehberi, R.G.Y.J.A.T.S.B., *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 926.* 2014.
53. SEVİNDİK, F., *Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevelansı ve etkileyen faktörler/The factors effecting and prevelance of depression at life pregnance in Elazığ.* 2005.
54. Spinelli, M.G. and J.J.A.J.o.P. Endicott, *Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women.* 2003. **160**(3): p. 555-562.
55. Dimidjian, S., S.J.C.o. Goodman, and gynecology, *Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum.* 2009. **52**(3): p. 498.
56. Wisner, K.L., J.M. Perel, and R.L.J.A.J.o.P. Findling, *Antidepressant treatment during breast-feeding.* 1996. **153**(9): p. 1132-1137.
57. Pediatrics, A.A.o.P.C.o.D.J., *Transfer of drugs and other chemicals into human milk.* 2001. **108**(3): p. 776-789.
58. Stuart, S., M. O'Hara, and L.J.A.o.W.s.M.H. Gorman, *The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression.* 2003. **6**(2): p. s57-s69.
59. Poçan, A.G., et al., *The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey.* 2013. **46**(2): p. 179-194.
60. Layous, K., et al., *Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders.* 2011. **17**(8): p. 675-683.
61. Selcuk, M.Y., et al., *The relationship of Postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors.* 2012.
62. Evins, G.G. and J.P.J.P.C.U.f.O.G. Theofrastous, *Postpartum depression: a review of postpartum screening.* 1997. **4**(6): p. 241-246.
63. Lewinsohn, P.M., et al., *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults.* 1997. **12**(2): p. 277.
64. Demiralp, M. and F.J.A.P.D. Oflaz, *Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması.* 2007. **8**(2): p. 132-139.
65. Spinelli, M.G.J.T.A.j.o.p., *Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study.* 1997.
66. Schimmell, M.S., et al., *Toxic neonatal effects following maternal clomipramine therapy.* 1991. **29**(4): p. 479-484.
67. Ter Horst, P. and J.J.T.v.p. Smit, *Antidepressants during pregnancy and lactation.* 2009. **51**(5): p. 307-314.
68. Meltzer-Brody, S.J.D.i.c.n., *New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum.* 2022.
69. Sharma, V., P.J.J.o.O. Sharma, and G. Canada, *Postpartum depression: diagnostic and treatment issues.* 2012. **34**(5): p. 436-442.
70. Parry, B.L., et al., *Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression.* 2008. **165**(12): p. 1551-1558.
71. Marakoğlu, K. and Ş.J.T.K.J.M.S. MŞ, *Gebelikte depresyon.* 2008. **28**(4): p. 525-32.
72. Wisner, K., K. Peindl, and T.J.A.o.w.s.m.h. Gigliotti, *Tricyclics vs SSRIs for postpartum depression.* 1999. **1**(4): p. 189-191.
73. Stowe, Z.N., et al., *Sertraline in the treatment of women with postpartum major depression.* 1995. **3**(1-2): p. 49-55.

74. Milgrom, J., et al., *Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial.* 2015. **49**(3): p. 236-245.
75. Appleby, L., et al., *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression.* 1997. **314**(7085): p. 932.
76. Stowe, Z.N., et al., *The pharmacokinetics of sertraline excretion into human breast milk: determinants of infant serum concentrations.* 2003. **64**(1): p. 73-80.
77. Leung, B.M. and B.J.J.J.o.t.A.D.A. Kaplan, *Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature.* 2009. **109**(9): p. 1566-1575.
78. Chang, M.Y. and C.H.J.H.l.z.z.T.j.o.n. Chen, *Evidence-based management of perinatal depression.* 2008. **55**(2): p. 5-9.
79. Nayak, V., K. Laxminarayana Bairy, and V.J.K.M.J. Devaramane, *Treatment of depression during pregnancy.* 2010. **42**: p. 187-191.
80. Bowen, A. and N.J.T.C.N. Muhajarine, *Antenatal depression.* 2006. **102**(9): p. 27.
81. Eltutan, H.J.D.D., *Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar.* 1997. **2**(1): p. 74-80.
82. TÜRKLER, C.J.B.T.D., *GÜNAŞIMI OLAN, NULLİPAR GEBELERDE PROSTAGLANDİN E2'NİN DOĞUM İNDÜKSİYONU ÜZERİNE ETKİSİ.* 2019. **9**(1): p. 71-75.
83. National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). Induction of labour : misoprostol vaginal delivery system. Retrieved March 26, 2020, from https://www.nice.org.uk/advice/esnm38/chapter/Key-points-fromthe-evidence
84. Funai, E.F., et al., *Management of normal labor and delivery.* 2012.
85. Demirel, G. and Ç.J.S. DB, *Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı.* 2013. **22**(4): p. 157-64.
86. Ryan, R., F.J.O. McCarthy, Gynaecology, and R. Medicine, *Induction of labour.* 2016. **26**(10): p. 304-310.
87. Organization, W.H., *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018: World Health Organization.
88. Score, B.J.C.M.J., *Term gebelikte ve uygun bishop skoru varlığında intravenöz sentetik oksitosin infüzyonu ile doğum indüksiyonu sonucuna etki eden faktörlerin analizi.* 2015. **40**(2): p. 317-325.
89. Organization, W.H., *WHO recommendations for induction of labour*. 2011: World Health Organization.
90. Dönmez, S. and Ü. Sevil, *Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği.* 2009.
91. Laganà, A.S., et al., *The role of episiotomy in prevention of genital lacerations during vaginal deliveries–results from two European centers.* 2015. **86**(3).
92. Clesse, C., et al., *Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices.* 2018. **39**(6): p. 644-662.
93. Carroli, G. and J.J.C.d.o.s.r. Belizan, *Episiotomy for vaginal birth.* 1999(3).
94. Hartmann, K., et al., *Outcomes of routine episiotomy: a systematic review.* 2005. **293**(17): p. 2141-2148.
95. Merriam, A., et al., *Trends in operative vaginal delivery, 2005–2013: a population-based study.* 2017. **124**(9): p. 1365-1372.
96. Muraca, G.M., et al., *Morbidity and mortality associated with forceps and vacuum delivery at outlet, low, and midpelvic station.* 2019. **41**(3): p. 327-337.
97. Karakuş, R., et al., *Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri.* 2014. **48**(3): p. 192-197.
98. Pelin, Ö., et al., *Günümüzde Vakum, Forseps Uygulanmalı mı?* 2010. **20**(2): p. 104-110.
99. Care, A.A.o.P.J.G.f.P., *& The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).(2012).*

100. Nikpoor, P. and E.J.C.D.o.S.R. Bain, *Analgesia for forceps delivery.* 2013(9).
101. Gelişen, O. and R.J.T.K.J.O.D. Dur, *Operatif Doğumlar: Forseps Uygulamaları.* 2008. **1**(1): p. 55-62.
102. Mathai, M., G.J. Hofmeyr, and N.E.J.C.D.o.S.R. Mathai, *Abdominal surgical incisions for caesarean section.* 2013(5).
103. Souza, J., et al., *A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study.* 2016. **123**(3): p. 427-436.
104. Demirbaş, M., M.P. Karabel, and M.B.J.S.T.D. İnci, *Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri.* 2018. **7**(4): p. 158-163.
105. Boerma, T., et al., *Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections.* 2018. **392**(10155): p. 1341-1348.
106. Lancet, W.H.O.J., *Appropriate technology for birth.* 1985. **2**: p. 436-437.
107. Erkıran, A.J.T.S.B.Ü.E.v.A.H.A.H.U.T., *Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi.* 2009.
108. Gül, N.J.İ.G.E.V.A.H.A.H., Uzmanlık Tezi, İstanbul, *Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması.* 2008.
109. Cunningham, F.G., et al., *Williams obstetrics, 24e*. 2014: Mcgraw-hill New York, NY, USA.
110. Sağlığı, T.S.B.A.Ç. and A.P.G.J.A.D.M. Müdürlüğü, *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi.* 2010.
111. Bajwa, S.J.S., S.K.J.A. Bajwa, essays, and researches, *Anaesthetic challenges and management during pregnancy: Strategies revisited.* 2013. **7**(2): p. 160.
112. D'Angelo, R.J.T.J.o.t.A.S.o.A., *Anesthesia-related maternal mortality: a pat on the back or a call to arms?* 2007. **106**(6): p. 1082-1084.
113. KOCAMANOĞLU, S.İ., et al., *Sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 olgunun rerospektif değerlendirilmesi.* 2005. **25**(6): p. 810-816.
114. Ng, K.W., et al., *Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section.* 2004(2).
115. Kayacan, N., et al., *A randomized prospective study on the maternal and neonatal outcome of epidural, combined spinalepidural and general anesthesia for elective caesarean sections.* 2004. **24**: p. 476-82.
116. Gogarten, W.J.B.p. and r.C. anaesthesiology, *Spinal anaesthesia for obstetrics.* 2003. **17**(3): p. 377-392.
117. Arndt, M. and G.J.A.u.R. Benad, *The risks of anesthesia in obstetric interventions.* 1994. **19**(4): p. 88-94.
118. Lynch, J. and S.J.Z.f.G. Scholz, *Anaesthetic-related complications of caesarean section.* 2005. **127**(2): p. 91-95.
119. Kuczkowski, K.J.O.a.p. and practice, *The difficult airway: risk, prophylaxis and management.* 2004.
120. Beck, C.T., et al., *Maternity blues and postpartum depression.* 1992. **21**(4): p. 287-293.
121. Karaçam, Z. and Y.J.T.P.D. Kitiş, *Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği.* 2007: p. 3-9.
122. Kendall, P.C., et al., *Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory.* 1987. **11**(3): p. 289-299.
123. Beck, A.T., R.A. Steer, and G.J.P.a. Brown, *Beck depression inventory–II.* 1996.
124. GÜLNAR, D., et al., *Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri.* 2010. **20**(3): p. 141-148.

125. Özcan, N.K., N.E. Boyacıoğlu, and H.J.A.o.p.n. Dinç, *Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis.* 2017. **31**(4): p. 420-428.
126. Goker, A., et al., *Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?* 2012. **2012**.
127. Erbay, D.J.V.U.H.S.K.K., *Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri.* 2002. **8**: p. 862-865.
128. Inandi, T., et al., *Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey.* 2002. **31**(6): p. 1201-1207.
129. Ayvaz, S., et al., *Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri.* 2006. **17**(4): p. 243-251.
130. Shitu, S., et al., *Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia.* 2019. **19**(1): p. 1-9.
131. Ayvaz, S., et al., *The incidence of postpartum depression in Trabzon province and the risk factors during gestation.* 2006. **17**(4): p. 1-8.
132. Zehra, Ü. and T.J.S.B.v.M.D. PASİNLİOĞLU, *Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi.* 2015. **2**(3): p. 306-317.
133. Campbell, S.B. and J.F.J.J.o.a.p. Cohn, *Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers.* 1991. **100**(4): p. 594.
134. Nur, N., et al., *Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri.* 2004. **26**(2): p. 55-59.
135. Gülseren L., Erol A., Gülseren Ş., Kılıç B., Küey L., (2003) Doğum Sonrası Depresyonun Yaygınlığı ve Psikososyal Risk Etmenleriyle İlişkisi, 39. Ulusal Psikiyatri
136. ATASOY, N., et al., *Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri.* 2004. **14**(5): p. 252-257.
137. SEVSEN, A.C., Ç. Aydemir, and G.J.K.D. Erol, *Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansi: obstetrik risk faktörleri, kaygi düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi.* 2002. **10**(1).
138. Virit, O., et al., *Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi.* 2008.
139. Ekuklu, G., et al., *Edirne Merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. 8.* 2002: p. 834-9.
140. Vural, G. and G.J.C.Ü.H.Y.D. Akkuzu, *Normal vajinal yolla dogum yapan primipar annelerin dogum sonu 10. günde depresyon yayginliklarinin incelenmesi.* 1999. **3**: p. 33-7.
141. DANACI, E.A., et al., *Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler.* 2000. **11**(3): p. 204-211.
142. Qi, W., et al., *Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis.* 2021. **21**(1): p. 1-15.
143. Ahmed, G.K., et al., *Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study.* 2021. **290**: p. 211-218.
144. Kim, T.H., et al., *The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey.* 2014. **14**(1): p. 1-9.
145. Zanardo, V., et al., *Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period.* 2020. **150**(2): p. 184-188.
146. Liang, P., et al., *Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study.* 2020. **20**(1): p. 1-8.

147. Yan, H., Y. Ding, and W.J.F.i.p. Guo, *Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis.* 2020. **11**: p. 617001.
148. Guvenc, G., et al., *Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic.* 2021. **57**(3): p. 1449-1458.
149. Filha, M.M.T., et al., *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012.* 2016. **194**: p. 159-167.
150. Lee, Y.-J., et al., *Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study.* 2015. **58**(5): p. 353-358.
151. Kara, Ş.Ç., *Denizli Pamukkale ilçesinde postpartum depresyon sıklığı ve eşlik eden risk faktörleri.* 2016.
152. Dindar, I. and S.J.P.H.N. Erdogan, *Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample.* 2007. **24**(2): p. 176-183.
153. Gümüş, A.B., et al. *Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler*. in *Yeni Symposium*. 2012.
154. Sünter, A.T., et al., *Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri.* 2006. **3**(1): p. 26-31.
155. Kahveci G. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığı ve risk faktörlerinin Edinburgh Doğum Sonrası 57 Depresyon Ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi.T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019
156. de Castro, F., et al., *Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors.* 2015. **18**(3): p. 463-471.
157. Özdemir, S., *Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler.* 2007.
158. Righetti-Veltema, M., et al., *Risk factors and predictive signs of postpartum depression.* 1998. **49**(3): p. 167-180.
159. Chung, E.K., et al., *Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women.* 2004. **113**(6): p. e523-e529.
160. Barbadoro, P., et al., *Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period.* 2012. **52**(4): p. 352-368.
161. Ay, F., et al., *Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları.* 2018. **9**(3): p. 147-152.
162. BİNGÖL, T.Y. and T.J.A.H.v.S.B.D. Havva, *POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.* 2007. **10**(3): p. 1-6.
163. Çeber, T., İ. Pektaş, and İ.J.V.U.H.S.K.K. Dikici, *İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi.* 2002: p. 858-861.
164. Patel, R.R., D.J. Murphy, and T.J.J.B. Peters, *Operative delivery and postnatal depression: a cohort study.* 2005. **330**(7496): p. 879.
165. ŞENTÜRK, M., et al., *Factors associated with success of induction of labor with dinoprostone vaginal system and outcomes.* 2016. **47**(1): p. 6-10.
166. BİLGİN, N.Ç., et al., *Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler.* 2018. **5**(3): p. 342-352.
167. Sun, J., et al., *Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of the edinburgh postnatal depression scale in trial of labor after cesarean: a multicenter, prospective cohort study.* 2020. **2020**.

168. Zaręba, K., et al., *Peripartum predictors of the risk of postpartum depressive disorder: results of a case-control study.* 2020. **17**(23): p. 8726.
169. Bahl, R., et al., *Non-technical skills for obstetricians conducting forceps and vacuum deliveries: qualitative analysis by interviews and video recordings.* 2010. **150**(2): p. 147-151.
170. Ford, E., S. Ayers, and D.B.J.J.o.w.s.h. Wright, *Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB).* 2009. **18**(2): p. 245-252.
171. Johnson, C.E.J.T.j.o.s.m., *Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME).* 2011. **8**(5): p. 1267-1284.
172. Aksoy, M., et al., *Sezaryen Ameliyatlarında Uygulanan Anestezi Teknikleri: Son On Yılın Retrospektif Analizi.* 2014. **42**(3).
173. Simavli, S., et al., *Effect of bupivacaine-soaked spongostan in cesarean section wound on postoperative maternal health.* 2014. **290**(2): p. 249-256.
174. Demir, S., et al., *Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth.* 2016. **54**(2).
175. Vigod, S.N., et al., *Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review.* 2010. **117**(5): p. 540-550.
176. De Mola, C.L., et al., *Low birth weight, preterm birth and small for gestational age association with adult depression: systematic review and meta-analysis.* 2014. **205**(5): p. 340-347.
177. Durukan, E., et al., *Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months.* 2011. **28**(4).
178. KOLUKIRIK, Ü., H. ŞİMŞEK, and A.J.D.E.Ü.T.F.D. ERGÖR, *Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma.* 2019. **33**(1): p. 1-8.
179. Taşdemir, S., S. Kaplan, and A.J.F.S.H.D. Bahar, *Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi.* 2006. **1**(2): p. 106-118.
180. Battaloglu, B., N. Aydemir, and S. Hatipoglu, *Depression screening and risk factors for depression in mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic [Saglam Çocuk Poliklinigine Başvuran 0-1 Yaş Bebegi olan Annelerde Depresyon Taramasi ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme].* 2012.
181. Gross, K.H., et al., *Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System.* 2002. **6**(4): p. 247-253.
182. Beard, J.L., et al., *Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition.* 2005. **135**(2): p. 267-272.
183. Hacilar, A. and N.E.J.İ.K.Ç.Ü.S.B.F.D. CETİŞLİ, *Annelerin Postpartum Hemoglobin Düzeyinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon Üzerine Etkisi.* **6**(2): p. 63-70.
184. Maeda, Y., et al., *Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women.* 2020. **148**(1): p. 48-52.