

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

GEBELİK SAYISININ POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Ali KARA

ANKARA
2022

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

GEBELİK SAYISININ POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

ANKARA
2022

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığına;

"Gebelik sayısının postpartum depresyon belirtileri üzerine etkisi" konulu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye (Başkan)	: Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Asil Üye	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye	: Doç. Dr. Oktay SARI
Yedek Üye	: Doç. Dr. Cenk AYPAK
Yedek Üye	: Doç. Dr. Oktay SARI

ONAY:

Dr. Ali KARA' nın 20.12.2022 tarihinde savunduğu bu tez Gülhane Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Öncelikle hem uzmanlık eğitimimde hem de tez konumun belirlenmesi, çalışmanın yürütülmesi sürecimde yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım; sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez danışmanlığımı yapan değerli hocam Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN' a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Yakın ilgisi ve eğitimime desteğinden dolayı Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER ve Prof. Dr. Oktay SARI' ya;

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım başta Uzm. Dr. Halil DOĞRUL, Uzm. Dr. Lütfiye ÇELİK, Dr. Cemal TÜFEKÇİ, Dr. Necdet SALDI, Dr. Ayşegül Tansu KARAASLAN ve Dr. Arzu AYGÜL olmak üzere Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli değerli hekim arkadaşlarıma;

Yardımları ve içten samimiyetleri nedeniyle, eğitimim süresince bulunduğum kliniklerden Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Acil Tıp Kliniği, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İç Hastalıkları Kliniği, Kardiyoloji Kliniği ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği personeline;

Desteğini hayatımın her anında hissettiğim sevgili eşim Rabia Mehtap KARA, canım kızım Almira Betül KARA, beni bugünlere getirmekte hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan annem Emine KARA ve babam Bayram KARA' ya şükran ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ali KARA
Ankara- 2022

ÖZET

Dr. Ali KARA "Gebelik Sayısının Postpartum Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi" Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022

Amaç: Çocuk doğurmanın en yaygın komplikasyonlarından biri olan doğum sonrası depresyon, doğumdan sonra her sekiz kadının birinde görülür. Tedavi edilmeyen anne depresyonu ile bozulmuş çocuk gelişimi arasında güçlü bir ilişki vardır. Bu çalışmanın amacı, gebelik sayısının postpartum depresyon belirtileri üzerine etkisinin ortaya konulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: 01 Nisan 2022- 31 Ağustos 2022 tarihleri arasında, Ankara SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine ait polikliniğe doğum sonrası rutin kontrole gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1 yaşını doldurmamış bebeği olan katılımcılara, sorumlu araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik özellikleri ile gebelik sürecini sorgulayan veri toplama formu ve gebelerin depresyon ile ilişkili belirtileri taramak için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Veriler, SPSS programından uygun testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 317 katılımcının yaş ortalaması 29,54±5,88, katılımcıların 26-35 arası gebelik yaşı olanların oranı %56,8 (180), kadınlardan 1 gebeliği olanların oranı %45,7 (145), düşük yapmamış olanların oranı %77,6 (246), bir çocuğu olanların oranı %49,8 (158) olarak tespit edilmiştir. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puan ortalaması 7,87±5,16, (EPDÖ)'ye göre postpartum depresyon (PPD) belirtisi olanların oranı %19,6 (62) tespit edilmiştir. Gebelik yaşı, doğum şekli, gebelik sayısı, çocuk sayısı ve düşük sayısı ile PPD belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık güvencesinin varlığı ($p=0,025$), eşi ile ilişki durumları ($p=0,017$), evlilikten memnuniyet durumları ($p=0,027$), eş desteği ($p<0,001$), bebek bakımı kolaylığı ($p=0,030$), annelik için hazır

hissetme durumu (p<0,001), günlük yaşamı etkileyen istatistiksel olarak anlamlı ilişki varlığı (p<0,001) ile PPD belirtilerine neden olma açısından anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda gebelik yaşı, doğum şekli, gebelik sayısı, çocuk sayısı, düşük sayısının postpartum depresyon belirtileri üzerine etkisi olmadığı tespit edilmemekle birlikte yaklaşık her beş kadından birinde postpartum depresyon belirtileri görülmüştür. Birinci basamağa herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için müracaat eden postpartum dönemdeki kadınlara depresyon belirtileri açısından aile hekimleri tarafından tarama yapılması hem kendisi için hem de çocukların daha sağlıklı büyüme ve gelişmeleri açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelik sayısı, Postpartum dönem, Depresyon belirtileri

ABSTRACT

Dr. Ali KARA "The Effect of Number of Pregnancy on Postpartum Depression Symptoms" Gulhane School of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Ankara, 2022

Objective: Postpartum depression, one of the most common complications of childbearing, affects one out of every eight women after giving birth. There is a strong association between untreated maternal depression and impaired child development. Our aim of this study is to reveal the effect of the number of pregnancies on the symptoms of postpartum depression.

Materials and Methods: Between 01 April 2022 and 31 August 2022, participants with a baby under the age of one who came to the outpatient clinic of Gülhane Training and Research Hospital Department of Gynecology and Obstetrics for postpartum check-up and agreed to participate in the study were given the sociodemographic characteristics and the pregnancy process prepared by the author. The Edinburgh Postpartum Depression Scale and a questionnaire data collection form were used to screen pregnant women for depression-related symptoms. The data was analyzed using the SPSS program's appropriate tests.

Results: The mean age of the 317 participants who participated in the study was 29.54±5.88 and the rate of the participants with a gestational age between 26-35 was 56.8% (180). Women who had one pregnancy were 45.7% (145), those who did not have a miscarriage were 77.6% (246), and those who had a child were 49.8% (158). The mean score of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was 7.87±5.16, and the rate of those with postpartum depression (PPD) symptoms was 19.6% (62) according to the EPDS. No statistically significant correlation was found between gestational age, delivery type, number of pregnancies, number of children and miscarriage, and PPD symptoms ($p>0.05$). There was a statistically significant

relationship between causing PPD symptoms and health insurance (p=0.025), relationship with spouse (p=0.017), marital satisfaction (p=0.027), spousal support (p<0.001), ease of baby care (p=0.030), feeling ready for motherhood (p<0.001), and affecting daily life (p<0.001).

Conclusion: In our study, it was found that there was no effect on postpartum depression symptoms between gestational age, mode of delivery, number of pregnancies, number of children, and number of miscarriages and were observed postpartum depression symptoms in approximately one out of every five women. It is important for women in the postpartum period who apply to primary care for any reason to be screened for symptoms of depression by family physicians for healthier growth and development of both mothers and children.

Keywords: Pregnancy, Number of pregnancies, Postpartum period, depression symptoms

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR ii
ÖZET iii
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ix
TABLOLAR DİZİNİ x
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Üreme Sağlığı 3
2.2. Postpartum Dönem 3
2.3. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar 4
2.3.1. Annelik Hüznü 4
2.3.2. Postpartum Depresyon 5
2.3.2.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi 7
2.3.2.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi 9
2.3.2.3. Postpartum Depresyonun Risk Etkenleri 9
2.3.2.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri 10
2.3.2.5. Postpartum Depresyonun Taraması 11
2.3.2.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi 11
2.3.2.7. Postpartum Depresyonun Sonuçları 12
2.3.3. Postpartum Psikoz 12
3. GEREÇ VE YÖNTEM 14
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli 14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi 14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 14
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması 16
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler 16
3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) 16
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 17
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri 17
4. BULGULAR 18
5. TARTIŞMA 37

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
7. KAYNAKLAR 44
8. ÖZGEÇMİŞ 53
9. EKLER 54

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

PPD : Postpartum Depresyon

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

AH : Annelik Hüznü

PP : Postpartum Psikoz

EPDÖ : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

PDTÖ : Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

STAI : State-Trait Anxiety Inventory / Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

APA : American Psychological Association / Amerika Psikiyatri Akademisi

CBT : Cognitive Behavioural .Therapy / Kognitif Davranış Terapisi

IPT : Interpersonal Therapy / Kişiler arası Psikoterapi

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SS : Standart Sapma

Ort. : Ortalama

PM : Prematüre

DDA : Düşük Doğum Ağırlıklı

Ark. : Arkadaşları

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM 5' e Göre Majör Depresyon Tanı Kriterleri (2013) 6
Tablo 2. Ülkelere Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Sıklığı 7
Tablo 3. Türkiye' de Postpartum Depresyon Belirtisi Sıklığı 8
Tablo 4. Demografik Değişkenlerin Dağılımı 18
Tablo 5. Gebelik ve Düşük Sayısına Göre Değişkenlerin Dağılımı 20
Tablo 6. Gebelik Yaşına Göre Değişkenlerin Dağılımı 21
Tablo 7. Gebelik ve Doğuma Ait Değişkenlerin Dağılımı 23
Tablo 8. Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi 25
Tablo 9. Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki 30
Tablo 10. Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Doğurganlık ile İlişkili Değişkenler Arasındaki İlişki 31
Tablo 11. Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Gebelik ve Doğum Dönemi ile İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki 33
Tablo 12. Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Bebek ile İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki 34
Tablo 13. Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Aile İlişkileri ve Diğer Değişkenler Arasındaki İlişki 35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma örneklem şeması …..……15
Şekil 2. Bebeğe ait değişkenlerinin oransal dağılımı …..……22
Şekil 3. Eş ve aile ilişkilerine ait değişkenlerinin oransal dağılımı ……24
Şekil 4. Evlilik durumu ve bebek cinsiyetine ait değişkenlerinin oransal dağılımı ..……..24
Şekil 5. Stres ve bebek bakımına ait değişkenlerinin oransal dağılımı ……25
Şekil 6. Postpartum depresyon belirtileri gösterenlerin oransal dağılımı …..29
Şekil 7. Anlamlı değişkenlere göre postpartum depresyon belirtileri gösterenlerin oransal dağılımı…….……..35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve bebek sahibi olmak, önemli ve genellikle mutlu olarak hissedilen olaydır (1). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadında oluşan bedensel ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra anneliğe geçisin olduğu, kadın için yeni bir rol ve sorumlulukların eklendiği zor bir dönemdir (2). Yapılan araştırmalarda da görüldüğü üzere kişilerin hayatını değiştiren bu dönemlerin iyi ya da kötü psikolojik etkilerinin olabileceği belirtilmiştir. Kadınlar bu süreçte farklı ruhsal sorunlarla karşılaşabilmektedirler (1).

Ruh sağlığı annenin kendisi için önemli olduğu kadar, annenin ruhsal durumu bebeği de etkilediğinden bebek içinde önemlidir. Annenin ruh sağlığının yerinde olması bebek ile sağlıklı ilgilenebilmesi için önemlidir. Annenin ruh sağlığında bozukluk olması, bebeğin sağlık ve beslenme ile ilgili problemlerinin oluşmasına neden olabilmektedir(3).

Kadınlarda gebelik ve postpartum dönemde benzer biyolojik ve hormonal değişiklikler gelişmesine rağmen postpartum depresyon (PPD) veya diğer psikiyatrik bozukluklar her annede görülmemektedir. Depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha sık olmasının yanında ayrıca postpartum dönemde kadınlarda depresyon açısından risk oluşturan bir dönemdir. PPD'nin sebepleri arasında kadının sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik özgeçmişi gibi etkenlerin olabileceği de unutulmamalıdır (4). Meta-analizler ve çalışmalardan derlenen bir araştırmada PPD ile gebelikte veya özgeçmişinde stres, geçirilmiş depresyon öyküsü, benlik algısında eksiklik, annelik hüznü, bozuk aile ilişkileri ve yetersiz sosyal destek gibi etkenler arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Kötü sosyoekonomik durum, eşten ayrı olmak, istenilmeyen gebelik, doğum stresi ve bebek huzursuzluğu gibi etkenlerle PPD arasında ise daha zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (5).

PPD sık görülen ve önemli bir psikiyatrik sorundur. Doğumu takip eden ilk 6 aylık dönem depresyon açısından yüksek risk oluşturan bir süreçtir. PPD'nin risk faktörleri hamilelik ve doğum sonrası bu döneme özgü gelişen hormonal değişiklikler dışında majör depresyon ile benzerdir. Depresyon zaten kişinin yeti kaybına sebep olan bir psikiyatrik hastalık iken, kadının doğmuş olan bebeğinin

sorumluluğunu üstlenmesi ayrıca çalışıyor olması veya başka çocuğunun olması gibi durumlarının da olabileceği düşünüldüğünde, yeni anne için daha da önemli bir sorun halini alır. Ayrıca, PPD'nin bebeği etkilediğini ortaya koyan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (5).

Bu çalışmada amacımız, gebelik sayısının postpartum depresyon belirtileri üzerine etkisinin ortaya konulmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Üreme sistemi, üreme işleyişi ve fonksiyonları ile ilgili, sadece sakatlık ve hastalık olmaması değil, bunlarla birlikte kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Kişilerin eşit, sağlıklı ve sorumlu ilişkileri ve cinsellikleri olması ve sağlıklı cinsel olgunlaşma ve gelişmelerinin sağlanması, kişilerin üreme ile alakalı (istekleri sayıda çocuk ya da istedikleri zamanda çocuk sahibi olma) kararlarını güvenli ve sağlıklı verebilmelerinin sağlanması DSÖ üreme sağlığı programlarının hedefleri içinde yer almaktadır. Ayrıca DSÖ, hedeflerinin içinde kişilerin, üremeye bağlı hastalık ve cinsellik ile engelli olmaktan korunma ve ihtiyaç duyulduğunda bakım, danışmanlık ve rehabilitasyon imkanlarının sağlanması yer almaktadır. DSÖ, kadınların, çocukların, ailelerin ve adolesanların sağlığını destekleyici geliştirici programları bütüncül bir yaklaşımla gündeme getirmektedir (6). Kadın sağlığı için en önemli dönem, bebeğin sağlığını da etkileyen gebelik, doğum ve postpartum dönemdir. Bu sebeple bu dönemde gebelik ve doğumun güvenli olabilmesi için, kadının sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, kaliteli hizmet alabilmesi önem taşır (7). Üreme çağındaki kadınların uygun doğum öncesi ve sonrası bakım alabilmeleri, güvenli ve sağlıklı bir yerde doğum gerçekleştirmeleri ve aile planlama uygulamalarından en iyi şekilde faydalanmaları sağlanmalıdır. Çocukları ile ilgilenebilmeleri ve ailesine bakabilmesi için sosyoekonomik destek sağlanmalıdır (8).

2.2. Postpartum Dönem

Postpartum dönem, doğumdan sonraki ilk 6 haftayı ve sonrasındaki 6 aya kadar devam eden süreci tanımlar. Bu dönem kadın genital organlarının gebelik öncesi döneme en yakın hale döndüğü dönemdir (9). Postpartum dönem birbirini izleyen üç farklı dönemden oluşur.

Başlangıç Dönemi: Doğum sonrası ilk 6-12 saati içerir. Bu dönemde doğum sonrası kanama, uterin inversiyon, amnios sıvı embolisi ve eklampsi gibi acil sorunlar oluşabilir.

İkinci Dönem: Doğum sonrası 2-6 haftayı kapsar. Hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolik ve duygudurumda değişiklikler gelişir.

Üçüncü Dönem: 6. aya kadar devam eden dönemdir (10).

2.3. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar

Hamilelik ve postpartum dönemde oluşan psikiyatrik bozukluklar ilk olarak 1858'de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (11). Gebelik ve doğum olağan bir eylem olsa da kadın için büyük bir stres oluşturabilmektedir. Bu süreçte kadınlar endişe ve kaygı hissedebilir. Kadınların birçoğu hamilelik ve doğum eylemi ile ortaya çıkan biyopsikososyal değişikliklere uyum sağlayabilse de bazı kadınlarda farklı seviyelerde psikiyatrik bozukluklar gelişebilmektedir (12). Postpartum dönemde %70-85 kadında ruhsal belirti ve hastalık ortaya çıkmaktadır (13). Doğum yapan kadınlar ilk bir yıl içinde psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadır (14). Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD–10) gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları ayrı tanı olarak tanımlanmamıştır (11). Postpartum dönemde oluşan ruhsal bozukluklar semptomların şiddetine göre; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz şeklinde 3 başlık altında tanımlanmaktadır (15).

2.3.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü (AH); kaygı, endişe, odaklanma güçlüğü, sinirlilik, ağlama nöbetleri, duygu durumda hızlı değişiklikler, yorgunluk ve uykusuzluk gibi belirtileri olan bir durumdur. Yeni doğum yapmış annelerin %50-80'inde görülmektedir. Genellikle doğumu takip eden ilk günlerde görülen ve herhangi bir tedavi gerektirmeksizin 7-10 gün içerisinde kendiliğinden düzelen bir duygu durum bozukluğudur. AH yaşayan kadınların yaklaşık %25'inde PPD

görülebilmektedir (16). PPD gelişme riski arttığından dolayı AH belirtileri 10 günü geçen kadınlar gerekli branşlara yönlendirilmesi gerekmektedir (17). Annelik hüznünün nedenleri arasında biyokimyasal, psikolojik ve sosyal faktörler yer almaktadır. Sosyal faktörler içinde plansız gebelik, evlilik ile ilgili sorunlar, sosyal çevrenin yetersiz desteği ve doğumun gerçekleştiği yer gibi nedenler bulunmaktadır (18). Psikolojik faktörler arasında psikiyatrik yakınması veya ailesinde herhangi bir psikiyatrik yakınma öyküsü olması, geçirilmiş AH ve geçirilmiş postpartum depresyon gibi faktörler yer almaktadır (19,20). Biyokimyasal faktörler arasında ise özgeçmişinde menstruel disfonksiyon öyküsü, nörotransmitter düzeylerindeki değişiklikler ve hormonal değişiklikler yer almaktadır (18). AH ilaç tedavisi gerektirmeyen kendiliğinden düzelen süreçtir. PPD gelişimini önlemesi için doğum sonrasındaki ilk günlerde annelere sosyal ve psikolojik destek sağlamak önemlidir (13).

2.3.2. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PPD), sadece anneyi değil aynı zamanda bebeği, aileyi ve toplumu da etkileyen önemli bir sağlık problemidir (21). Hafif ve kendiliğinden düzelen semptomlarla seyreden annelik hüznü veya daha nadir görülen ani gelişen ve psikotik belirtiler gösteren postpartum psikozdan ayrılır (5). DSM-4 göre PPD, majör depresyonun alt tipi olarak doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başlayan ‘Doğum Sonrası Başlayan Majör Depresif Bozukluk’ şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5’ de depresif bozuklukların sınıflandırılmasında DSM-4 ile benzer olup postpartum depresif bozukluk tanısı alan kadınların yarısının semptomlarının gebelikte başladığına dikkat çekilmiştir. Bu nedenle ‘postpartum başlangıçlı’ ifadesi yerine ‘peripartum başlangıçlı’ ifadesi yer almıştır (5). ICD-10’ a göre ise postpartum depresyon başlangıç zamanı doğum sonrası ilk 6 hafta olarak belirlenmiştir (22). PPD başlangıç zamanı ile ilgili süre rehberlerde tam olarak belirlenememiş olup bazı araştırmacılar Postpartum ilk 6-12 ay PPD başlangıcı için yüksek riskli dönem olarak değerlendirmektedir (5,23). Literatüre göre PPD, postpartum dönemde ortaya

çıkan majör depresyon olarak tanımlanır (5). DSM-5'e göre ise majör depresyon tanı kriterleri Tablo 1'de verilmiştir (21).

Tablo 1. DSM- 5'e Göre Majör Depresyon Tanı Kriterleri (2013):

A.	Aynı 2 haftalık bir dönem sırasında, kişide aşağıdaki belirtilerden en az beşinin bulunması; en az birinin birinci ya da ikinci madde olması
1)	Hemen her gün, yaklaşık gün boyunca devam eden, depresif ruh hali
2)	Hemen her gün, yaklaşık gün boyunca devam eden, tüm aktivitelere karşı ilgide azalma veya eskisi kadar zevk almama
3)	Hemen her gün, iştah azalması ya da artması, kilo kaybı ya da kilo alma
4)	Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
5)	Hemen her gün ajitasyon olması
6)	Hemen her gün, yorgunluk, kırgınlık ya da enerjisizlik hissetme
7)	Hemen her gün, değersizlik ve aşırı ya da anlamsız suçluluk duygusu
8)	Hemen her gün, düşünme ya da bir konu üzerine odaklanma yetisinde azalma ya da kararsızlık
9)	Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşüncesi, intihar planı yapılması, intihar girişimi
B.	Depresyon tanısı koymak için bu belirtilerin mesleki, sosyal ve önemli işlevlerde önemli sıkıntı veya bozukluklara neden olması
C.	Belirtiler madde kullanımı veya tıbbi bir durumun sonucu olmamalıdır. (A'dan C'ye kadar olan kriterler önemli bir kayıp (yas, finansal kayıp, doğal afet, tıbbi hastalık ve sakatlık vb.) nedeniyle gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilse de önemli bir kayba olağan tepkinin yanı sıra yeni bir depresyon dönemi olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir
D.	Yeni depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E.	Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.3.2.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre postpartum depresyon (PPD) belirtisi sıklığını etkileyen epidemiyolojik çok sayıda etken bulunmaktadır. Bunlar çalışma popülasyonunun büyüklüğü ve sosyodemografik özellikleri, çalışmada kullanılan metodoloji, araştırmada kullanılan depresyon ölçeği ve çalışmalarda belirlenen postpartum dönemlerin farklı olmasıdır. PPD sıklığını etkileyen faktörler arasında doğum öncesi depresyon ve kaygı, önceki psikiyatrik hastalık, zayıf evlilik ilişkisi, stresli yaşam olayları, gebeliğe karşı olumsuz tutum ve sosyal destek eksikliği yer alır (24). Ülkemizde ve çeşitli bazı ülkelerde PPD belirtisi sıklığı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ülkelere Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Sıklığı*

	Yazar, Yıl	Postpartum Dönem(hafta)	n	%
ABD	McGrath ve ark, 2008	8	114	15,0
	Silverman ve Loudon, 2010	6	439	12,3
	Abbasi ve ark, 2013	4	2972	5,1
	Paul ve ark, 2013	8	985	2,6
Almanya	Goecke ve ark, 2012	3	157	7,6
Avusturalya	Boyce ve Hickey, 2005	12	425	8,9
Brezilya	Lobato ve ark, 2011	0-20	811	24,3
Büyük Britanya	Ramchandani ve ark, 2005	8	11833	10,0
	Morrell ve ark, 2009	6	914	16,3
Endonezya	Andajani-Sutjahjo ve ark, 2007	6	274	6,6
Fransa	Tychey ve ark, 2008	4-8	181	9,4
	Gaillard ve ark,2014	6-8	264	16,7
Hollanda	Verkerk ve ark, 2005	12	277	10,8
	Blom ve ark, 2010	8	4941	8,0
İsveç	Rubertsson ve ark, 2005	8	2430	11,1
Malezya	Azidah ve ark, 2006	4-6	377	20,7
Norveç	Glavin ve ark, 2009	6	129	5,8
Pakistan	Husain ve ark, 2006	12	149	36,0
Tayvan	Chen ve ark, 2007	4	122	29,5
Türkiye	Dindar ve Erdoğan, 2007	8	679	30,5
	Orhon ve ark, 2007	4	103	27,2

*EPDÖ kullanılan, 12 puan ve üzerini belirti var kabul eden çalışmalarda, PPD belirti sıklığı
Kaynak: Norhayati, 2015 (24)

Yapılan araştırmalarda Türkiye ‘de PPD belirti sıklığının %5 ile %61,8 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir. Türkiye’ de Farklı bölgelerde yapılmış olan araştırmaların incelendiği bir meta-analizde PPD belirti sıklığının ortalaması %23,8 olarak bildirilmiştir. Türkiye ‘de gelişmemiş olan illere oranla gelişmiş illerde %25 daha az PPD sıklığı tespit edilmiştir (25). Türkiye’ de farklı bölgelerde yapılmış olan bazı çalışmalarda belirlenen PPD belirtisi sıklığı ile ilgili sonuçlar Tablo 3’ de gösterilmiştir.

Tablo 3. Türkiye’de postpartum depresyon belirtisi sıklığı

Yazar, Yıl	Şehir	Postpartum Dönem	n	%
Ak, 2010 (26)	Malatya	0-6 ay	78	39,7
Arslantaş ve ark, 2009 (27)	Aydın	6-8 hf	278	12,5
Aydın ve ark, 2005 (28)	Erzurum	0-1 yıl	728	34,6
Ayvaz ve ark, 2006 (29)	Trabzon	6 hf - 6ay	192	28,1
Battaloğlu ve ark, 2012 (30)		0-12 ay	183	30,6
Dindar ve ark, 2007 (31)	Edirne	0-12 ay	679	25,6
Durukan ve ark, 2010 (32)	Ankara	2 hf-18 ay	708	15,0
Efe ve ark, 2009 (33)	Ankara	4. hf	214	23,4
Gülseren ve ark, 2006 (34)	İzmir	10-14 hf	125	14,4
Gülnar ve ark,2010 (35)	Ankara	1-24 hf	141	35,5
Gümüş ve ark, 2012 (36)	Çanakkale	0-12 ay	324	26,2
İnandı ve ark,2002 (37)	Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya	0-12 ay	2514	27,2
İnandı ve ark,2005 (38)	Mersin, Sivas, Manisa	0-12 ay	1350	31,1
Kırpınar ve ark ,2009 (39)	Erzurum	6. hf	479	14,0
Nur ve ark,2004 (40)	Sivas	0-12 ay	750	28,0
Ocaktan ve ark, 2006 (41)	Ankara	6. ay	66	19,7
Tahaoğlu ve ark, 2015 (42)	Diyarbakır	8. hf	495	20,4
Türkçapar ve ark, 2015 (43)	Ankara	6-8 hf	540	15,4

PPD sıklığı araştırmalara göre çok farklılık göstermektedir. Bunun sebebi yapılan çalışmalardaki metodolojik değişkenlerin büyük ölçü de değişmesidir. Araştırma popülasyonları, tarama ve tanı yöntemleri, doğum sonrası dönemin zaman aralığı, ideal tarama zamanı ve PPD tanısının erken dönemde konulup konulamayacağı gibi parametreler hakkında fikir birliği oluşmamıştır (44).

2.3.2.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi

Postpartum depresyon (PPD)'un sebepleri net olarak bilinmemektedir. Fakat kadının patofizyolojisinde oluşan değişikliklerin neden olabileceği belirtilmektedir. Genetik faktörler, gebelik, doğum ve emzirme nedeniyle gelişen hipofiz, tiroit, adrenal bez ve üreme hormonlarında (progesteron ve östrojen gibi) görülen değişiklikler, nörotransmitter ve metabolik (kolesterol ve yağ asidi gibi) değişikliklerin PPD belirtileri ile ilişkileri araştırılmaktadır (45).

2.3.2.3. Postpartum Depresyonun Risk Etkenleri

Postpartum depresyon (PPD)'un sebepleri, biyopsikososyokültürel etkenler ile obstetrik ve çocuk ile ilgili etkenlerin neden olabileceği karmaşık bir durumdur. PPD bakımından risk faktörü taşıyan kadınları, erken tespit ve tedavi ederek anne ve bebek üzerinde oluşabilecek problemleri önlememiz sağlanacaktır. Bu sebeple PPD risk etmenlerini bilmek ve risk grubunda yer alan kadınları takip etmek gerekir (46).

Çevresel Etkenler: Doğum sonrası dönemde aile desteğinden uzak kalmak kadınlarda PPD açısından risk olusturmaktadır (47). Sosyodemografik özellikler ile PPD ilişkisini saptamak için yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kadının yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı gibi etkenlerle PPD arasında ilişkili tespit edilememiştir (48). Sosyoekonomik ve eğitim seviyesinde düşüklük, işsizlik, erken yaşta evlilik ve erken yaşta anne olmakla PPD gelişmesi arasında ilişki olduğunu ortaya koyan araştırmalar vardır (37,49). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada benzer sonuçlar ortay çıkmış olup

ayrıca düşük öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü kötü aile ilişkileri, sağlık hizmetlerine ulaşımda eksiklik, psikiyatrik hastalık öyküsü, planlı olmayan gebelik ve doğum öncesinde bakım yetersizliği PPD için risk etkeni olarak bulunmuştur (50).

Fiziksel ve Biyolojik Etkenler: 42 farklı ülkede yapılmış olan toplam 203 çalışmadan yapılan bir derlemede, PPD için bedensel algı bozukluğu, bedensel rahatsızlık, düşük beden kütle indeksinin olması, hastalık öyküsü ve premenstrüel belirti öyküsünün olması risk etkenidir (24).

Psikolojik Etkenler: Birçok araştırmadan yapılan bir derlemede kötü hayat kalitesi, stres, anksiyete, depresyon ve psikiyatrik bozukluk öyküsü PPD için risk etkenleri olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öykü ile ilgili farklı sonuçlar tespit edilmiştir (24).

Obstetrik ve Pediatrik Etkenler: Gebelikte gelişen bulantı, preeklampsi, erken doğum, acil sezaryen ve yoğun kanama gibi komplikasyonlar PPD için risk etkenleridir. Bu etkenlerin değerlendirildiği bir meta-analiz araştırmasında obstetrik etkenler ile PPD arasında zayıf olsa da ilişki tespit edilmiştir (45). Menstrüasyon problemleri, annede ek hastalık olması, düşük doğum ağırlıklı bebek olması ve erken doğum PPD oluşumuna sebep olan etkenlerdir (46).

2.3.2.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri

Postpartum depresyon (PPD) doğumdan sonrası 2-3 haftadan sonra başlayıp 1-2 yıla kadar uzayabilen majör depresyondur (51). PPD postpartum dönemde görülen majör depresyon olduğu için belirtileri majör depresyon ile benzerdir. Ruh halinde çöküntü, isteksizlik, zevk alamama, unutkanlık, asabiyet, anksiyete, insomnia ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma PPD'nin belirtileri arasında yer almaktadır. Ayrıca kadınlarda suçluluk hissetme ve değersizlik duygusu gibi belirtilerde görülebilmektedir (52,53).

2.3.2.5. Postpartum Depresyonun Taraması

Hamilelik doğum ve postpartum dönemde görülen uyku sorunları, cinsel istek azlığı, halsizlik ve iştah değişiklikleri gibi fizyolojik değişiklikler depresyonda da görülebilmesi nedeniyle postpartum depresyon (PPD) tanısı koymak zorlaşmaktadır (54).

Postpartum kadınlarda PPD tespiti için riskli kişilerin taranması önem taşımaktadır. Bazı tarama ölçekleri ile PPD riski belirlenebilmektedir. Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (PDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin (EPDÖ) ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmış olup PPD taraması için kullanılmaktadır. Bu ölçekler tarama ölçeği olup PPD riskini belirlemek için kullanılabilir. PPD tanısı koymak için uygun değildirler (29).

2.3.2.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi

Postpartum depresyon (PPD) majör depresyon olduğu için tedavisi majör depresyonda olduğu gibi psikoterapi ve medikal tıbbi tedaviler şeklindedir. Medikal tedavi verilirken hastaların çoğunluğu emzirme döneminde oldukları için emzirme durumuna dikkat edilmelidir. Emziren kadınlar çoğu medikal tıbbi tedavi ile ilaçların süte geçeceğinin kaygısını duysa da yapılan araştırmalar emzirme döneminde medikal tıbbi tedavinin güvenli olduğunu ortaya koymuştur (55). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ise ilaçların sınıflandırmasında antidepresan ilaçların birçoğunu ‘emzirme de bebekler üzerinde tesiri bilinmeyen fakat endişe oluşturabilecek ilaçlar’ kapsamında göstermektedir (56). Bu nedenle PPD olan ve emziren hastalarda psikoterapiye yönelmek daha önemlidir. Psikoterapiler riskli kadınlara önleyici terapiler ya da PPD tanılı hastalara tedavi amaçlı Kognitif Davranış Terapisi (CBT) ve Kişiler Arası Psikoterapi (IPT) gibi terapiler uygulanabilir (57). En doğru tedavi şekline karar verirken depresyonun şiddetine, emzirme durumuna ve hastanın tercihine önem verilmelidir (58).

2.3.2.7. Postpartum Depresyonun Sonuçları

Postpartum depresyon (PPD) tanı konmazsa, geç tanı alırsa veya tedavi edilmezse, mortalite ve morbidite açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Yapılan çalışma ve öngörülere göre önlem alınmazsa 2030 yılına kadar en sık 3 ölüm sebebinden biri depresyon olacaktır (59). PPD semptomları gösteren kadınlarda anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk gelişme riski artmaktadır. PPD'li annelerde bebeklerine, kendilerine zarar verme ve intihar düşünceleri artmaktadır (60).

Bebek bakımı büyük ölçüde annenin yüklenmiş olduğu bir sorumluluktur. PPD' de işlevsellik bozulduğu için anne bebek bakım sorumluluğunu yerine getiremeyeceğinden bebek bu durumdan en çok etkilenecek kişilerdendir. PPD kliniği 1 yıl kadar sürebilen bir süreç olabilmektedir. Doğumdan sonraki bu 1 yıl ise bebeğin gelişimi için en önemli dönemdir. Duygu durum bozukluğu olan kadınların bebeklerinde beslenme, büyüme ve gelişme bozuklukları görülmektedir (61). Birçok araştırmadan yapılmış bir derlemede tedavi edilmemiş PPD'li kadınların çocuklarında dil gelişim bozukluğu ve duygusal ve sosyal davranış bozukluğu görülmüştür. Ayrıca depresyonu olan annelerin çocuklarında bağlanma problemleri ve kendine güvende azalma gözlenmiştir (62). Çocuklarda annenin depresyonu ile ilişkili davranışsal bozukluklar 4-8 yaşa kadar sürebilir (63).

2.3.3. Postpartum Psikoz

Doğumdan sonra binde 1-2 kadar postpartum psikoz (PP) bozukluğu görülmektedir. Psikoz duygu durumda değişkenlik, ajitasyon, insomnia, öfori, huzursuzluk, işitsel veya görsel halüsinasyon, ağlama krizleri ve bebek veya kendisi ile ilgili obsesif düşünceler gibi belirtileri olan bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalar çoğunlukla manik belirtiler gösterir. Postpartum ilk 1-4 haftada ortaya çıkar. Kişinin kendisine ve bebeğine zarar verme, bebeğini öldürme ve intihar girişimi ihtimali çok yüksek olması nedeniyle erken saptamak ve tedavi etmek önemlidir. Tedavi olsa bile yenileme ihtimali yüksektir. En ağır postpartum psikiyatrik tablo postpartum psikozdur (45).

PP etiyolojisi çok sayıda faktörün neden olduğu karmaşık durumdur. PP sebepleri arasında özgeçmişinde veya ailede psikoz, bipolar bozukluk ya da şizoafektif bozukluk öyküsü olması ve gebelik nedeniyle psikiyatrik ilaçların kesilmesi yer almaktadır (64).

PP psikiyatrik bir acildir. Kadın ve bebeğin güvenliği tehlikede olduğu için hastanede yatırılarak tedavi yapılmalıdır. Altta yatan metabolik sebepler olabileceğinden laboratuvar tetkikleri bakılabilir. Tedavide benzodiazepini antipsikotik ve duygudurum düzenleyiciler kullanılabilir (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmamız, Ankara İli Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, 12 ayı doldurmamış bebeği olan postpartum dönemdeki katılımcılar üzerinde yapılmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirilmeyi müteakip, katılmayı kabul eden ve onam formunu dolduran gönüllü kadınlara araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik özellikler ve postpartum depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi için "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" dağıtılarak soruların cevaplanması istenmiştir.

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan çalışmamızda amacımız gebelik sayısının postpartum depresyon belirtileri üzerine etkisinin ortaya konulmasıdır. Çalışma bulguları ile bir farkındalık oluşturularak, Aile hekimliği disiplininin temel özelliği olan biyopsikososyal yaklaşım ile kapsayıcı ve kişisel bakım kapsamında uygun aile planlaması seçeneklerinin uygulanması ile postpartum depresyon belirtileri azaltılarak, hastaların ve bebeklerinin genel durumunda iyilik hali sağlamaktır.

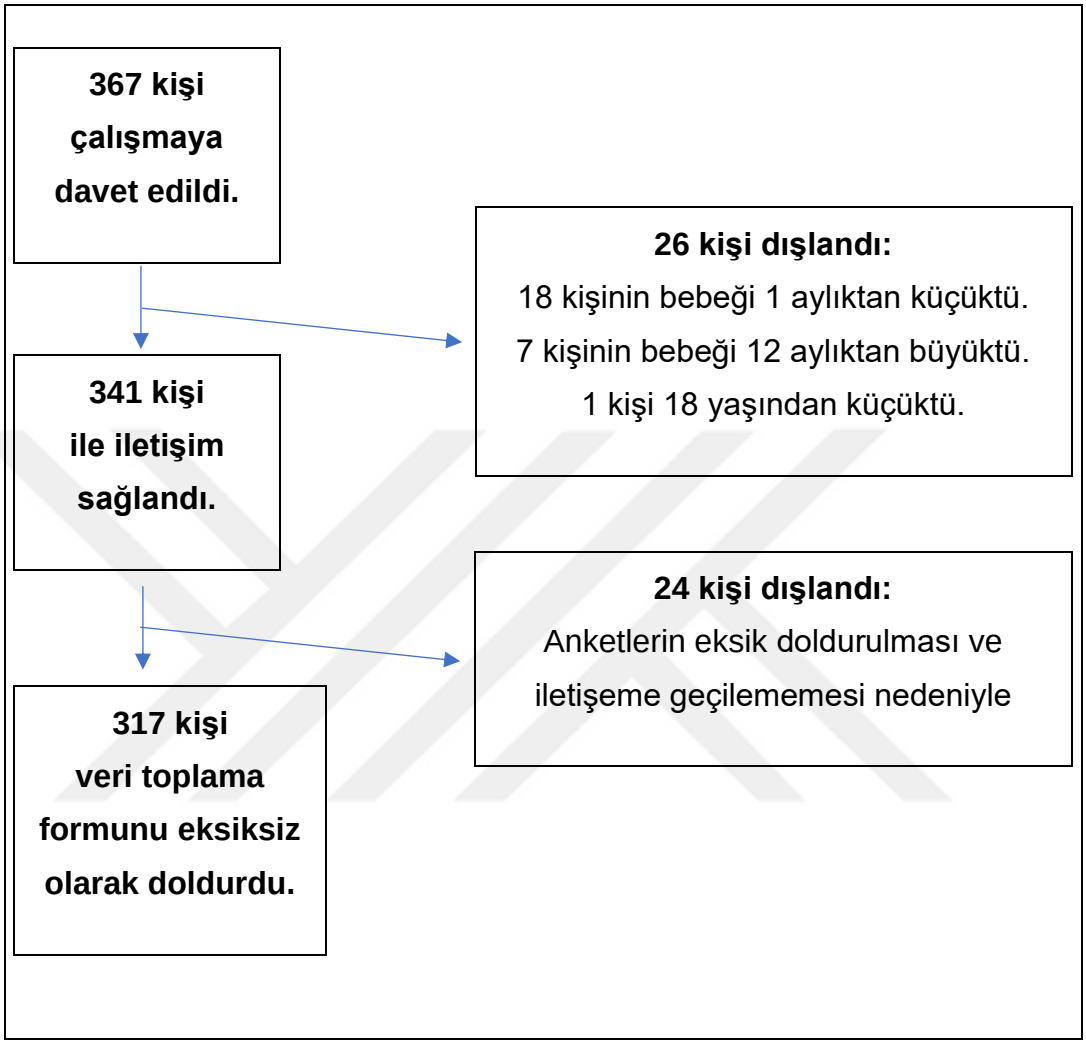
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri 01.04.2022-31.07.2022 tarihleri arasında, Ankara ili Keçiören ilçesinde bulunan; Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlardan 12 ayı doldurmamış bebeği olan ve gönüllü katılımcılara uygulanan veri toplama formu aracılığıyla elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Ankara İli Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve bağlı polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçme yoluna gidilmemiş, çalışmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan kadınlara ulaşmak hedeflenmiştir. Bahse konu polikliniklerine başvuran 12 ayını doldurmamış bebeği olan gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyen ve

veri toplama formlarını eksiksiz olarak dolduran toplam 317 kadın araştırmaya dâhil edilmiştir.



Şekil 1. Çalışma örneklem şeması

Çalışmaya dâhil olma kriterleri;

1. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine ve bağlı polikliniklerine müracaat etmiş olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. 1-12 ay arası bebek sahibi olmak.

Çalışmaya dâhil olmama kriterleri;

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Bir aydan küçük veya 12 aydan büyük yaşta bebek sahibi olmak
3. Veri toplama formu ve ölçek formlarını eksik doldurmak

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan kadınlara, konu ile ilgili literatür bilgileri değerlendirilerek hazırlanan anketimiz, sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 36 soru ile 10 soruluk Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden oluşmaktadır.

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler

Doğum tarihi, eğitim durumu, meslek, aile tipi, evlilik süresi, eşinin doğum tarihi, evlilik durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, gebelik sayısı, düşük sayısı, çocuk sayısı, doğum şekli, depresyon öyküsü, eş ve aile ilişkileri bebek bakımı, annelik durumu ile kronik hastalık ve depresyon öyküsü gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), 4'lü likert şekilde toplamda 10 sorudan oluşan ve postpartum depresyon riski ve depresyonun belirtilerinin değerlendirilmesi için oluşturulmuş sorular içeren öz bildiririm ölçeğidir. 1987 de Cox ve arkadaşları tarafından 1987 de oluşturulmuştur (66). 1996 da Engindeniz ve arkadaşları Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik uyarlama çalışmasını yapmıştır. Kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiştir (67). EPDÖ' nin Türkçe versiyonunun postpartum birinci yılındaki kadınlarda geçerlilik çalışması 2004 yılında Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (68). Ölçekte 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler de ki sorular puanlaması 3, 2, 1, 0 şiddetinde azalan değerler şeklinde olup, 1., 2. ve 4. maddeler de ki sorularda puanlama ise 0, 1, 2, 3 şiddetinde artan değerler seklinde puanlanır. Maddelerdeki puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçeğin

toplamda en düşük puanı 0 ve en yüksek puanı ise 30'dur. Ölçeğin güvenirlilik katsayısı 0,79 olarak Engindeniz ve arkadaşları tarafından belirlenmiştir (67).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kesme puanı 13 olarak alınmıştır. Analizlerimizde kategorik değişkenler için frekans ve yüzde sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenler ile postpartum depresyon belirtileri arasındaki ilişki ise Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması ve uygulanması süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü kadınlara; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları belirtilmiş, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri açıklanmış, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.04.2022 tarihli ve 2022/05 numaralı kurul toplantısında 22/109 karar numarası ile onay alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun (TUEK) 19 Kasım 2021 tarihli 19 no'lu kurul toplantısında ile tez çalışmamız incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.

4. BULGULAR

Annelerin yaş ortalaması 29,54±5,88; annelerden 26-35 yaş arası olanların oranı %56,8 (180); lise mezunu olanların oranı %44,8 (142); ev hanımı olanların oranı %75,7 (240); il merkezinde oturanların oranı %61,5 (195); aylık gelir düzeyini orta bulanların oranı %64,0; sağlık güvencesi olanların oranı %90,5 (203); çekirdek aile olanların oranı %90,2 (286); 3 yıl ve daha az süredir evli olanların oranı %38,2 (121); eşi ile birlikte yaşayanların oranı %98,1 (311); eşi 31-40 yaş arası olanların oranı %53,3 (169); eşi üniversite mezunu olanların oranı %40,7 (129); eşi çalışanların oranı %94,3 (299); sigara kullananların oranı %18,3 (58); alkol kullananların oranı %0,9 (3)'dur (Tablo 4).

Tablo 4. Demografik Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler		**n (%)**
Yaş (yıl)	25 yaş ve altı	86 (27,1)
	26-35 yaş	180 (56,8)
	35 yaş üstü	51 (16,1)
	Toplam	317 (100,0)
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	17 (5,4)
	Ortaokul	32 (10,1)
	Lise	142 (44,8)
	Üniversite	126 (39,7)
	Toplam	317 (100,0)
Meslek	Ev hanımı	240 (75,7)
	Memur	41 (12,9)
	İşçi	13 (4,1)
	Diğer	23 (7,3)
	Toplam	317 (100,0)
Oturduğunuz yer	Köy-Kasaba	5 (1,6)
	İlçe Merkezi	117 (36,9)
	İl Merkezi	195 (61,5)
	Toplam	317 (100,0)

Tablo 4. Demografik Değişkenlerin Dağılımı (Devamı)

Değişkenler		**n (%)**
Size göre aile aylık gelir düzeyiniz?	İyi	86 (27,1)
	Orta	203 (64,0)
	Kötü	28 (8,8)
	Toplam	317 (100,0)
Sağlık güvenceniz var mı?	Yok	30 (9,5)
	Var	287 (90,5)
	Toplam	317 (100,0)
Aile tipiniz?	Geniş aile	31 (9,8)
	Çekirdek aile	286 (90,2)
	Toplam	317 (100,0)
Kaç yıllık evlisiniz?	3 yıl ve daha az	121 (38,2)
	4-8 yıl	95 (30,0)
	8 yıldan fazla	101 (31,9)
	Toplam	317 (100,0)
Eşiniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?	Evet	311(98,1)
	Hayır	6 (1,9)
	Toplam	317 (100,0)
Eşin yaşı (yıl)	30 yaş ve altı	112 (35,3)
	31-40 yaş	169 (53,3)
	40 yaş üstü	36 (11,4)
	Toplam	317 (100,0)
Eşinizin eğitim durumu	Okuryazar değil	2 (0,6)
	Okuryazar	4 (1,3)
	İlkokul	26 (8,2)
	Ortaokul	33 (10,4)
	Lise	123 (38,8)
	Üniversite	129 (40,7)
	Toplam	317 (100,0)
Eşiniz çalışıyor mu?	Evet	299 (94,3)
	Hayır	18 (5,7)
	Toplam	317 (100,0)

Tablo 4. Demografik Değişkenlerin Dağılımı (Devamı)

Değişkenler		**n (%)**
Sigara (tütün) kullanım	Hayır	259 (81,7)
	Evet	58 (18,3)
	Toplam	317 (100,0)
Alkol kullanımı	Hayır	314 (99,1)
	Evet	3 (0,9)
	Toplam	317 (100,0)

Annelerden 1 gebeliği olanların oranı %45,7 (145); 1 canlı doğum yapmış olanların oranı %49,8 (158); düşük yapmamış olanların oranı %77,6 (246); 1 çocuğu olanların oranı %49,8 (158)'dir (Tablo 5).

Tablo 5: Gebelik ve Düşük Sayısına göre Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler		**n (%)**
Kaç gebeliğiniz oldu?	1	145 (45,7)
	2	89 (28,1)
	3	48 (15,1)
	4	23 (7,3)
	5-6	12 (3,8)
	Toplam	317 (100,0)
Kaç canlı doğum yaptınız?	1	158 (49,8)
	2	107 (33,8)
	3	37 (11,7)
	4-6	15 (4,7)
	Toplam	317 (100,0)
Kaç düşük yaptınız?	0	246 (77,6)
	1	57 (18,0)
	2 ve daha fazla	14 (4,4)
	Toplam	317 (100,0)

Tablo 5: Gebelik ve Düşük Sayısına göre Değişkenlerin Dağılımı (Devamı)

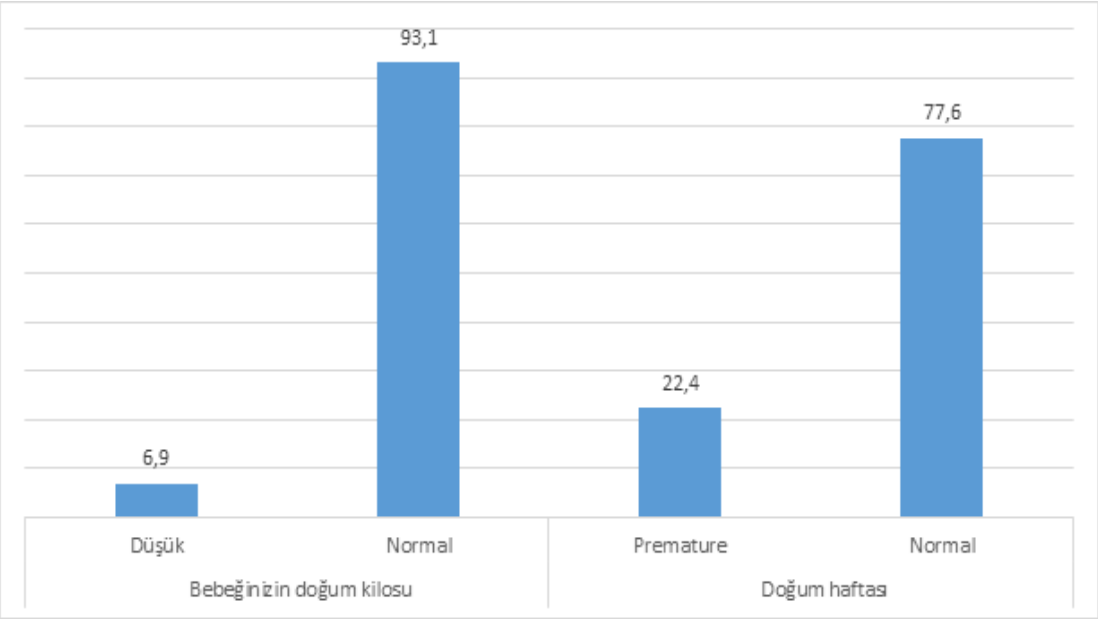
Değişkenler		**n (%)**
18.Kaç çocuğunuz var?	1	158 (49,8)
	2	109 (34,4)
	3	37 (11,7)
	4-6	13 (4,1)
	Toplam	317 (100,0)

Annelerden ilk gebeliği 21-25 yaş aralığında olanların oranı %45,4 (144); ikinci gebeliği 26-30 yaş aralığında olanların oranı %45,6 (78); üçüncü gebeliği 30 yaş ve altında olanların oranı %52,1(37); son gebeliği 26-39 yaş arasında olanların oranı %38,5 (122)'tir (Tablo 6).

Tablo 6: Gebelik Yaşına Göre Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler		**n (%)**
İlk gebelik yaşınız	20 yaş ve altı	64 (20,2)
	21-25 yaş	144 (45,4)
	25 yaş üstü	109 (34,4)
	Toplam	317 (100,0)
İkinci gebelik yaşınız	25 yaş ve altı	52 (30,4)
	26-30 yaş	78 (45,6)
	30 yaş üstü	41 (24,0)
	Toplam	171 (100,0)
Üçüncü gebelik yaşınız	30 yaş ve altı	37 (52,1)
	30 yaş üstü	34 (47,9)
	Toplam	71 (100,0)
Son gebelik yaşı	25 yaş ve altı	113 35,6
	26-30 yaş	122 38,5
	30 yaş üstü	82 25,9
	Toplam	317 100,0

Bebeğinin doğum kilosu ortalaması 3170±470 g normal olanların oranı %93,1 (295); doğum haftası ortalaması 38,46±1,92 normal doğum haftası olanların oranı %77,6 (246)'dır. Oransal dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



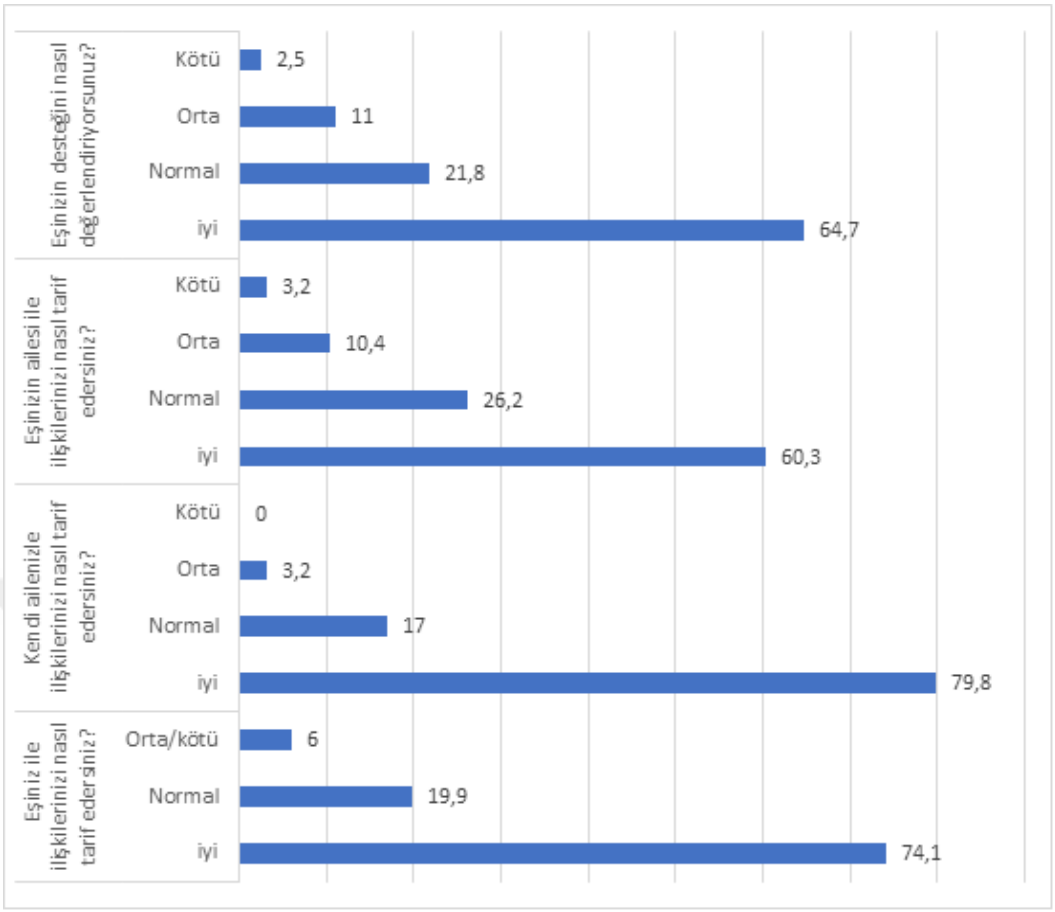
Şekil 2. Bebeğe ait değişkenlerinin oransal dağılımı

Annelerden gebeliği planlı olanların oranı %70,7 (224); Gebelik döneminde rutin kontrolleri düzenli olarak yapılmış olanların oranı %98,7 (313); Gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık tanısı konulmuş olanların oranı %7,3 (23); Gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık tanısı konulmuş olanların oranı %10,1 (32); Ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile birey olanların oranı %4,4 (14); sezaryen olanların oranı %57,1 (181); kendisi ve bebeği ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu olanların oranı %16,1 (51)'dir (Tablo 7).

Tablo 7: Gebelik ve Doğuma Ait Değişkenlerin Dağılımı

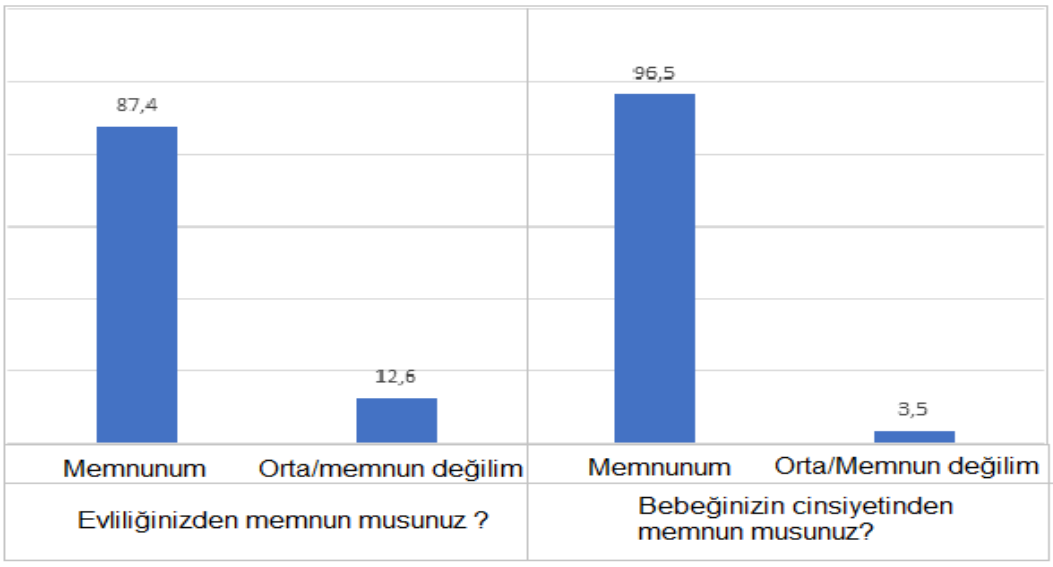
Değişkenler		n %
Gebeliğiniz planlı mıydı?	Evet	224 (70,7)
	Hayır	93 (29,3)
	Toplam	317 (100,0)
Gebelik döneminde rutin kontrolleriniz düzenli olarak yapıldı mı?	Evet	313 (98,7)
	Hayır	4 (1,3)
	Toplam	317 (100,0)
Gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	294 (92,7)
	Evet	23 (7,3)
	Toplam	317 (100,0)
Gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	285 (89,9)
	Evet	32 (10,1)
	Toplam	317 (100,0)
Ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile bireyi var mı?	Hayır	303 (95,6)
	Evet	14 (4,4)
	Toplam	317 (100,0)
Doğum şekliniz nedir?	Sezaryen	181 (57,1)
	Normal doğum	136 (42,9)
	Toplam	317 (100,0)
Sizin ve bebeğiniz ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu var mı?	Hayır	266 (83,9)
	Evet	51 (16,1)
	Toplam	317 (100,0)

Eşi ile ilişkisini iyi olarak tarif edenlerin oranı %74,1 (235); kendi ailesi ile ilişkisini iyi olarak tarif edenlerin oranı %79,8 (253); eşinin ailesi ile ilişkisini iyi olarak tarif edenlerin oranı %60,3 (191); eşinin desteğini iyi olarak değerlendirenlerin oranı %64,7 (205)'dir. Oransal dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.



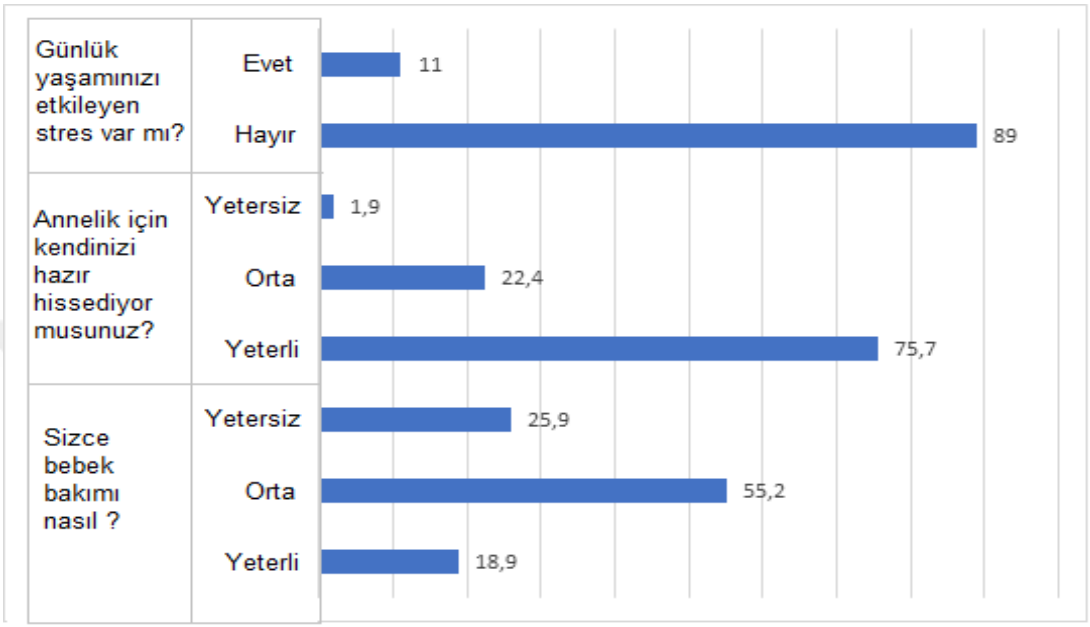
Şekil 3. Eş ve aile ilişkilerine ait değişkenlerinin oransal dağılımı

Evliliğinden memnun olanların oranı %87,4 (277); bebeğinin cinsiyetinden memnun olanların oranı %96,5 (306)'tir. Oransal dağılım Şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4. Evlilik durumu ve bebek cinsiyetine ait değişkenlerinin oransal dağılımı

Annelerden bebek bakımını normal bulanların oranı %55,2 (175); kendisini annelik için yeterli hissedenlerin oranı %75,7 (240); şu anda günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir stres durumu olanların oranı %11,0 (35)'dir. Oransal dağılım Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Stres ve bebek bakımına ait değişkenlerinin oransal dağılımı

Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanları 0 ile 28 arasında değişmekte olup ortalaması 7,87'dir. Değişkenlere göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi

Değişkenler		X	ss
Yaş	25 yaş ve altı	8,33	5,15
	26-35 yaş	7,66	5,26
	35 yaş üstü	7,86	4,89
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	8,35	6,08
	Ortaokul	9,19	4,32
	Lise	7,30	5,11
	Üniversite	8,13	5,26

Tablo 8: Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi (Devamı)

Değişkenler		X	ss
Meslek	Ev hanımı	8,03	5,25
	Memur	7,49	5,32
	İşçi	8,15	5,08
	Diğer	6,83	3,97
Oturduğunuz yer	Köy-Kasaba	4,20	5,59
	İlçe Merkezi	7,61	5,40
	İl Merkezi	8,13	4,99
Size göre aile aylık gelir düzeyi	İyi	6,92	4,46
	Orta	8,20	5,33
	Kötü	8,43	5,71
Sağlık güvenceniz var mı?	Yok	10,30	4,25
	Var	7,62	5,19
Aile tipiniz	Geniş aile	6,97	5,25
	Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk/çocuklar)	7,97	5,15
Kaç yıllık evlisiniz?	3 yıl ve daha az	8,03	5,24
	4-8 yıl	7,92	5,10
	8 yıldan fazla	7,64	5,16
Eşiniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?	Evet	7,81	5,17
	Hayır	11,00	4,20
Sigara (tütün) kullanımı	Hayır	7,75	5,30
	Evet	8,41	4,47
Alkol kullanımı	Hayır	7,88	5,16
	Evet	7,67	6,03
Kaç gebeliğiniz oldu?	1	7,97	5,26
	2	7,63	4,82
	3	7,90	5,35
	4	7,57	4,75
	5-6	9,08	6,93

Tablo 8: Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi (Devamı)

Değişkenler		X	ss
Kaç canlı doğum yaptınız?	1	8,09	5,19
	2	7,53	4,96
	3	7,62	5,65
	4-6	8,67	5,38
Kaç düşük yaptınız?	0	7,74	5,13
	1	8,95	5,34
	2 ve daha fazla	5,93	4,34
Kaç çocuğunuz var?	1	8,11	5,14
	2	7,53	5,06
	3	7,70	5,60
	4-6	8,38	5,45
İlk gebelik yaşınız?	20 yaş ve altı	7,66	4,90
	21-25 yaş	7,60	5,19
	25 yaş üstü	8,36	5,29
İkinci gebelik yaşınız?	25 yaş ve altı	7,48	4,97
	26-30 yaş	7,87	5,15
	30 yaş üstü	7,76	5,46
Üçüncü gebelik yaşınız?	30 yaş ve altı	6,89	5,01
	30 yaş üstü	8,06	5,01
Son gebelik yaşı	25 yaş ve altı	7,99	4,98
	26-30 yaş	8,03	5,23
	30 yaş üstü	7,48	5,34
Bebeğinizin doğum kilosu	Düşük	7,45	5,22
	Normal	7,91	5,17
Doğum haftası	Prematüre	8,04	5,90
	Normal	7,83	4,94
Gebeliğiniz planlı mıydı	Evet	7,82	5,21
	Hayır	8,01	5,07
Gebelik döneminde rutin kontrolleriniz düzenli olarak yapıldı mı?	Evet	7,84	5,16
	Hayır	10,75	5,44

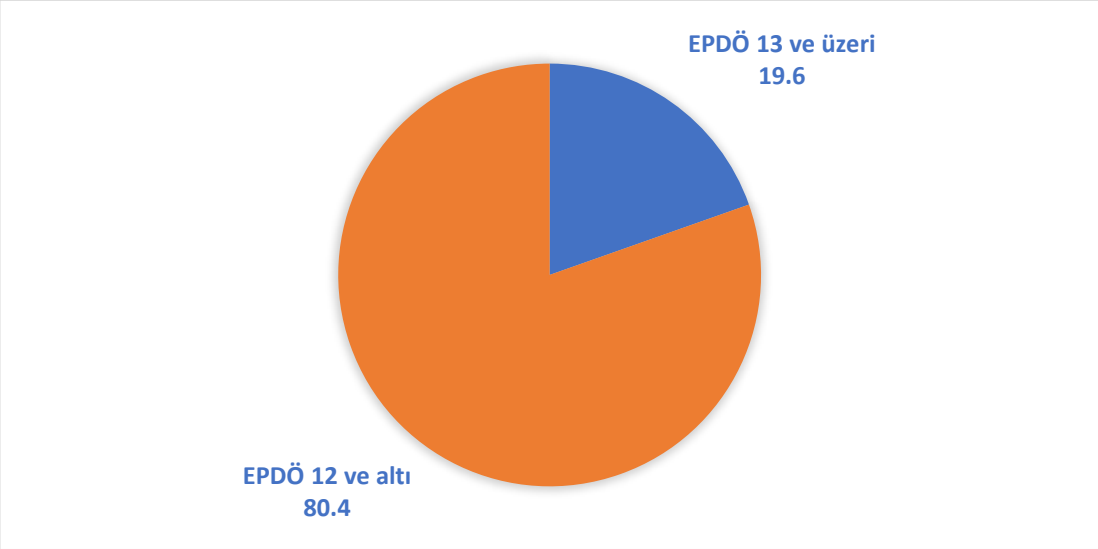
Tablo 8: Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi (Devamı)

Değişkenler		X	ss
Gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	7,78	5,11
	Evet	9,04	5,82
Gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	7,82	5,10
	Evet	8,34	5,74
Ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile bireyi var mı?	Hayır	7,65	4,95
	Evet	12,79	7,20
Doğum şekliniz nedir?	Sezaryen	7,69	5,44
	Normal doğum	8,12	4,77
Sizin ve bebeğiniz ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu var mı?	Hayır	7,58	4,99
	Evet	9,43	5,76
Eşiniz ile ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz?	İyi	7,17	4,79
	Normal	9,29	5,21
	Orta/kötü	11,95	6,70
Eşinizin desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz?	İyi	6,92	4,75
	Normal	9,61	5,28
	Orta	8,66	5,41
	Kötü	14,00	5,32
Evliliğinizden memnuniyet durumunuz nedir?	Memnunum	7,53	4,98
	Orta/memnun değil	10,25	5,79
Bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili memnuniyet durumunuz nedir?	Memnunum	7,80	5,12
	Orta	7,75	4,77
	Memnun değil	16,00	5,57
Bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili memnuniyet durumunuz nedir?	Memnunum	7,80	5,12
	Orta/memnun değil	10,00	6,08
Sizce bebek bakımı nasıl?	Kolay	6,17	4,68
	Normal	7,51	5,10
	Yetersiz	9,89	5,04

Tablo 8: Değişkenlere Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçek Puan Ortalamasının İncelenmesi (Devamı)

Değişkenler		X	ss
Kendinizi annelik için hazır hissediyor musunuz?	Yeterli	7,07	4,75
	Orta	10,27	5,55
	Yetersiz	11,67	6,68
Şu anda günlük yaşam aktivitenizi etkileyen bir stres durumu var mı?	Hayır	7,37	4,81
	Evet	11,91	6,13

Araştırma sonucuna göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kesme puanı 13 olarak alınmış olup postpartum (PPD) belirtisi gösterenlerin oranı %19,6 (62) olarak tespit edilmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Postpartum Depresyon Belirtileri Gösterenlerin Oransal Dağılımı

PPD belirtileri ile sağlık güvencesi arasında ilişki bulunurken ($p<0,05$) yaş, eğitim durumu, meslek, oturulan yer, aylık gelir, aile tipi, evlilik süresi, eş ile birlikte yaşama durumu, eşin çalışma durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sağlık güvencesi olanların %82,2 (236)'inin PPD belirtileri yokken %17,8 (51)'unun PPD belirtileri vardır (Tablo 9).

Tablo 9: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Yaş (yıl)	25 yaş ve altı	66 (25,9)	20 (32,3)	1,852	0,396
	26-35 yaş	145 (56,9)	35 (56,5)		
	35 yaş üstü	44 (17,3)	7 (11,3)		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	12 (4,7)	5 (8,1)	4,563	0,207
	Ortaokul	26 (10,2)	6 (9,7)		
	Lise	121 (47,5)	21 (33,9)		
	Üniversite	96 (37,6)	30 (48,4)		
Meslek	Ev hanımı	192 (75,3)	48 (77,4)	2,006	0,571
	Memur	32 (12,5)	9 (14,5)		
	İşçi	10 (3,9)	3 (4,8)		
	Diğer	21 (8,2)	2 (3,2)		
Oturduğunuz yer	Köy-Kasaba	4 (1,6)	1 (1,6)	0,719	0,698
	İlçe Merkezi	97 (38,0)	20 (32,3)		
	İl Merkezi	154 (60,4)	41 (66,1)		
Size göre aile aylık gelir düzeyi	İyi	75 (29,4)	11 (17,7)	4,290	0,117
	Orta	160 (62,7)	43 (69,4)		
	Kötü	20 (7,8)	8 (12,9)		
Sağlık güvenceniz var mı?	Yok	19 (7,5)	11 (17,7)	**5,022**	**0,025***
	Var	236 (92,5)	51 (82,3)		
Aile tipiniz	Geniş aile	26 (10,2)	5 (8,1)	0,072	0,788
	Çekirdek aile	229 (89,8)	57 (91,9)		
Kaç yıllık evlisiniz?	3 yıl ve daha az	93 (36,5)	28 (45,2)	1,896	0,387
	4-8 yıl	77 (30,2)	18 (29,0)		
	8 yıldan fazla	85 (33,3)	16 (25,8)		
Eşiniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?	Evet	252 (98,8)	59 (95,2)	1,900	0,168
	Hayır	3 (1,2)	3 (4,8)		

Tablo 9: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki (Devamı)

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Sigara (tütün) kullanımı	Hayır	208 (81,6)	51 (82,3)	0,016	0,900
	Evet	47 (18,4)	11 (17,7)		
Alkol kullanımı	Hayır	253 (99,2)	61 (98,4)	0,365	0,546
	Evet	2 (0,8)	1 (1,6)		

*Ki kare testi; p<0,05: istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

PPD belirtileri ile gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, çocuk sayısı, ilk gebelik yaşı, ikinci gebelik yaşı, üçüncü gebelik yaşı, son gebelik yaşı, bebeğin doğum kilosu ve doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Doğurganlıkla ilgili değişkenler ve PPD belirtileri arasındaki ilişki Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Doğurganlıkla İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Kaç gebeliğiniz oldu?	1	112 (43,9)	33 (53,2)	4,181	0,382
	2	74 (29,0)	15 (24,2)		
	3	41 (16,1)	7 (11,3)		
	4	20 (7,8)	3 (4,8)		
	5-6	8 (3,1)	4 (6,5)		
Kaç canlı doğum yaptınız?	1	123 (48,2)	35 (56,5)	1,603	0,659
	2	90 (35,3)	17 (27,4)		
	3	30 (11,8)	7 (11,3)		
	4-6	12 (4,7)	3 (4,8)		

Tablo 10: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Doğurganlıkla İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki (Devamı)

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Kaç düşük yaptınız?	0	197 (77,3)	49 (79,0)	0,270	0,874
	1	46 (18,0)	11 (17,7)		
	2 ve üstü	12 (4,7)	2 (3,2)		
Kaç çocuğunuz var?	1	123 (48,2)	35 (56,5)	1,471	0,689
	2	91 (35,7)	18 (29,0)		
	3	30 (11,8)	7 (11,3)		
	4-6	11 (4,3)	2 (3,2)		
İlk gebelik yaşınız?	20 yaş ve altı	55 (21,6)	9 (14,5)	3,318	0,190
	21-25 yaş	118 (46,3)	26 (41,9)		
	25 yaş üstü	82 (32,2)	27 (43,5)		
İkinci gebelik yaşınız?	25 yaş ve altı	45 (31,7)	7 (24,1)	0,696	0,706
	26-30 yaş	64 (45,1)	14 (48,3)		
	30 yaş üstü	33 (23,2)	8 (27,6)		
Üçüncü gebelik yaşınız?	30 yaş ve altı	33 (54,1)	4 (40,0)	0,236	0,627
	30 yaş üstü	28 (45,9)	6 (60,0)		
Son gebelik yaşınız?	25 yaş ve altı	91 (35,7)	22 (35,5)	1,229	0,541
	26-30 yaş	95 (37,3)	27 (43,5)		
	30 yaş üstü	69 (27,1)	13 (21,0)		

*Ki kare testi; p<0,05: istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

PPD belirtileri ile gebeliğin planlı olma durumu, gebelik döneminde rutin kontrollerin düzenli olarak yapılma durumu, gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık tanısı konulma durumu, gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık tanısı konulma durumu, ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile bireyi olma durumu, bebeği ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu olma durumu ve doğum şekli arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). PPD belirtileri ile gebelik ve doğuma ait değişkenler arası ilişki Tablo 11' de gösterilmiştir.

Tablo 11: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Gebelik ve Doğum Dönemi ile İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Gebeliğiniz planlı mıydı	Evet	178 (69,8)	46 (74,2)	0,464	0,496
	Hayır	77 (30,2)	16 (25,8)		
Gebelik döneminde rutin kontrolleriniz düzenli olarak yapıldı mı?	Evet	253 (99,2)	60 (96,8)	0,829	0,363
	Hayır	2 (0,8)	2 (3,2)		
Gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	239 (93,7)	55 (88,7)	1,194	0,275
	Evet	16 (6,3)	7 (11,3)		
Gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık tanısı konuldu mu?	Hayır	231 (90,6)	54 (87,1)	0,340	0,560
	Evet	24 (9,4)	8 (12,9)		
Ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile bireyi var mı?	Hayır	246 (96,5)	57 (91,9)	2,430	0,119
	Evet	9 (3,5)	5 (8,1)		
Doğum şekliniz nedir?	Sezaryen	144 (56,5)	37 (59,7)	0,209	0,647
	Normal doğum	111 (43,5)	25 (40,3)		
Sizin ve bebeğiniz ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu var mı?	Hayır	217 (85,1)	49 (79,0)	1,359	0,244
	Evet	38 (14,9)	13 (21,0)		

*Ki kare testi; p<0,05: istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

PPD belirtileri ile bebeğin doğum kilosu ve doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Prematüre bebek sahibi olanların 16 (%22)'sında ve düşük doğum ağırlıklı olan bebeklerin 6 (%27)'sında PPD belirtileri tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Postpartum Depresyon Belirti Sıklığı ile Bebekle İlgili Değişkenler Arasındaki İlişki

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Bebeğinizin doğum kilosu	Düşük	16 (6,3)	6 (9,7)	0,445	0,505
	Normal	239 (93,7)	56 (90,3)		
Doğum haftası	Prematüre	55 (21,6)	16 (25,8)	0,515	0,473
	Normal	200 (78,4)	46 (74,2)		

*Ki kare testi; p<0,05: istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

PPD belirtileri ile evlilik memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05) ve evliliğinde memnun olanların %17,9'unda memnun olmayanların ise %33,3'ünde PPD belirtileri vardır.

PPD belirtileri ile bebek cinsiyeti memnuniyet durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

PPD belirtileri ile bebek bakımı konusundaki düşünce arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05) ve bebek bakımının kolay olduğunu düşünenlerin %13,6'sında; normal olduğunu düşünenlerin %17,4'ünde ve yetersiz olduğunu düşünenlerin %29,3'ünde PPD belirtileri vardır.

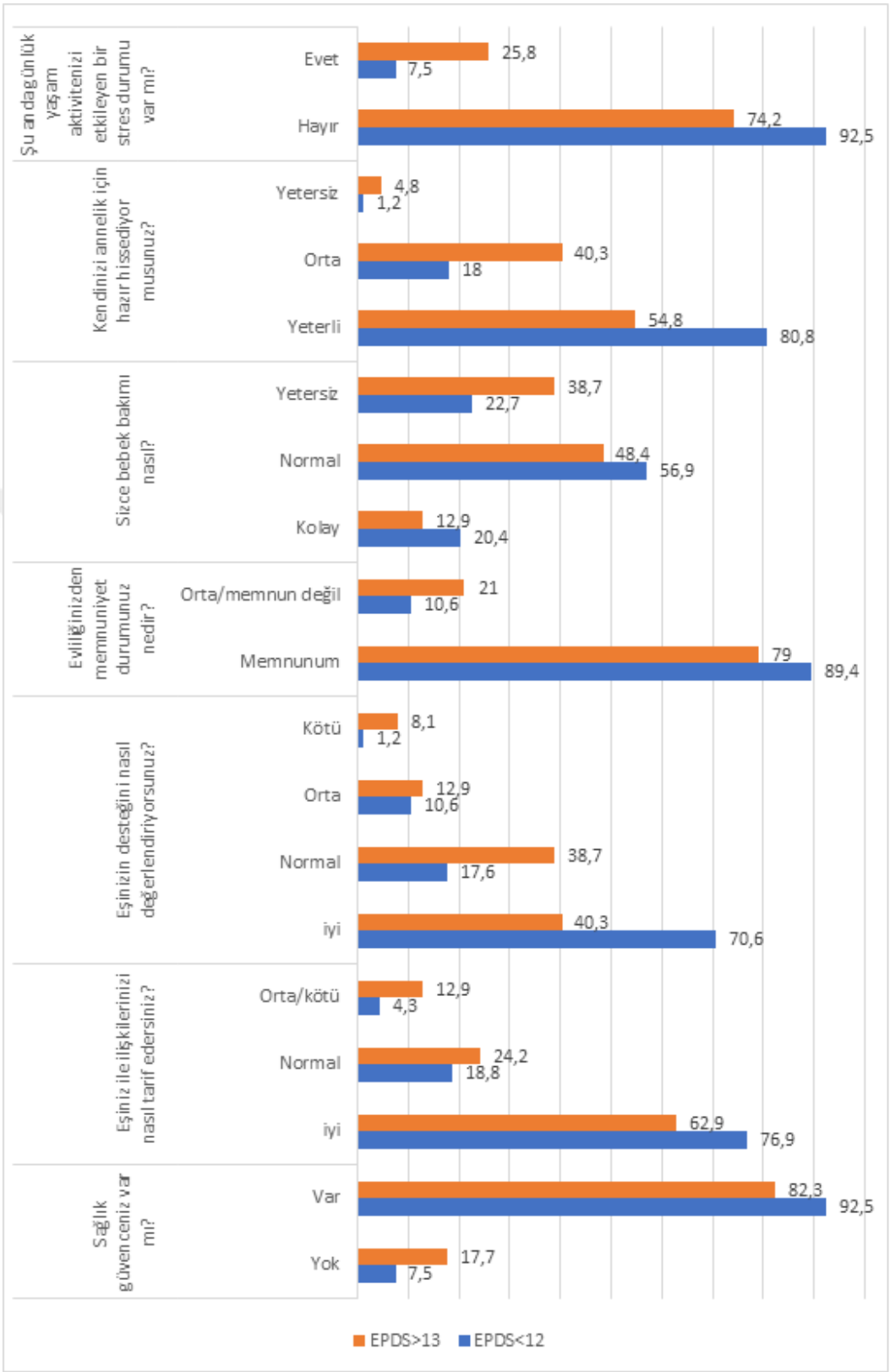
PPD belirtileri ile anneliğe hazır hissetme konusundaki düşünce arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05) ve annelik için hazırlığının yeterli olduğunu düşünenlerin %14,2'sinde; orta olduğunu düşünenlerin %35,7'sinde ve yetersiz olduğunu düşünenlerin %60,0'ında PPD belirtileri vardır.

PPD belirtileri ile şu anda günlük yaşam aktivitesini etkileyen bir stres durumu varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05) ve şu anda günlük yaşam aktivitesini etkileyen bir stres durumu olmayanların %16,2'sinde stres durumu olanları ise %47,1'inde PPD belirtileri vardır (Tablo 13).

Tablo 13: Postpartum Depresyon Belirtileri ile Aile İlişkileri ve Diğer Değişkenler Arasındaki İlişki

		Depresyon Belirtileri		Ki Kare Testi	
		EPDÖ<13	EPDÖ ≥13		
Değişkenler		**n (%)**	**n (%)**	**X2**	**p**
Eşiniz ile ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz?	İyi	196 (76,9)	39 (62,9)	**8,174**	**0,017***
	Normal	48 (18,8)	15 (24,2)		
	Orta/kötü	11 (4,3)	8 (12,9)		
Eşinizin desteğini nasıl değerlendiriyor sunuz?	İyi	180 (70,6)	25 (40,3)	**26,848**	**<0,001***
	Normal	45 (17,6)	24 (38,7)		
	Orta	27 (10,6)	8 (12,9)		
	Kötü	3 (1,2)	5 (8,1)		
Evliliğinizden memnuniyet durumunuz nedir?	Memnunum	228 (89,4)	49 (79,0)	**4,873**	**0,027***
	Orta/memnun değil	27 (10,6)	13 (21,0)		
Bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili memnuniyet durumunuz nedir?	Memnunum	248 (97,3)	58 (93,5)	4,453	0,108
	Orta	6 (2,4)	2 (3,2)		
	Memnun	1 (0,4)	2 (3,2)		
	Orta/memnun değil	7 (2,7)	4 (6,5)		
Sizce bebek bakımı nasıl?	Kolay	52 (20,4)	8 (12,9)	**7,041**	**0,030***
	Normal	145 (56,9)	30 (48,4)		
	Yetersiz	58 (22,7)	24 (38,7)		
Kendinizi annelik için hazır hissediyor musunuz?	Yeterli	206 (80,8)	34 (54,8)	**19,026**	**<0,001***
	Orta	46 (18,0)	25 (40,3)		
	Yetersiz	3 (1,2)	3 (4,8)		
Şu anda günlük yaşam aktivitenizi etkileyen bir stres durumu var mı?	Hayır	236 (92,5)	46 (74,2)	**17,108**	**<0,001***
	Evet	19 (7,5)	16 (25,8)		

*Ki kare testi; p<0,05: istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



Şekil 7. Anlamlı değişkenlere göre postpartum depresyon belirtileri gösterenlerin oransal dağılımı

5. TARTIŞMA

Gebelik sayısının postpartum depresyon (PPD) belirtileri üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda gebelik sayısı PPD belirti sıklığı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Ayrıca planlı gebelik olması, çocuk sayısı, düşük sayısı ve gebelik yaşı gibi doğurganlık faktörlerinin de PPD belirtileri üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda PPD belirti sıklığı %19,6 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda kadınların sağlık güvencesinin olması, eş ile ilişkilerinin iyi olması, bebek bakımında zorluk çekmiyor olması, eşinin desteğinin iyi olması, evlilik durumundan memnun olması ve günlük yaşamı etkileyen stres kaynağının olmaması PPD belirti sıklığının daha az görülmesini sağladığı bulunmuştur. Sosyodemografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi, sigara, alkol ve eşin eğitimi, mesleği ve çalışma durumu ile PPD belirtilerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Bebek ile ilgili faktörlere baktığımızda düşük doğum kilosu ve prematüre olmanın PPD belirtilerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ailede depresyon öyküsü, kronik hastalık, gebelikte düzenli kontrole gitme ve doğum şeklinin de PPD belirtileri üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur.

Postpartum depresyon sık görülen bir halk sağlık sorunudur. Sadece anneyi değil, aynı zamanda bebek ve ailenin tüm üyelerini etkileyebilen bir sağlık sorunudur (69). PPD'nin sosyodemografik, biyolojik ve psikolojik birçok risk etkeni bulunmaktadır (70). Gebelik ve bebek bakımı deneyimini ilk defa yaşayan kadınlarda endişe ve stres olabilir. Aynı zamanda çocuk sayısının artması kadının iş yükünün artması nedeniyle stres kaynağı olabilir. Araştırmamızda PPD belirtileri üzerine risk etkeni olabilecek gebelik sayısı araştırılmıştır. Çalışmamızda gebelik ve çocuk sayısının PPD belirtileri ile ilişkileri saptanmamıştır. Benzer şekilde bazı çalışmalarda çocuk sayısı ve gebelik sayısı ile PPD belirtileri arasında ilişki açısından risk saptanmamıştır (71,72). Buna karşılık bazı çalışmalarda ilk doğumu olan kadınlar ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (31,73). Ayrıca, Filha ve ark.'nın

23894, Durukan ve ark.'nın 708 katılımcı ile yaptığı çalışmalarda ise artan çocuk sayısı ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (32,74).

PPD belirtisi sıklığı çalışmalara göre ciddi farklılık göstermektedir. Çalışmamızda PPD belirtisi sıklığı %19,6 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir meta-analizde PPD belirti sıklığı gelişmekte olan illerde PPD belirtisi sıklığı ortalama %25, gelişmiş illerde ortalama %21,5 olarak tespit etmiştir (14). Çalışmamız ülkemizin en gelişmiş illerinden birinde yapılmış olması nedeniyle PPD belirti sıklığı ülkemizde gelişmiş iller ortalamasına göre benzerlik göstermektedir. 42 ülkede 203 adet ilk 12 aydaki bebeklere, öz bildirim anketleri kullanılarak yapılan çalışmalardan araştırdığı bir literatür derlemesinde PPD belirti sıklığı %0,5 ile %60,8 arasında değişmektedir (75). Bu farklılığın sebebi çalışma evrenin sosyokültürel farklılıkları, tarama yapılan postpartum dönem, kullanılan ölçek ve kesme değeri gibi etmenlerin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda 26-35 yaş arası katılımcıların oranı %56,8 olup, yaşın PPD belirtileri üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda da benzer sonuçlar vardır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi literatürdeki birçok çalışmada yaş ile PPD belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır (32,36,76). Birçok çalışma benzer sonuçlar içerse de yaş ile PPD belirtilerinin ilişkisinin olduğu yönünde çalışmalarda vardır. 707701 ve 2178 katılımcıda yapılmış olan iki çalışmada erken yaşta anne olmanın PPD belirti sıklığını artırdığı saptanmıştır (77,78). Bunun sebebi çalışmamızın sadece 18 yaş üstü katılımcılardan oluşması olabilir. Bu durum için ergen anneler üzerinde kapsamlı bir çalışma yapılabilir.

Çalışmamızda günlük yaşamını etkileyen bir stres durumu ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. PPD'nin majör depresyon postpartum dönemde görülen alt tipi olduğu düşünüldüğünde, stres majör depresyon gibi PPD için de risk oluşturmaktadır (5). Benzer olarak Filha ve ark.'nın ve Tachibana ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmalarda da stres durumu ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (74,79).

Çalışmamızda doğum şekli, düşük doğum ağırlıklı olma (DDA) ve prematüre (PM) olma durumları ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer olarak 23894 katılımcıda yapılmış bir çalışmada doğum ve obstetrik etkenlerin PPD belirtileri sıklığı üzerine anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (74). Bazı araştırmalarda da DDA ve PM olma durumları ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (35,36). PM doğan bebeklerde yenidoğan dönemi en kritik süreç olduğu için PPD açısından risk oluşturabilir. Buna karşılık bir araştırmada ise DDA ile anlamlı ilişki saptanmamış ama PM ile ilgili anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu farklılık çalışmamızın yenidoğan bebeği olan katılımcıları kapsamaması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda eş ile ilişkisi iyi olanların oranı %74,1, evliliğinden memnun olanların oranı %87,4 ve eşinin desteğini iyi değerlendirenlerin oranı %64,7 olup bu durumların PPD belirtilerini azalttığı saptanmıştır. Benzer şekilde, literatürde yapılmış iki meta analizde iyi olmayan evlilik ilişkisi ve sosyal destek azlığının PPD belirtileri ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir (80,81). Benzer olarak bir çalışmada ise eş ile duygusal desteğin eksik olması PPD belirtilerinde artış gözlemlenmiştir (82). Yeni anne olmak kadının sorumluluklarının ve iş yükünün artması nedeniyle stresin artmasına neden oluyor. Bu stresi azaltmak için anneye sosyal destek vermek önemlidir.

Bebek cinsiyetinden memnun olmayanların oranı %3,5 olup PPD belirtileri üzerine etkisi yoktur. Hindistan'da yapılmış bir araştırmada ise erkek bebek baskısının PPD belirtilerini artırdığı saptanmıştır (83). Bu farklılık toplumların bebek cinsiyetine karşı yaklaşımlarında farklılıklar ve çalışmamızda veri azlığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü olduğunu bildirenlerin oranı %0, eşinin ailesiyle ilişkilerinin kötü olduğunu belirtilenlerin oranı %3,2 ve geniş aile olarak yaşayanların oranı %9,8 olarak tespit edilmiş ve bu durumların PPD belirtilerine etkisi saptanmamıştır. Literatürde farklı olarak bazı çalışmalarda kendi veya eşinin ailesi ile ilişkilerinin kötü olması PPD belirtilerini artırdığı bulunmuştur (27,32). Bu farklılık çalışmamızda aile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtenlerin veri analiz için az olması ile ilişkili

olabilir. Farklı 2 ülkede yapılmış çalışmalarda ise geniş ailede yaşayanların PPD belirtileri daha az görülmüştür (84,85). Sonuçlardaki farklılık bazı toplumlarda geleneksel olarak geniş aile yaşamının tipinin korunmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayanların oranı %9,5 olup sağlık güvencesi ve PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum yenidoğan bebeğin ve annenin sağlık problemi olduğunda kaliteli sağlık hizmetinden mahrum kalmasından kaynaklanabilir. Ülkemizde benzer olarak, Sünter ve ark.'nın yaptıkları bir araştırmada sağlık güvencesi olmayanlarda 2,1 kat daha fazla PPD belirtisi saptanmıştır (86). Fransa'da yapılmış bir araştırmada ise sağlık güvencesi ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (87). Bu durum ülkelere göre sosyal sağlık güvencesi olmayanların kaliteli sağlık hizmetinden ulaşım imkanları farklılık göstermesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda en az lise mezunu olanların oranı %84,5, ev hanımı olanların oranı %75,7, eşi çalışanların oranı %94,3, ve aylık gelir durumu orta olanların oranı %64,0 olup PPD belirtileri ile aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışma hayatı kişinin sosyoekonomik durumuna katkı sağlaması gibi avantajları olsa da stres sebebi olma gibi dezavantajları da vardır. Meslek gruplarında stres farklılığı göz önünde bulundurularak daha ayrıntılı çalışmalar daha anlamlı olabilir. Literatürde bu etkenlerle ilgili farklı sonuçlar vardır. Ülkemizde yapılmış araştırmalarda ve Ahmad ve ark.'nın Ortadoğuda yapmış olduğu bir meta analizde eğitim seviyesi arttıkça PPD belirtisi sıklığının azaldığı tespit edilmiştir (32,36,88,89). Bu durum çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğunu eğitim seviyesinin yüksek olması ile ilişkili olabilir. Literatürdeki çalışmalara baktığımızda gelir seviyesi azaldıkça ve ev hanımı ve işçi olanlarda PPD belirtisi sıklığı artmaktadır (90–92). Bu durum çalışmamızda gelir düzeyi ile ilgili sorumuzun iyi, orta ve kötü olarak subjektif değerlendirilmesinden kaynaklanabilir. Ülkemizde yapılmış benzer araştırmalara baktığımızda eşi çalışmayanlarda PPD belirtileri daha sık bulunmuştur (32,93). Bu durum çalışmamızda eşi çalışmayanların sayısının çok az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sigara içenlerin oranı %18.3 ve alkol kullananların oranı %0,9 olup PPD belirtileri ile anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Ancak literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Brezilya' da 23894 katılımcı üzerinde yapılmış çalışma da alkol ve sigara ile PPD belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (74). Alkol kullananların oranı %0,9 olduğu için istatiksel analizin yanlış olabileceği düşünüldü. Sigaraya karşı tutum ve davranışların toplumlara göre farklılıklar göstermesinden ve çalışmamızda tüketim miktarı ile ilgili detaylı bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda en az 1 düşük yapanların oranı %22,4 olup düşük öyküsünün PPD belirtileri üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Fakat literatürde farklı olarak Akçalı ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada düşük ile PPD belirtisi sıklığının arttığı tespit edilmiştir (93). Düşük kaygı oluşturabilecek bir durum olup aynı zamanda gebelik süreciyle ilgili bir durum olduğu için doğum eylemi ile var olan düşük kaygısı her geçen ayda azalacaktır. Çalışmalarda yapılan zaman dilimleri değişkenlik göstermesinden dolayı sonuç farklı çıkmış olabilir.

Çalışmamızda planlı olmayan gebeliklerin PPD belirtilerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Ülkemizde ve farklı ülkede yapılmış araştırmalarda ise bizim çalışmamızdan farklı olarak planlı olmayan ve istenmeyen gebeliklerde PPD belirti sıklığının arttığı tespit edilmiştir (74,93,94). Kendini gebelik ve bebek bakımı için hazır hissetmeyen annelerde bu durum endişe ve kaygı hissetmesine neden olabilir. Gebeliğin planlı olmaması gebeliğin istemediği anlamına gelmemektedir. Bu yüzden sonuçlar farklılık göstermiş olabilir.

Sonuç olarak PPD, gebeliğin en yaygın komplikasyonlarından biri olup sadece anneyi değil önemli ölçüde bebek ve tüm aileyi etkilen bir sağlık problemi olduğundan erken tanı ve tedavi riskli kişilerin belirlenmesi önem arz etmektedir. PPD için risk etmenlerinden olabilecek gebelik, çocuk ve düşük sayısı ve annenin gebelik yaşı gibi doğurganlık ile ilişkili değişkenler araştırılmış olup PPD belirtileri ile ilişkisi saptanmamıştır. Sosyal sağlık güvensi, eş ile ilişkiler, evlilik durumu, bebek bakımı ve hayatı etkileyen stres durumları gibi etmenler ile PPD belirti sıklığını artırmaktadır. Yeni bebeği

olmuş sorumlulukları artmış bir anneye sosyal destek olmak PPD belirtilerini azaltacağından önem arz etmektedir. Kadınlar bebek bakımı ve annelik görevinde yetersizlik nedeniyle eleştirme ve dışlanma korkusu sebebiyle PPD belirtilerini gizlemeye çalışabilirler. Ayrıca PPD belirti sıklığının da azımsanamayacak kadar çok olduğu düşünüldüğünde şikâyet olmasa da herhangi bir sebeple aile hekimliğine başvuran postpartum kadınlarda PPD belirtisi sıklığı taraması yapılması ve riskli kişilerin belirlenip gerekirse Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine yönlendirilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmanın kısıtlılıkları ise;

Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmeti sunumu kapsamında olsa da çalışmamız üçüncü basamak bir hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır.

Çalışmamızın eksikliği geniş postpartum bir dönem belirlenmiş olup katılımcılar postpartum sürecine göre ayrı değerlendirilmemiş ayrıca kesitsel tipte yapılmış bir çalışma olması nedeniyle katılımcılar bir kez değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmamızın önemli bir eksikliği de kullandığımız ölçeğin PPD tanısı konulması için değil PPD belirtileri açısından riskli kişilerin tespiti için uygulanan bir ölçek olup gebelik ve çocuk sayısı ile PPD arasındaki ilişkiyi tam olarak ortaya koymamaktadır. Bu nedenle kesin PPD olgularının değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışma yapmak daha kapsamlı bilgiler edilmesini sağlayabilir.

Çalışmamız katılımcılar farklı postpartum dönemlerde olduğundan homojen bir yapıda değildir.

Kesitsel tipte yapılan çalışmamız uzun dönem hakkında bilgi vermektedir.

Çalışmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılmış olup ölçek postpartum depresyon tanısı koymak için değil tarama için yapılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Postpartum depresyon (PPD) belirti sıklığı ile yaş ve gebelik sayısı gibi doğurganlık parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

2. PPD belirti sıklığı üzerine bebek bakımı ve bu süreçte sosyal desteğin önemli ölçüde etken olduğu görülmüştür. Bu dönemde, annenin yalnız bırakılmaması ve sosyal açıdan anneye destek olunması oldukça önem arz etmektedir. Bu konuda özellikle eşlere büyük görev düştüğü mutlaka hasta-hekim görüşme sürecinde ifade edilmelidir.

3. PPD belirtisi sıklığı postpartum dönemdeki her beş kadının birinde (%19,4) görülmektedir. Bu sayının PPD'nin anne ve bebeğin ruh sağlığında önemli sonuçlar oluşturabileceği düşünüldüğünde azımsanamayacak kadar önemlidir. Bu dönemdeki kadınların en sık başvurduğu sağlık birimi olan aile hekimliğinde farkındalık oluşturulmalı, tarama yapılmalı ve risk grubundakiler belirlenip erken tanı ve tedavi alması sağlanmalıdır.

4. Sosyal sağlık güvencesinin olmaması PPD belirtisi sıklığını artırmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetine ulaşabilmek için sosyal sağlık güvencesi önem arz etmektedir. Kişilerin kaliteli sağlık hizmetine ulaşılabilmeleri sağlanmalıdır.

5. Obstetrik sorunalar ve kronik hastalıkları ile PPD belirtileri arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durumları sorgulayan sorular subjektif olup ayrıntılı sorgulayan çalışmalar ile değerlendirilme yapılması önerilir.

6. Düşük eğitim düzeyi ve meslek ile PPD belirtilerinin arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde sonuçların farklı olması nedeniyle bu durumların daha detaylı randomize kontrollü bir çalışma ile değerlendirilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Dekel S, Ein-Dor T, Ruohomäki A, Lampi J, Voutilainen S, Tuomainen TP, et al. The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth. J Psychiatr Res. 2019 Jun; 113:72–8.
2. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. J Am Med Womens Assoc (1972). 2004;59(3):181–91.
3. Annagur B, Annagur A. The relationship between postpartum mental status and breastfeeding. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar- Curr Approaches Psychiatry. 2012; 4(3):279.
4. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet. 2004 Jan 24;363(9405):303–10.
5. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013; 9:379–407.
6. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994, s.1, 8-12.
7. Biliker, M. Türkiye'de kadının sağlık durumu. Aktüel Tıp Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Cilt:6, Sayı:1, Ocak-Şubat 2001, s:18.
8. World Health Organization, Strategic action plan for the health of women in Europe, Copenhagen, 5-7 February 2001.pp.10. In.
9. Ludington-Hoe SM. Postpartum: development of maternity. Josanpu Zasshi. 1978 Sep;32(9):568–71.
10. Çiçek N, Mungan MT, Özden S. Lohusalık fizyolojisi ve bakımı: Klinikte obstetrik ve jinekoloji. ISBN: 975-277-131-9 Ankara- 2007. s: 185-196.
11. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. 3P Dergisi .2004;(ek 4):12-20.
12. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1999; 58-67.
13. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001;50(5):275–85.

14. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon STED. 2001; 10(9):333-334.
15. Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. Rev Med Interne. 2005 Jul;26 Suppl 2: 226-9.
16. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. Arch Womens Ment Health. 2014 Apr;17(2):171–3.
17. Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. J Psychosom Res. 1980;24(3–4):165–71.
18. Ehlert U, Patalla U, Kirschbaum C, Piedmont E, Hellhammer DH. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. J Psychosom Res. 1990;34(3):319–25.
19. George AJ, Wilson KC. Monoamine oxidase activity and the puerperal blues syndrome. J Psychosom Res. 1981;25(5):409–13.
20. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, Cox JL. Mood changes in the first three weeks after childbirth. J Affect Disord. 1981 Dec;3(4):317–26.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, cev. Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013:92-3.
22. Öztürk M O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.2011:343-5.
23. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatr Scand. 2005 Sep;112(3):233–6; discussion 236-7.
24. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015 Apr 1;175: 34–52.
25. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Aug;31(4): 420–8.
26. Ak M. Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010 Cilt 7 Sayı 2:39-42.

27. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydin il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. 2009 ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3): 13- 22.
28. Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. Women Health. 2005 Sep 7;41(2):1–12.
29. Ayvaz S, Hocaoğlu C, Tiryaki A, Ak I. Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation. Turk Psikiyatri Derg. 2006;17(4):243–51.
30. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Bakirkoy Tip Derg Med J Bakirkoy. 2012 Mar 16;12–21.
31. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. Public Health Nurs. 2007;24(2):176–183.
32. Durukan E, Ilhan MN, Bumin MA, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks- 18 months. Balkan Med J 2011; 28: 385-393.
33. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2009; 10:14–20.
34. Gülseren L, Erol A, Gülseren S, Küey L, Kılıç B, Ergör G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. J Reprod Med 2006 Dec 5112955-60.
35. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A, others. Risk factors related with postpartum depression. Türkiye Klin Jinekoloji Obstet. 2010;20(3):141–148.
36. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. New Symposium Journal 2012 Cilt 50 Sayı3; 145-154.

37. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. Int J Epidemiol. 2002 Dec;31(6):1201–7.
38. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. Int J Epidemiol 2002 31(6):1201–1207.
39. Kirpinar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. J Clin Nurs. 2010 Feb;19(3–4):422–31.
40. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. CÜ Tıp Fakültesi Derg. 2004;26(2):55–59.
41. Ocaktan E, Çalışkan D, Bedriye Ö, Özdemir O, Kenan K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area Birsağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonun değerlendirilmesi. Ank Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecm 2006;59(4).
42. Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçıoğlu Mİ, Aydın Öztürk B, Balsak D, Bademkıran H, et al. Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. Perinat J. 2015 Apr 1;23(1):26–9.
43. Turkcapar AF, Kadıoğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth;15(1).
44. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(1):54–61.
45. Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. Mayo Clin Proc. 2014 Jun;89(6):835–44.
46. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum

depressive symptoms among women in a medical group practice. J Epidemiol Community Health (1978). 2006 Mar;60(3):221–7.

47. Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. Qual Health Res. 2002 Apr;12(4):453–72.
48. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression - A metaanalysis. Int Rev Psychiatry. 1996;8(1):37–54.
49. Lee DT, Yip AS, Chiu HF, Chung TK. Screening for postnatal depression using the double-test strategy. Psychosom Med. 2000;62(2):258–63.
50. Poçan AG, Aki OE, Parlakgümüs AH, Gereklioglu C, Dolgun AB. The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. Int J Psychiatry Med. 2013;46(2):179–94.
51. Erdem Ö, Çelepkolu T. Risk factors and causes of postpartum depression. Turkish J Fam Med Prim Care. 2014;8(3):93–9.
52. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. Haseki Tıp Bülteni. 2016;54(2):83-9.
53. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2005 Oct;193(4):1522–5.
54. da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalifé S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. Arch Womens Ment Health. 2006 Mar;9(2):95–102.
55. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. Am J Psychiatry. 1996 Sep;153(9):1132–7.
56. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):776–89.
57. Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2003 Aug;6 Suppl 2: S57-69.
58. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(2):264–73.

59. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 Nov;3(11): e442.
60. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. Depress Res Treat. 2016; 2016:4765310.
61. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. Psychol Med. 2003 Oct;33(7):1161–7.
62. Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. Nurs Res. 1995;44(5):298–304.
63. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. J Am Board Fam Med. 2007;20(3):280–8.
64. Osborne LM. Recognizing and managing postpartum psychosis: A clinical guide for obstetric providers. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Sep;45(3):455–68.
65. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health (Larchmt). 2006 May;15(4):352–68.
66. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun; 150:782–6.
67. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları 1996, Ankara:51-2.
68. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Nalan Sahin Hodoglugil N. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jun;39(6):483–6.
69. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry. 1993 Jul; 163:27–31.

70. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Front Neuroendocrinol. 2019 Jan; 52:165–80.
71. Özdemir S, Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
72. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2009; 10:14–20.
73. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, et al. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. J Affect Disord. 2011 Oct;133(3):553–9.
74. Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SGN, Leal M do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. J Affect Disord. 2016 Apr; 194:159–67.
75. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015 Apr 1; 175:34–52.
76. Lin PY, Chiu TH, Ho M, Pei-Chen Chang J, Hui-Chih Chang C, Su KP. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. J Formos Med Assoc. 2019 Nov;118(11):1551–9.
77. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. Depress Anxiety. 2017 Feb;34(2):178–87.
78. Lau Y, Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. Soc Sci Med. 2007 May;64(9):1802–11.
79. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese Sample: Psychosocial perspectives from a Cohort Study in Tokyo. PLoS One. 2015;10(12): e0142410.

80. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996 Jan 11;8(1):37–54.
81. Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E. Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. Health Care Women Int. 2018 Jul;39(7):821–41.
82. Bielinski-Blattmann D, Lemola S, Jaussi C, Stadlmayr W, Grob A. Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. Int J Public Health. 2009;54(5):333–9.
83. Gupta S, Kishore J, Mala YM, Ramji S, Aggarwal R. Postpartum depression in north Indian women: prevalence and risk factors. J Obstet Gynaecol India. 2013 Aug;63(4):223–9.
84. Ahmed GK, Elbeh K, Shams RM, Malek MAA, Ibrahim AK. Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study. J Affect Disord. 2021 Jul 1; 290:211–8.
85. Qi W, Zhao F, Liu Y, Li Q, Hu J. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Mar 2;21(1):174.
86. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. J Turk Soc Obstet Gynecol 2006;3(1):26-31.
87. Gaillard A, le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. Psychiatry Res. 2014 Feb 28;215(2):341–6.
88. Valdes V, Berens AE, Nelson CA. Socioeconomic and psychological correlates of postpartum depression at 6 months in Dhaka, Bangladesh. Int J Psychol. 2021 Oct;56(5):729–38.
89. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Aug 6;21(1):542.

90. Kolukırık Ü, Şimşek H, Ergör A. Factors related with depressive symptoms among postpartum mothers: A community-based, cross-sectional study. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018;33(1):1-8.
91. Park JH, Karmaus W, Zhang H. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms in Korean Women throughout pregnancy and in postpartum period. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2015 Sep;9(3):219–25.
92. Kettunen P, Hintikka J. Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. Nord J Psychiatry. 2017 Jul;71(5):355–61.
93. Akçalı Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kirkan TS, Daloglu GA. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. Int J Soc Psychiatry. 2014 Dec;60(8):809–17.
94. Ayhan Başer, D., The evaluation of the relationship between postpartum depression and breastfeeding. Ankara Medical Journal 2018.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ali KARA

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Fen Lisesi, Mithatpaşa İlköğretim Okulu

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Doktor, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

Şiran Toplum Sağlığı Merkezi/ Gümüşhane; Tabip

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Ankara; Tabip

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği/ Ankara; Uzmanlık Öğrencisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: -

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: -

Ödüller: -

Projeleri: -

Verdiği konferans ya da seminerler:-

Katıldığı paneller (panelist olarak):-

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. SPSS Kursu
2. Aile Planlaması ve Rahim İçi Araç (RIA) Uygulama Eğitimi
3. 16. Aile Hekimliği Güz Okulu

9. EKLER

9.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu

10.DOĞUM YAPMIŞ KADINLARDA GEBELİK SAYISININ POSTPARTUM DEPRESYON BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

Sayın Katılımcı,

Postpartum depresyon (PPD), doğumdan sonra ilk bir yıl içinde görülebilen kaygılı, takıntılı, endişeli, umutsuz, çaresiz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize olan bir duygu durum bozukluğudur. Gebelik ve doğum olağan durumlar olmakla birlikte, kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. PPD, yaygın ve ciddi bir ruh sağlığı sorunu olup, belirtiler öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilebilmektedir. Depresyon zaten işlev bozukluğuna neden olan bir hastalık iken, yeni bebeği olmuş anne için önemi daha da artmaktadır. Aşağıdaki veri toplama formunda gebelik sayısının PPD ile ilişkisini değerlendiren sorular yer almaktadır

Bu çalışma, uzmanlık öğrencisi Dr. Ali KARA'nın tez çalışmasıdır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Eğer çalışmayı kabul ediyorsanız, veri toplama formundaki sorular size uzmanlık öğrencisi Dr. Ali KARA tarafından sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt altına alınacaktır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 5-10 dakika sürecektir. Veri toplama sürecinde verdiğiniz bilgiler, bilimsel araştırma amaçlı kullanılacak olup, cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışma, hastalığınızın tanı ve tedavi sürecinde size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi değiştirmeyecektir. Çalışma ile ilgili tüm sorularınız hakkında 0 312 304 3144 no'lu telefon ile uzmanlık öğrencisi Dr. Ali KARA ile iletişim kurarak iletebilirsiniz.

İlgi ve bilime vermiş olduğunuz katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Tarih:

VERİ TOPLAMA FORMU

1. Doğum Tarihi:

2. Eğitim Durumu: □ Okuryazar değil □ Okuryazar □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Üniversite

3. Meslek: □ Ev hanımı □ Memur □ İşçi □ Diğer (lütfen belirtiniz.....)

Eğer herhangi bir kurum/kuruluşta çalışıyorsanız, haftada ortalama kaç saat çalıştığınızı belirtiniz.

□ < 20 saat □ 20-40 saat □ > 40 saat

4. Oturduğunuz yer: □ Köy-Kasaba □ İlçe Merkezi □ İl Merkezi

5. Size göre aile aylık gelir düzeyi: □ İyi □ Orta □ Kötü
6. Sağlık güvenceniz var mı? □ Yok □ SGK (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı) □ Özel sigorta □ Diğer (lütfen belirtiniz) .....
7. Aile tipiniz: □ Geniş aile □ Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk/çocuklar)
8. Kaç yıllık evlisiniz?..... ay/yıl
9. Eşiniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz? □ Evet □ Hayır □ Boşanmış
10. Eşinizin doğum tarihi: .....
11. Eşinizin eğitim durumu: □Okuryazar değil □ Okuryazar □İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite
12. Eşiniz çalışıyor mu? □Evet □Hayır
13. Sigara (tütün) kullanımı □Hayır □Evet □Kullanıyordum, gebe kaldığımı öğrenince bıraktım. □Geçmişte kullandım, ama gebelik öncesi kullanmıyordum
14. Alkol kullanımı □Hayır □Evet □Kullanıyordum, gebe kaldığımı öğrenince bıraktım □Geçmişte kullandım, ama gebelik öncesi kullanmıyordum.
15. Kaç gebeliğiniz oldu? ……
16. Kaç canlı doğum yaptınız? …….
17. Kaç düşük yaptınız? ……
18. Kaç çocuğunuz var? ……
19. İlk gebelik yaşınız? …….. (Birden fazla gebelik varsa lütfen gebelik yaşlarınızı belirtiniz) → İkinci gebelik yaşınız: ……. Üçüncü gebelik yaşınız: …….
20. Bebeğinizin doğum kilosu: …….. g Doğum haftası: ….. hafta Doğum tarihi: .. / .. / 20..
21. Gebeliğiniz planlı mıydı? □Evet □Hayır
22. Gebelik döneminde rutin kontrolleriniz düzenli olarak yapıldı mı? □Evet □Hayır Evet ise kim tarafından yapıldı? □Aile Hekimi □Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı □Diğer (lütfen belirtiniz): ……

23. Gebelik öncesinde herhangi bir kronik hastalık (Diabetes mellitus, Hipertansiyon, vb.) tanısı konuldu mu? □Hayır □Evet ise → Lütfen belirtiniz: .....
24. Gebelik döneminde herhangi bir kronik hastalık (Diabetes mellitus, Hipertansiyon, vb.) tanısı konuldu mu? □Hayır □Evet ise → Lütfen belirtiniz: .....
25. Ailede depresyon tanısı konulmuş herhangi bir aile bireyi (Anne, baba, kardeş) var mı? □ Hayır □ Evet → Lütfen aile bireyini belirtiniz: …….
26. Doğum şekliniz nedir? □ Sezaryen □ Normal doğum
27. Sizin ve bebeğiniz ile ilgili doğumda veya sonrasında gelişen herhangi bir sağlık sorunu var mı? □Hayır □Evet → Lütfen ne olduğunu yazınız. Sizin sağlık sorununuz: …… Bebeğinizin sağlık sorunu: ……
28. Eşiniz ile ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz? □İyi □ Normal □Orta □Kötü
29. Kendi ailenizle ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz? □İyi □ Normal □Orta □Kötü
30. Eşinizin ailesi ile ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz? □İyi □ Normal □Orta □Kötü
31. Eşinizin desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz? □İyi □ Normal □Orta □Kötü
32. Evliliğinizden memnuniyet durumunuz nedir? □Memnunum □Orta Memnun değilim
33. Bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili memnuniyet durumunuz nedir? □Memnunum □Orta □Memnun değilim
34. Sizce bebek bakımı nasıl? □Kolay □Normal □Zor
35. Kendinizi annelik için hazır hissediyor musunuz? □Yeterli □Orta □Yetersiz
36. Şu anda günlük yaşam aktivitenizi etkileyen bir stres durumu var mı? (aile ilişkileri, bir yakının ölümü, iş kaybı, vb) □Hayır □Evet → Lütfen belirtiniz: ……

2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Son bir hafta içindeki duygularınızı ve düşüncelerinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen, sadece bugünü değil son 7 gün içindeki ruh halinizi düşünerek cevap vermeye çalışınız.
Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların iyi taraflarını görebiliyorum.
(0) Her zaman olduğu kadar

(1) Artık pek o kadar değil

(2) Artık kesinlikle o kadar değil

(3) Artık hiç değil

2. Gerçekten birçok şey için sevinebiliyorum.
(0) Her zaman olduğu kadar

(1) Artık pek o kadar değil

(2) Artık kesinlikle o kadar değil

(3) Artık hiç değil

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
(3) Evet, çoğu zaman

(2) Evet, bazen

(1) Çok sık değil

(0) Hayır, hiçbir zaman

4. Gereksiz yere endişe dolu ve sıkıntılı hissediyorum.

(0) Hayır, hiçbir zaman

(1) Çok seyrek

(2) Evet, bazen

(3) Evet, çoğu zaman

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

(3) Evet, çoğu zaman

(2) Evet, bazen

(1) Çok sık değil

(0) Hayır, hiçbir zaman

6. Her şeyin giderek bana fazla gelmeye başladığını hissediyorum.

(3) Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum

(2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

(1) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum

(0) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

(3) Evet, çoğu zaman

(2) Evet, bazen

(1) Çok sık değil

(0) Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzgün ve kötü hissediyorum.

(3) Evet, çoğu zaman

(2) Evet, bazen

(1) Çok sık değil

(0) Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

(3) Evet, çoğu zaman

(2) Evet, oldukça sık

(1) Çok seyrek

(0) Hayır, asla

10.Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

(3) Evet, oldukça sık

(2) Bazen.

(1) Hemen hemen hiç

(0) Asla

9.2. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 21.04.2022
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 21.04.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/05
PROJE/ KARAR NO : 2022-109 (Değerlendirilme Tarihi: 21.04.2022)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER'in, Doç. Dr. Özhan ÖZDEMİR'in ve uzmanlık öğrencisi Dr. Ali KARA'nın yardımcı araştırmacı oldukları, 2022/109 kayıt numaralı, **"Gebelik Sayısının Postpartum (PPD) Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Adı Soyadı ve Görev Yeri	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Gülhane Anestezi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Gülhane Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Gülhane Üroloji. Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (Enstitü Tıbbi Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer Savunma Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Gülhane Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
6	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Gülhane Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
7	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Gülhane Genel Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
8	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI (Gülhane Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
9	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
10	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
11	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Gülhane Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Sekreter	
12	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
13	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
14	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Gülhane Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	
15	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL (Gülhane Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanlığı)	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

3. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Onayı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
08/11/2021 14:33 - E-50687469 - 799 - 370
00151692958

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Ali KARA)

Sayın: Dr. Ali KARA
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

"**Gebelik Sayısının Postpartum Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 04.11.2021 tarih ve 19 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 8f97a8b1-9cc0-40e2-86cd-2568faccfa81 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etlik/ANK
Telefon: Faks No:
e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@sağlik.gov.tr
Bilgi için: Meral AYDIN
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 312) 304 61 06