



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAKARYA İLİNDE DOĞUM SONRASI KADINLARDA
ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
ETMENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. MUHAMMED NURULLAH SEZER

TEMMUZ 2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAKARYA İLİNDE DOĞUM SONRASI KADINLARDA
ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
ETMENLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. MUHAMMED NURULLAH SEZER

DANIŞMAN

Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

TEMMUZ 2021

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.01.2020 tarihinde E.1219 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır. Bu uzmanlık tezinin kendime ait bir çalışma olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik ilkeler dışında davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları, kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/08/2021

Dr. Muhammed Nurullah SEZER

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım eğitim süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden yararlandığım, tez danışmanım, Anabilim Dalı Başkanımız kıymetli hocam Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e teşekkür ederim.

Tezimin hazırlığında, planlanmasında, yürütülmesinde, yardımlarını esirgemeyen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli, kıymetli hocam Prof. Dr. Esra Yazıcı'ya ve tezimin tüm aşamalarında yanımda olan, kontrollerini beraber yaptığımız Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif Köse'ye ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım, Halk Sağlığı Uzmanı Uzm. Dr. Meltem Pınar Karabel'e teşekkür ederim.

Tezimin prevalans çalışması olması dolayısıyla veri toplamanın zorluğunu, yardımları ile benim için kolaylaştıran kıymetli mesai arkadaşlarım Uzm. Dr. Özkan Dikmen, Dr. Raşit Karaaytaç, Dr. Fırat Karadeniz, Dr. Rıdvan Karagöz, Dr. Esra Koşucu, Dr. Onur Ünlü, Dr. Ömer Çopur, Dr. Esra Seyda, Dr. İsmet Bildik, Dr. Oğuz Sürmeli, Uzm. Dr. Gürkan Muratdağı, Uzm. Dr. Alper Arslan, Dr. Elif Akar, Dr. Asım Çalkay, Dr. Aykut Kurban, Dr. Metin Sezgin, Dr. Gonca Mandacı, Dr. Mebrure Şeyma Akçay, Dr. Tuba Sabah Kara, Dr. Eser Turan, Dr. Yasemin Sancak, Dr. Nuray Yağmur, Dr. Yasemin Kalkan, Dr. Tuba Yıldız, Dr. Gönül Kaya, Dr. Gönül Gürsoy, Dr. Nihat Taylan Timur, Uzm. Dr. Fatih Yağmur, Dr. Neval Karadağ, Dr. Ömer Bağlam, Dr. Kübra Özsirkecioğlu, Dr. Hacı Ahmet Gökçen, Dr. Emre Musaoğlu'na ve kardeşim Dr. Emrullah Sezer'e teşekkürü bir borç bilirim. Her ihtiyaç anında yardımlarını ve manevi desteklerini esirgemeyen Elif Pekin'e, Hemşirem Elif Çakmak'a ve bütün Aile Sağlığı Çalışanlarına bu süreçte bana katlanabildikleri için ayrıca teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sürecinde ve tez yazarken tüm sıkıntıları birlikte göğüslediğimiz, beni her zaman destekleyen, moral ve motivasyonumu daima yüksek tutan eşim Nuray Sezer'e, kızım Elif Beyza'ya, oğlum Mahmut Emir'e ve aile büyüklerime teşekkür ederim.

01.08.2021

Muhammed Nurullah Sezer

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
TABLolar	viii
ÖZET.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik Döneminde ve Doğum Sonrasında Ruh Sağlığı.....	4
2.2. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar	4
2.2.1. Postpartum depresyon.....	7
2.2.1.1. Dünyada ve Ülkemizde Postpartum Depresyon Sıklığı.....	8
2.2.1.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi	10
2.2.1.3. Postpartum Depresyonu Etkileyen Etmenler.....	10
2.2.1.3.1. Fiziksel ve Biyolojik Etmenler	10
2.2.1.3.2. Psikolojik Etmenler	11
2.2.1.3.3. Obstetrik ve Pediatrik Etmenler.....	11
2.2.1.3.4. Sosyo-Demografik ve Kültürel Etmenler	11
2.2.1.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri	12
2.2.1.5. Postpartum Depresyonun Taranması.....	12
2.2.1.6. Postpartum Depresyonun Sonuçları	15
2.2.2. Postpartum Anksiyete	16
2.2.2.1. Dünyada ve Ülkemizde Postpartum Anksiyete Sıklığı	17
2.2.2.2. Postpartum Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler.....	18
2.2.2.2.1.Demografik etmenler	18
2.2.2.2.2.Doğum deneyimleri ile ilişkili etmenler	18
2.2.2.2.3.Psikolojik etmenler	18
2.2.2.2.4.Sosyal Destekle ilişkili etmenler	19
2.2.2.3.Postpartum Anksiyete Belirtileri	19
2.2.2.4.Postpartum Anksiyetenin Taranması.....	19

2.2.2.5. Postpartum Anksiyetenin Sonuçları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	22
3.1.1.Araştırmanın Yeri	22
3.1.2.Araştırmanın Zamanı	23
3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	23
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	23
3.4.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	24
3.4.1.Bağımlı Değişkenler	24
3.4.2.Bağımsız Değişkenler	25
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN TERİMLER VE SINIFLAMALAR	27
3.5.1. Terimler	27
3.5.2. Sınıflamalar.....	27
3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ	27
3.6.1.Veri Toplama Araçları	27
3.6.2.Veri toplama yöntemi	28
3.6.3.Ön Deneme	29
3.7.ARAŞTIRMANIN SÜRECİ.....	29
3.8.ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER.....	29
3.9.ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	30
3.10.VERİLERİN ANALİZİ	30
3.11. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI ve GÜÇLÜ YANLARI.....	30
4.BULGULAR	32
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	32
4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık Özellikleri.....	32
4.1.2. Doğurganlık Özellikleri	36
4.1.3. Hamilelik Dönemi, Son Doğum ve Yenidoğan Bebekle İlgili Özellikler	36
4.1.4. Bebek bakımıyla ilgili özellikler.....	38
4.1.5. Gebelik ve doğum sonrası bazı aile içi ilişkiler, sosyal yaşam ve sosyal medya kullanımıyla ilgili özellikler.....	39
4.1.6. EDSDÖ ve PASS-TR ölçeklerinden alınan toplam puanların dağılımı ve alınan puanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklığı	41

4.2. Sakarya İlindeki lohusaları temsil eden bir örnekleme depresyon ve anksiyete SIKLIĞININ BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN incelenmesi	43
4.2.1. Postpartum Depresyon Belirtilerinin, Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelleklerine Göre Karşılaştırılması.....	43
4.2.2. PASS-TR'ye Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarına Göre Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması.....	53
5. TARTIŞMA	62
5.1. Postpartum Depresyon Sıklığı	63
5.1.1. Postpartum Depresyon ile İlişkili Etmenler	64
5.2. Postpartum Anksiyete Sıklığı.....	69
5.2.1. Postpartum Anksiyete ile İlişkili Etmenler	69
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	88

KISALTMA VE SİMGELER

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists

AHB: Aile Hekimliği Birimleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Cm: Santimetre

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders -IV)

DSM-DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı V (The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders -V)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

GA: Güven Aralığı

HAD: Hastane Anksiyeteve Depresyon Ölçeği

ICD-10: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (International Classification of Diseases)

HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression Disease

Kg: Kilogram

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

PASS-TR: PerinatalAnksiyete Tarama Ölçeği

PPD: Postpartum Depresyon

PSAS: Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği

PSE: Present State Examination

SADS: Schedule of Affective Disorders And Schizophrenia

SCID-IV: -Structured Clinical Interview for DSM-IV-R

SPI: Standard Psychiatric Interview

SPSS: Statistical Packagefor The Social Sciences

SS: Standart Sapma

STAI: Durumluluk-Süeklilik Kayđı Envanteri

TC: Türkiye Cumhuriyeti

WHO: World Health Organization

TABLULAR

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 2. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4. Katılımcılar, Katılımcıların Eşleri ve Ailelerinin Bazı Sağlık Durumu ve Alışkanlık Özellikleri

Tablo 5. Katılımcıların Bazı Doğurganlık Özellikleri

Tablo 6. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumlarına Ait Özellikleri

Tablo 7. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerine Ait Özellikleri

Tablo 8. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özellikleri

Tablo 9. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkileri, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özellikleri

Tablo 10. Katılımcıların EDSÖ ve PASS-TR'den Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 11. Katılımcıların EDSÖ Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Depresyon Belirtisi Taşıma Durumları

Tablo 12. Katılımcıların PASS-TR Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumları

Tablo 13. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtileri Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Katılımcıların ve Eşlerinin Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 17. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumuna Ait Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerinin Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 20. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkilerine, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre PPD Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 21. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtilerinin Karşılaştırılması

Tablo 22. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile PASS-TR'ye Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 23. Katılımcılar, Katılımcıların Eşleri ve Ailelerinin Bazı Sağlık Durumu ve Alışkanlık Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtileri Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 24. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 25. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumuna Ait Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 26. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerinin Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 27. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 28. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkilerine, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Postpartum depresyon ve anksiyete yaygın görülen, anne ve bebeği etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Araştırmada, Sakarya İlindeki lohusaları temsil eden bir örnekleme depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığının tespiti ve ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma, Ağustos 2020 – Nisan 2021 tarihleri arasında Sakarya ilinde aile hekimliği sistemine kayıtlı postpartum 2-6. haftalar arasındaki kadınlar üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Küme örnekleme yöntemiyle seçilen aile hekimliği birimlerindeki 282 kadına sosyo-demografik bilgiler, EDSDÖ ölçeği ve PASS-TR ölçeği içeren anket uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılanların EDSDÖ ölçeği toplam puanı 13 puan ve üzerinde olanların postpartum depresyon belirtisi olduğu kabul edilerek sıklık %13,8 ve PASS-TR ölçeği toplam puanı 17 puan ve üzerinde olanların postpartum anksiyete belirtisi olduğu kabul edilerek sıklık %53,9 bulunmuştur. Postpartum depresyon belirtisi görülmesiyle ilişkili durumlar; işsizlik, eşin eğitim düzeyinin düşük olması, eşin işsiz olması, kendinde/ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olması, sigara içme alışkanlığı, hamilelik sürecinde yaşanan sorunlar, acil sezaryen şeklinde doğum yapmak, doğumdan sonra egzersiz yapmamak ve kendine süre ayıramamak, sosyal medya ve interneti bebeklerinin bakımı hakkında bilgi edinmek için kullanmamaktır. Gebelikte sözel şiddete maruz kalmak, bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmemek, ailenin yönlendirici baskısını hissetmek, eş ve yakınlarından sosyal destek alamamak hem postpartum anksiyete hem de postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

SONUÇ: Bu Araştırma, ülkemizde doğum sonrası anksiyete yaygınlığını, bu alanda kullanılmak üzere hazırlanmış bir ölçekle, araştıran ilk araştırmalardan biri olması nedeniyle gelecek çalışmalara öncülük etmesi açısından önemlidir. Araştırmada ortaya konulan postpartum depresyon ve anksiyete ilişkili faktörlere yönelik hem

doğum öncesi hem de doğum sonrası destek ve eğitimi içeren psikososyal müdahaleler gibi bireye yönelik önlemlerin sağlanmasına, kadınların çalışma hayatına katılımının artırılması gibi topluma yönelik müdahalelere ihtiyaç vardır. Gelecekteki çalışmalarda önleme ve erken müdahale açısından postpartum depresyon ve anksiyeteyi etkileyen sosyo-demografik, biyolojik ve kültürel faktörlerin daha kapsamlı olarak araştırılması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete Bozukluğu, Postpartum Depresyon, Postpartum Kadınlar, Tarama, Yaygınlık



SUMMARY

FREQUENCY OF ANXIETY AND DEPRESSION AND RELATED FACTORS IN POSTPARTIC WOMEN IN SAKARYA

INTRODUCTION AND AIM: Postpartum depression and anxiety is an important public health problem that is common and affects mother and baby. In the study, it was aimed to determine the frequency of depression and anxiety symptoms and to evaluate the related factors in a sample representing puerperant women in Sakarya.

MATERIALS AND METHODS: The study is a cross-sectional study conducted on women between 2-6 weeks postpartum registered in the family medicine system of Sakarya Province between August 2020 and April 2021. A questionnaire including socio-demographic information, EPDS scale and PASS-TR scale was applied to 282 women in family medicine units selected by cluster sampling method. Chi-square test, Mann-Whitney U test and Spearman correlation analyzes were used in the evaluation of the data.

RESULTS: Those who participated in the study with a total EPDS scale score of 13 or more were considered to be postpartum depression symptoms, and the frequency was 13.8%, Those with a PASS-TR total score of 17 points or more were considered to be a symptom of postpartum anxiety, and the frequency was found to be 53.9%. Conditions associated with the appearance of postpartum depression symptoms; unemployment, low education level of the spouse, unemployed spouse, having a history of psychiatric disorder in himself/herself/family, smoking habit, problems experienced during pregnancy, giving birth in the form of emergency cesarean section, not exercising after birth and not being able to spare time for oneself, social media and internet care for their babies not to use it to learn about. Being exposed to verbal violence during pregnancy, feeling inadequate about baby care, feeling the guiding pressure of the family, and not getting social support from spouses and relatives were associated with both postpartum anxiety and postpartum depression.

CONCLUSION: This study is important in terms of pioneering future studies as it is one of the first studies to investigate the prevalence of postpartum anxiety in our

country with a scale prepared for use in this area. There is a need for individual-oriented measures such as psychosocial interventions including both prenatal and postnatal support and education for postpartum depression and anxiety-related factors revealed in the research, and interventions for the society such as increasing women's participation in working life. In future studies, socio-demographic, biological and cultural factors affecting postpartum depression and anxiety should be investigated more comprehensively in terms of prevention and early intervention.

Keywords: Anxiety Disorder, Postpartum Depression, Postpartum Women, Screening, Prevalence



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi bozukluklar, psikiyatrik bozuklukların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında Dünya genelinde depresyon sıklığının %4,4 ve anksiyete bozukluğu sıklığının %3,6 olduğunu bildirmektedir (Fairbrother et al. 2015, World Health Organization, WHO 2017).

Kadınlar, anksiyete bozukluğu ve depresyon açısından erkeklerden önemli ölçüde daha yüksek risk taşımaktadır. Kadınların yaşamları boyunca erkeklere göre 1,6 – 1,7 kat daha fazla depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu yaşama olasılığı vardır (Kessler et al. 2005, Fairbrother et al. 2015, Yang et al. 2021).

Hamilelik ve doğumdan sonraki ilk bir yıl, bir kadının hayatında en çok değişimin yaşandığı zamanlardan biridir. Ruhsal bozukluklar, gebelik ve doğum sonrası dönemin en sık görülen hastalıkları arasında yer almaktadır. (Howard et al. 2014, Meltzer-Brody et al. 2018).

Özellikle doğumdan sonraki ilk üç ayda duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikoz gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riski artmakta ve var olan psikiyatrik bozuklukların seyri de kötüleşebilmektedir (Meltzer-Brody et al, 2018).

Önceden depresyon öyküsü olmayan sağlıklı anneler arasında doğum sonrası depresyon insidansı %12,0 [%95 GA 0.04-0.20] iken doğum sonrası depresyonun genel prevalansı %17,0 [%95 GA 0.15-0.20]'dir (Shorey et al. 2018). Doğum sonrası anksiyete belirtilerinin yaygınlığı %15,0 (%95 GA 13.7-16.4) iken aynı dönem boyunca yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı %9,9 (%95 GA 6.1-13.8) ve %5,7 (%95 GA 2.3-9.2) olarak görülmektedir (Dennis et al. 2017).

Türkiye’de doğum sonrası depresyon sıklığının araştırıldığı bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, doğum sonrası depresyon sıklığı %23,8 olarak

bulunmuştur (Özcan et al. 2017). Türkiye'nin farklı bölgelerinde yaşayan kadınların gebelik ve doğum sonrası ruh sağlığı üzerine yapılan bir çalışmada doğum sonrası 4-6. haftalar arasındaki kadınlarda anksiyete sıklığı %24,6 olarak bulunmuştur (Yildiz et al. 2017).

Perinatal dönemde geçirilen psikiyatrik bozukluklar, anne, çocuk ve aile üzerinde oluşabilecek olumsuz etkileri nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. (Stein et al. 2014, Howard et al. 2014, Dennis et al. 2017).Hamilelik döneminden başlayarak anneleri ve çocukları ergenliğe kadar takip eden ileriye dönük çalışmalar, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde annenin var olan ruhsal hastalığının gelişmekte olan çocuk üzerinde uzun süreli olumsuz sonuçları olabileceğini göstermiştir (Brand and Brennan 2009).

Doğum sonrası annede gelişen duygu durum bozukluklarının, çocuğun gelişimi üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmada, psikiyatrik bozuklukların sıklığı incelenmiş ve doğum sonrası depresyonun öne çıktığı saptanmıştır. Bu araştırmalar geliştikçe, araştırmacıların doğum sonrası anksiyete de dahil olmak üzere diğer yaygın duygu durum bozukluklarına odaklanmaya başladığı görülmektedir. (Field2018).

Prenoveau ve ark. nın çalışmasında annedeki doğum sonrası depresyon ve anksiyete bozukluğunun, çocuğun zayıf duygusal gelişimi ve davranış sorunları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Prenoveau et al. 2017).Doğum sonrası kaygı ve depresyon, annenin özgüveninin azalmasıyla ilişkilidir ve çocuklarda zihinsel gelişimin gecikmesine yol açan uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Reck et al. 2012, Ali et al. 2013).

Anksiyete ve depresyon komorbid durumlar olarak mevcut olabilmekte, bu nedenle doğum sonrası kadınlarda anksiyete belirtileri depresyon olarak etiketlenebilmektedir. Ancak doğum sonrası kadınlarda depresyon yokluğunda da anksiyete mevcut olabilmektedir (Miller et al. 2006).

Araştırmalar göstermektedir ki antenatal depresyon ve anksiyeteye sahip olmak, daha önceden tanı konulan psikiyatrik bozuklukların var olması, evlilik ilişkilerinin kötü olması, stresli yaşama sahip olmak doğum sonrası depresyon ve anksiyete oluşmasında tetikleyici olabilmektedir (O'Hara and Wisner2014, Norhayati et al. 2015). Gelişmekte olan ülkelerde hamilelik sırasında yaşanan sorunlar, daha önce yaşanan bebek kaybı, planlı olmayan ya da istenmeyen hamilelik, ocuk hastalıkları ve gebeliğe karşı olumsuz tutumda olmak, doğum sonrası depresyon için önemli risk faktörleridir. Dşuk sosyo-ekonomik faktörler, aile içi şiddet ve en önemlisi sosyal destek eksikliği, özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası depresyonun önemli predispozan faktörleridir (Norhayati et al. 2015).

Dünyanın dört bir yanındaki kuruluşlar, doğum ve doğum sonrası annenin ruhsal bozukluklarının tarama, erken teşhis ve tedavisine duyulan ihtiyaı dile getirmektedir. Dünya Sağlık rgt (World HealthOrganization, WHO 2021) anne ve bebek için verilen bütün sağlık hizmetlerine maternal ruh sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesini önermektedir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG 2015) kadınların perinatal dönemde en az bir kez hem depresyon hem de anksiyete belirtileri açısından taranmasını önermektedir (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health> Erişim tarihi: 07 Temmuz 2021). Doğum sonrası depresyonun gelişmekte olan ocuk üzerindeki etkisini ve ocuk doktorlarının kritik rolünü kabul eden Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), ocuk doktorlarının anneleri bebeğin aylık ziyaretlerinde, doğum sonrası depresyon açısından taramasını önermektedir (Earls 2010). Perinatal psikiyatrik bozuklukların erken tespiti ve etkin yönetimi, kadınların ve çocuklarının refahı için kritik öneme sahiptir (O'Hara and Wisner2014).

Bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırmada Sakarya ilindeki doğum sonrası kadınları temsil eden bir örnekleme, depresyon ve anksiyete sıklığının tespiti ve bu sıklıkla ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK DÖNEMİNDE VE DOĞUM SONRASINDA RUH SAĞLIĞI

Tarih boyunca hamileliğin kadınları bir şekilde dış dünyanın baskılarından ve kendi iç sıkıntılı süreçlerinden yalıttığı ve koruduğu düşünülmüştür. Solchany (2003)'a atfen Martin (2012) bir kadının daha önceden teşhis edilmiş bir ruh sağlığı sorunu olsa bile, bu ruh sağlığı sorununun hamilelik sırasında 'remisyona' girdiğine inanıldığını belirtmiştir.

İlk kez anne olmak ya da yeni doğmuş bir bebeğin sevincini yeniden yaşamak, birçok kadında hoş bir beklenti ve büyük bir coşku uyandırmaktadır. Anne olmak önemli bir deneyim ve ödül olarak kabul edilmektedir. Gerçekten de çoğu kadın, hamileliğin sonları ve doğum sonrası erken dönemde istikrarlı ve artan bir şekilde olumlu ruh hali içinde olmaktadır (Lonstein 2007).

Birçok kadın için hamilelik ve annelik olumlu bir psikolojik süreç olsa da bazı kadınlar için bu yaşamı değiştiren olay, bir ruh sağlığı sorununa neden olabilmektedir (Martin 2012).

Ebeveyn olmak bir insanın hayatında önemli bir dönüm noktası olmakla birlikte genellikle stresli ve zor bir süreçtir. Perinatal dönemde ortaya çıkabilecek birçok önemli ruh sağlığı sorunu vardır. Bu ruh sağlığı sorunlarının sonuçları bazen kalıcı bazen de yaşamı tehdit edecek boyutlarda olabilmektedir (Martin 2012).

2.2. POSTPARTUM PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR

Doğum sonrası görülen psikiyatrik bozukluklar antik çağlardan beri bilinmektedir. Hipokrat, tıp literatüründe bilinen ilk vakayı MÖ 400'de tanımlamıştır. On sekizinci yüzyılın sonlarında, Alman ve Fransız kadın doğum uzmanları ve nörologlar bu bozukluklar hakkında daha fazla çalışmaya başlamıştır.1858'de Fransız psikiyatrist Louis Victor Marcé, hamile ve yeni doğum yapan kadınların psikolojik durumlarıyla

ilgili önemli bir dizi vaka çalışması yayınlamıştır. Marcé'in incelemelerinde bugün hekimlerin kontrol altına almaya çalıştığı bazı postpartum psikiyatrik semptomlar yer almaktadır. 20. yüzyıl boyunca, bu bozuklukların prevalansı, risk faktörleri, anne, fetüs ve bebek üzerindeki sonuçlarıyla ilgili klinik araştırmalar ve değerlendirmeler çarpıcı bir biçimde genişlemiştir (O'Hara and Wisner 2014, Osborne2018).

Hafif depresyon ve anksiyete belirtilerinden, mani ve şiddetli psikoza kadar değişen tanılar postpartum psikiyatrik bozukluklar içinde yer almaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan bozukluklardan bazıları doğumdan hemen sonra, bazıları ise daha sonra veya daha değişken olarak ortaya çıkmaktadır (O'Hara and Wisner 2014).

Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV (DSM-IV)) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (International Classification of Disease (ICD-10)) klinik tanımlama ve tanı kılavuzlarında farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Postpartum psikiyatrik bozukluklar, DSM-IV'te "Duygudurum Bozuklukları" içinde "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında incelenmektedir. Böylelikle diğer depresif bozukluklar ve kısa süreli psikotik bozukluklardan ayrı olarak değerlendirilmektedir. DSM-IV'te postpartum depresyon için başlangıcı "doğum sonrası 4 hafta" içinde olması olarak tanımlanırken, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V (DSM-DSM-V))'te tanıma "peripartum başlangıç" ifadesi ilave edilmiştir (Koroğlu 1995, Koroğlu 2013, Çuhadaroğlu ve ark. 1993). Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 Sınıflandırması'nda ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında başlangıcı "postpartum 6 hafta" içinde olarak belirtilen "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" bölümü yer almaktadır (Çuhadaroğlu ve ark. 1993). Kılavuzlarda bu şekilde tanımlanmasına rağmen doğum sonrası zaman çerçevesi tartışmalıdır. Çoğu araştırmacı doğumdan sonraki 4 hafta ile doğumdan sonraki 3 ay arasında değişen bir süreyi dikkate alırken, bazı araştırmacılar başlangıç döneminin doğumdan sonra 6 ay-1 yıl olarak alınması

gerektiğini vurgulamaktadır (Sharma and Mazmanian 2014, Stuart-Parrigon and Stuart2014, O'Hara and Wisner 2014).

Doğumdan sonraki aylarda, bir kadının hayatındaki diğer dönemlere kıyasla psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir.

Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar üç grupta incelenmektedir (Kulaksızoğlu ve ark. 2009, Stewart et al. 2003):

1. Doğum Sonrası Hüznü (postpartum blues)
2. Doğum Sonrası Depresyon (postpartum depresyon)
3. Doğum Sonrası Psikozu

Doğum Sonrası Hüznü (postpartum blues): Doğum sonrası yaşanan geçici ve kendi kendini sınırlayan keyifsizlik ve hafif depresif belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Depresif belirtiler arasında üzüntü, ağlama, bitkinlik, sinirlilik, kaygı, uyku azalması, konsantrasyon azalması ve kararsız ruh hali yer almaktadır. Bu semptomlar tipik olarak doğumdan sonraki iki ila üç gün içinde gelişmekte, sonraki birkaç gün içinde zirveye ulaşmakta ve genellikle başladıktan sonraki iki hafta içinde kendi kendine düzelmektedir. Doğum sonrası hüznü oldukça yaygındır ve doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde kadınların yaklaşık %50'sinde veya daha fazlasında meydana geldiği tahmin edilmektedir. (Howard et al. 2014, O'Hara and Wisner 2014, Balaram and Marwaha 2021). Bir kadının, doğumdan sonra annelik rolü ile ilgili olarak uyum güçlükleri yaşaması ve bununla birlikte biyolojik ve hormonal değişime maruz kalması, partnerle ilişkideki problem ve yetersiz sosyal destek sağlanması, doğum sonrası hüznüne neden olabilmektedir (Kulaksızoğlu ve ark. 2009). Doğum sonrası depresyon genellikle doğum sonrası hüznünden bağımsızdır. Ancak doğum sonrası hüznü yaşamak doğum sonrası depresyon için bir risk faktörüdür ve doğum sonrası majör depresyon, doğum sonrası hüznü yaşayan kadınlarda yaklaşık 4 ila 11 kat daha yaygındır (O'Hara et al. 1991, Balaram and Marwaha 2021).

Doğum sonrası hüznü yaygın bir şekilde görülmekle birlikte genellikle müdahale edilmesine gerek olmayan ve geçici durumlardır. Ancak doğum sonrası hüznü yaşayan kadınlarda, doğum sonrası depresyon ve anksiyete bozuklukları gelişmesi

riski olması nedeniyle bu bozuklukların erken teşhis ve tedavisinin sağlanabilmesi için doğum sonrası hüznü yaşayan kadınlar doğum sonrası ilk haftalarda dikkatle izlenmelidir (Reck et al. 2009, Pearlstein et al. 2009).

Doğum Sonrası Psikoza: Psikoza yatkınlık postpartum dönemde artmaktadır. Doğum sonrası psikoz, perinatal psikiyatrik bozuklukların hem en tehlikelisi hem de en az anlaşılansıdır. Hastalığın başlangıcı ani ve hızlıdır. Postpartum psikoz her 1000 kadından 1-2'sini etkilemekle birlikte genellikle doğumdan sonraki ilk bir iki hafta içinde ortaya çıkan gerçek bir psikiyatrik acil durumdur. DSM IV'e göre hastalığın doğumdan sonraki bir ay içinde başlamış olması 'postpartum başlangıç' diyebilmek için gereklidir. Birçok araştırma, doğumla birlikte meydana gelen psikososyal sorunlar ve hormonal değişikliklerin bir arada olmasının hastalığı tetiklediğini öne sürmektedir (Akdeniz ve Aldemir 2009, Osborne 2018).

Postpartum psikoz belirtileri arasında ajitasyon, duygu durum değişikliği, konfüzyon, dezorganizasyon, halüsinasyonlar ve uykusuzluk yer almaktadır. Hastalığın gelişiminde birçok biyolojik etken rol oynamaktadır. Postpartum psikoz tanısı alan kadınların kendilerine veya yenidoğan bebeklerine zarar verme riskleri vardır. Bu durum psikiyatrik yatışı gerektiren bir tablodur (Kulaksızoğlu ve ark. 2009).

2.2.1. Postpartum depresyon

Klinisyenler ve araştırmacılar doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkan psikotik olmayan depresyon için "postpartum depresyon" veya "PPD" terimini kullanmaktadır. Doğumdan hemen sonra meydana gelen PPD, bir kadının hayatındaki herhangi bir zamanda ortaya çıkan depresif bir dönemden klinik olarak farklı değildir. Semptomlar genel depresyondakiyle aynıdır ve tanı için aynı kriterler karşılanmalıdır. Ancak, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, PPD semptomlarının içeriği genellikle annelik veya bebek bakımı konularına odaklanmaktadır (Rosset al. 2005).

Postpartum depresyon, DSM V ve ICD-10 tanı kriterleri içinde duygu durum bozukluklarının bir parçası olarak yer almakta, ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmamaktadır. DSM-IV kriterlerine bakıldığında "doğumu takip eden ilk 4

hafta” olarak belirtilen “postpartum başlangıçlı” ifadesi yer almaktadır (Köroğlu 1994). Hamilelik ve doğumla ilişkili depresyon vakalarının yaklaşık yarısının gebelikte görülmesi nedeniyle DSM-V kriterlerinde “postpartum başlangıçlı” ifadesi yerine “peripartum başlangıçlı” ifadesi yer almıştır. Hamilelik ve doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde görülen majör depresyon atakları “peripartum başlangıçlı majör depresyon” olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu 2013). Benzer şekilde ICD-10 kriterlerinde “doğumu takip eden 6 hafta içinde başlayan depresyon atağı” olarak tanımlanmıştır. (Çuhadaroğlu ve ark. 1993). Dünya Sağlık Örgütü ise postpartum depresyon için doğumdan sonraki bir yıla kadar olan dönemi dikkate almaktadır (Stewart et al. 2003).

Birçok anne doğum sonrası bir sorun yaşadığını fark etmekte ancak sorunlarının doğum sonrası depresyon nedeniyle olduğunu düşünmemekte veya yaşadıklarını kabullenmeyerek bu bulguları herhangi bir sağlık profesyoneline bildirmemektedir. Bazı kadınlar hamilelik döneminden önce doğum sonrası depresyon hakkında çok fazla bilgiye sahip değillerdir. Bu durumun 'diğer insanların' başına geldiği düşünülmektedir ve duygularını ailelerinden saklama eğilimindedirler. Ruhsal bir bozukluğa sahip olmak ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimle ilgili “damgalanma” düşüncesi veya psikolojik müdahalelerin yardımcı olmayabileceğine olan inanç, bazı kadınlara postpartum depresyonla ilgili yardım almak konusunda tereddüt yaşatmaktadır. Psikiyatrik muayeneye gidebilmek, ulaşım sorunları, yenidoğan bebeğin bakım ihtiyacı ile birlikte sosyal destek eksikliği ve annenin ev ve iş yaşamındaki çoklu rolleri nedeniyle çoğu zaman mümkün olmamaktadır (Martin 2012).

2.2.1.1. Dünyada ve Ülkemizde Postpartum Depresyon Sıklığı

Doğum sonrası dönemde depresyon insidansının artması ciddi bir tartışma konusudur. Doğum sonrası dönemde yaşanan keyifsiz ruh hali doğum sonrası hüznü olarak tanımlanmaktadır ve doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınların yaklaşık yarısını etkilemektedir. Gebelik öncesi, gebelik sırası ve doğum sonrası dönemdeki ilk yılın sonuna kadarki dönemde depresyon görülme sıklığının kişilerin sağlık kayıtları kullanılarak yapılan longitudinal bir araştırmada, doğum sonrası depresyon

insidansında artış olduğu gösterilmektedir. Ancak araştırmanın kapsamında toplum tabanlı değil de sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar temel alınmaktadır (Munk-Olsen et al. 2006, Howard et al. 2014). Diğer taraftan hamilelik sırasında depresyonun yetersiz tanımlanması ve ölçülmesi, birçok kadının doğum sonrası başlangıçlı depresyon tanısı alarak yanlış sınıflandırılmasına neden olabilmektedir (Howard et al. 2014). Amerika’da yapılan bir çalışmanın sonuçları, doğum sonrası depresyonun %33,0’ının gebelikte ve %27,0’ının gebelik öncesinde başladığını öne sürmektedir (Wisner et al. 2013).

Postpartum depresyon sıklığı, çalışılan doğum sonrası dönemin süresine, örneklem büyüklüğüne, çalışma popülasyonuna ve tanı araçlarına göre farklılık göstermektedir (Özcan et al. 2017).

Doğum sonrası depresyonun prevalansının ve insidansının araştırıldığı 37.294 kadının araştırmaya dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında önceden depresyon öyküsü olmayan kadınlarda doğum sonrası depresyon insidansı %12,0 (%95 GA 0.04-0.20) iken depresyonun genel prevalansı %17,0 (%95 GA 0.15-0.20) olarak bulunmuştur. Bu meta-analiz araştırmasında Orta Doğu en yüksek prevalansa (%26, %95 GA 0.13-0.39) ve Avrupa en düşük prevalansa (%8, %95 GA 0.05-0.11) sahip olmak üzere farklı coğrafi bölgeler arasında prevalans açısından istatistiksel farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu meta-analiz çalışmasında, depresyon öyküsü olmayan anneler, depresyon öyküsü olan annelerle karşılaştırıldığında, doğum sonrası depresyon prevalansının benzer olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle geçmişte depresyon öyküsü olmayan kadınların da postpartum depresyon riski açısından dikkatle takip edilmesi önemlidir (Shorey 2018).

Ocak 1999 ile Ocak 2015 yılları arasında yayınlanan 52 araştırmanın değerlendirildiği bir meta-analizde Türkiye’de PPD prevalansı %23,8 olarak bulunmuştur. Postpartum depresyon prevalansı gelişmiş şehirlerde %21,2 ve gelişmekte olan şehirlerde %25,0 ile daha yaygın görüldüğü vurgulanmıştır (Özcan et al. 2017).

2.2.1.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi

Postpartum depresyona neyin neden olduğunu tam olarak bilinmese de, tek bir neden olmadığı kabul edilmektedir. Depresyonun biyopsikososyal modeli olarak bilinen ve çoğu araştırmacı tarafından kabul edilen kavram, fiziksel, hormonal, sosyal, psikolojik ve duygusal faktörlerin tümünün hastalığı tetiklemede rol oynayabileceğini göstermektedir (Rosset al. 2005).

2.2.1.3. Postpartum Depresyonu Etkileyen Etmenler

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi belirsizliğini korumaktadır, ancak çeşitli risk faktörleri tanımlanmaktadır. Bu çalışmada risk faktörleri, Klainin ve Arthur (2009) tarafından belirtildiği gibi fiziksel ve biyolojik, psikolojik, obstetrik ve pediatrik, sosyo-demografik ve kültürel etmenler olarak kategorize edilmektedir.

2.2.1.3.1. Fiziksel ve Biyolojik Etmenler

Araştırmalarda doğum sonrası depresyonla, fiziksel sağlıktaki bozukluğun, olumsuz beden algısının, düşük vücut ağırlığının (beden kütle indeksinin 20kg/m^2 den az olması), daha önce geçirilmiş hastalık öyküsünün, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olmasının ve premenstrüel semptom öyküsü olmasının ilişkili olduğu görülmüştür (Norhayatiet al. 2015, Hartmann 2017).

Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar, doğumdan sonra üreme hormonlarında meydana gelen çekilmenin stabil ruh halini bozan etkilerinden farklı şekilde etkilenmektedir. Hamilelik sırasında östradiol düzeylerinde 100 kat artışa maruz kalan beyin, doğum sonrası ilk birkaç günde bu hormonun aniden azalmasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu yoğun steroid yoksunluğunun nörobiyolojik etkileri, doğum sonrası depresyon gelişimine yatkınlık oluşturmaktadır (O'Hara and Wisner 2014).

Ayrıca genetik çalışmalar da doğum sonrası depresyonda spesifik kalıtsal faktörlere işaret etmiştir (Mahon et al. 2009).

2.2.1.3.2. Psikolojik Etmenler

Yapılan araştırmalarda doğum öncesi ve hamilelik sırasında yaşanan depresyon ve anksiyete, daha önceden tanı alan psikiyatrik bozukluklar, düşük benlik saygısı, doğum sonrası hüznü yaşamış olmak, evlilik ilişkilerinin kötü olması, stresli yaşam olayları, çocuk bakımı stresi, hamileliğe yönelik olumsuz tutum, premenstrüel disforik bozukluk, doğum sonrası işe erken başlama, cinsel, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmak doğum sonrası depresyon için önemli risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (O'Hara and Wisner 2014, Norhayatiet al. 2015).

2.2.1.3.3. Obstetrik ve Pediatrik Etmenler

Doğum sonrası depresyon için obstetrik ve pediatrik risk faktörleri kesin olmamakla birlikte, planlanmamış gebelik, doğum şekli, emzirmenin sağlanıp sağlanamaması, multiparite, bebeğin cinsiyeti, bebekte sağlık sorunu olması, erken doğum ve zor mizaçlı bebeğe sahip olmak, önceki bebek kaybı öyküsü, hamilelik sırasında sorun yaşamak doğum sonrası depresyon yaşama olasılığı ile ilişkili bulunmuştur (Norhayatiet al. 2015).

2.2.1.3.4. Sosyo-Demografik ve Kültürel Etmenler

Birçok çalışmada doğum sonrası depresyon ile demografik etmenler arasındaki ilişki konusunda tartışmalar mevcuttur. Birçok çalışmada daha genç anne yaşının doğum sonrası depresyon için bir risk faktörü olduğu bildirilirken, bu durumun tam tersi ya da ilişkisiz olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Ozdemir et al. 2005, Quelopana et al. 2011, Sword et al. 2011, Bottino et al. 2012, Norhayati et al. 2015).

Düşük sosyo-ekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir ve işsizlik, doğum sonrası depresyonla ilişkilidir (Norhayatiet al. 2015).

Doğum sonrası depresyon için risk etmenlerinin çok faktörlü olduğu düşünülse de, araştırmalar sürekli olarak sosyal desteğin önemli rolünü vurgulamaktadır. Göç durumu ve aile içi şiddet, işsiz veya eğitimsiz bir eşe sahip olmak, yaşam koşullarından memnuniyetsizlik ve çok eşli evlilik, doğum sonrası depresyon için ek risk faktörleri olarak belirtilmektedir (Norhayatiet al. 2015).

Türkiye’de yapılan 52 çalışmanın yer aldığı bir sistematik derlemede doğum sonrası depresyonun en önemli yordayıcıları, ekonomik durum ve eşin çalışma durumu olarak bulunmuştur (Özcan et al. 2017).

Doğum sonrası depresyon ile ilişkili durumlar farklı kültürlerde farklı etkilere neden olmaktadır. Tayvanlı kadınlar arasında doğum sonrası dönemde evden çıkmamak, depresyon yaşama olasılığını düşürürken, Singapurlu kadınlar için ise önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır (Chien et al. 2006, Norhayati et al. 2015).

2.2.1.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri

Postpartum depresyon başlangıcı genellikle doğumdan sonraki ilk birkaç gün ile birkaç hafta arasında değişmektedir (Rai 2015). Postpartum depresyonun belirtileri ve semptomları majör depresif bozukluk ile benzerdir. Belirtiler arasında depresif ruh hali, ilgi kaybı, uyku düzeninde değişiklikler, iştahta değişiklik, değersizlik duyguları, konsantre olamama ve intihar düşüncesi yer almaktadır. Bunlarla birlikte postpartum depresyonu olan kadınlarda kaygı da gözlemlenmektedir. PPD’li hastalarda sanrılar ve halüsinasyonları (bebeğe zarar verdiğini söyleyen sesler) içeren psikotik belirtiler de olabilmektedir (Mughalet et al. 2020).

2.2.1.5. Postpartum Depresyonun Taranması

Doğum sonrası dönemde kadınlarda güvenilir tarama ve tanımlama yöntemleri kullanılarak postpartum depresyonun belirlenmesi çok önemlidir.

Öz bildirim değerlendirme araçları, doğum sonrası depresyonu taramak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Depresif belirtileri, doğumdan sonra ayırt edebilmek ve semptomların şiddetini belirlemek önemlidir. Mevcut yaşam stresörlerini ve bunların nasıl yönetildiğini (örneğin başa çıkma becerileri ve sosyal destekler) saptamak, hastanın genel refahı ve işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisini anlamada yardımcı olabilmektedir. Hastalığa eşlik eden anksiyete belirtileri genellikle bu dönemde ortaya çıkar ve değerlendirmeye dahil edilmelidir (Guille et al. 2013).

Öz bildirim değerlendirme araçlarından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış postpartum depresyonu tarama amacıyla kullanılan ölçekler; Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI)'dir. Sadece bu ölçekler kullanılarak postpartum depresyon tanısı konulamaz. Bu ölçeklerle beraber, hastanın genel durumu, anamnezi ve diğer klinik değerlendirmeler tanıda yardımcı olmaktadır (Erdem ve Bucaktepe 2012, Bekmezci ve ark. 2016).

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ): DDTÖ, Beck ve Gable tarafından geliştirilen 35 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek yedi boyut içermekte ve her boyutta beşli likert biçiminde beş madde vardır. Buradaki her madde annenin doğum sonrası duygu durumunun nasıl olduğunu değerlendirmektedir. Ölçekten toplam 35 ve 175 arasında puan alınabilmektedir. Karaçam ve Kitiş tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Beck and Gable 2000, Karaçam ve Kitis 2008, Erdem ve Bucaktepe 2012).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Hisli tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. BDÖ'nin amacı depresyon tanısı koymak değil, objektif olarak depresyon belirtilerinin derecesini değerlendirmektir. 21 maddelik, öz bildirim ölçeği değerlendirilirken her madde 0-3 arasında puan almaktadır. Böylelikle ölçekten alınabilecek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir (Hisli 1989).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ): EDSDÖ, Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen 10 maddeden oluşan, Engindeniz ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde dörtlü likertten oluşmakta 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Ölçekten toplam 0 ile 30 arasında puan alınmaktadır (Cox et al. 1987, Engindeniz ve ark. 1996).

STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri: Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Süreklilik ve durumluluk olarak

her biri 20 soru içeren iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluluk alt ölçeği kişinin belirli koşullarda ve belirli bir zamanda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı alt ölçeği ise bir kişinin kendini nasıl hissettiğini içinde bulunduğu durum ve koşullara bağlı olmadan belirlemektedir. Türkçe'ye uyarlanması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Spielberger et al. 1970, Öner ve Le Compte 1998, Erdem ve Bucaktepe 2012).

Bu ölçekler dışında Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) de postpartum depresyon belirtilerinin erken farkedilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Zigmond ve ark. (1983) tarafından duygu durum bozukluğunu taramak amacıyla geliştirilen ölçeğin, Türkçe'ye uyarlaması geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından (1997) yapılmıştır (Stewart et al. 2003).

Doğum sonrası depresyon tanısı koymak için bir dizi standart görüşme formatı mevcuttur. Bu görüşmelerde kullanılan araçlar, sistematik ve güvenilir bir teşhis sağlamak için belirli kriterlere dayanmaktadır. Kullanımları, DSM, ICD gibi tanı sistemleri hakkında kapsamlı bilgiye sahip eğitilmiş klinisyenler veya araştırmacılarla sınırlıdır. Katılımcılar tarafından verilen yanıtların tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığının belirlenmesinde klinik karar esastır. Bu klinik ölçekler “Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi” (SADS-Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia), “DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme” (SCID-Structured Clinical Interview for DSM-IV-R), “Standardize Edilmiş Psikiyatrik Görüşme” (SPI-Standard Psychiatric Interview), Mevcut Durum Değerlendirmesi (PSE-Present State Examination), “Hamilton Depresyon Ölçeği” (HRSD-Hamilton Rating Scale for Depression), “Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği” (MADRS-Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)'dir. (Stewart et al. 2003).

Türkiye'de, doğum sonrası lohusa izlemleri “T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne uygun olarak yapılmaktadır. Rehberde göre doğum sonrası lohusaların takibi için altı izlem gerçekleştirilmektedir. İlk üç lohusa izlemi, doğumdan sonraki ilk 24 saatte hastanede gerçekleştirilirken, son üç izlem 2-42.

günler arasında evde ya da sağlık tesisinde aile hekimliği tarafından gerçekleştirilmektedir. Doğumdan sonraki 6-24. Saatler arasında hastanede yapılan 3. izlem ve doğumdan sonraki 30-42. günler arasında evde veya sağlık tesisinde yapılan 6. izlemde “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” uygulanmakta ve gereken vakaların sevki yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014).

2.2.1.6. Postpartum Depresyonun Sonuçları

PPD'nin başta annelerin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi olmak üzere, annelerin bebek, eş ve akrabaları ile etkileşimleri üzerinde önemli etkileri vardır. Depresif kadınlar, giderek daha da üzüldükleri ve yeterliliklerine ilişkin algılarının giderek azaldığı bir kısır döngüye girmiştir. Bu unsurların birikimi, annelerin kişisel gelişimine veya çocuğun optimal gelişimine uygun olmayan bir ortam yaratmaktadır. Mevcut literatür, bebeklerin ve çocukların sağlığının annelerinin sağlığı ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, annenin PPD'nun ev ortamının kalitesinin düşmesi ve anne duyarlılığının ve bebeğe ilginin azalması dahil olmak üzere, çocuğun gelişimi üzerinde birçok doğrudan ve dolaylı olumsuz etkisi vardır. Bu nedenle, zararlı sonuçlardan kaçınmak için doğum sonrası dönemde depresyonu mümkün olduğunca erken tespit etmek ve tedavi etmek önemli görünmektedir (Slomian at al. 2019)

Tanı ve tedavi almayan postpartum depresyon ile çocuk gelişiminin kötüye gitmesi arasında bir ilişki vardır. PPD ile ilişkili bebek ve çocuk sonuçları, daha yüksek oranda bebek ağlaması, kolik ağrıları, uyku sorunları ve mizaç zorluklarını içermektedir. Bebek ağlaması ve uyku sorunları yeni başlangıçlı PPD riskini artırabilir ancak aynı zamanda PPD'li kadınlar tarafından daha sık bildiriliyor olma ihtimali de vardır. Postpartum depresyonu olan kadınların emzirmeye başlama veya emzirmeyi sürdürme olasılığı daha düşük olabilmektedir (Orhon et al. 2007, Dennis and McQueen 2007, Pearlstein et al. 2009).

Tedavi edilmeyen kalıcı anne depresyonu, çocukta şiddet içeren davranış ve dışa yönelim bozuklukları (örn. davranış bozuklukları) ve ergenlik dönemindeki

psikiyatrik ve tıbbi bozukluklarla ilişkilidir. PPD'nin anne, bebek ve diğer aile üyeleri üzerindeki ciddi olumsuz etkileri, PPD'nin tanınmasını, önlenmesini ve tedavisini halk sağlığı açısından önemli bir alan haline getirmiştir. Son kanıtlar hamilelik sırasında ve doğumdan sonra depresyonun önlenmesi ve tedavisine yönelik çabaların kritik olduğunu göstermektedir (Pearlstein et al. 2009).

Bir kadının hayatındaki diğer zaman noktalarında meydana gelen depresyonla karşılaştırıldığında, doğum sonrası depresyon yaşayan kadınların komorbid obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete için yüksek risk altında olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır. İntihar düşüncesi ve kendine zarar verme ya da bebeğe zarar verme düşüncelerinin de doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Pope and Mazmanian 2016).

Doğum sonrası depresyon dışında, perinatal psikotik olmayan ruhsal bozukluklara yönelik müdahalelerin epidemiyolojisi veya etkinliği hakkında çok az araştırma bulunmaktadır. (Howard et al. 2014). Bunlardan biri de postpartum anksiyetedir.

2.2.2. Postpartum Anksiyete

Kadın sağlığı ile ilgili yapılan araştırmalar doğum sonrası ruhsal bozukluklarla ilgili özellikle postpartum depresyon üzerine yoğunlaşmış olup postpartum anksiyete yaşayan kadınlar büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak, postpartum anksiyete doğumdan sonraki ilk 12 ayda ortaya çıkmaktadır (Toler et al. 2018).

Bazı durumlarda anksiyete ve depresyon komorbid durumlar olarak mevcut olmakta, bu nedenle doğum sonrası kadınlarda anksiyete semptomları depresyon olarak etiketlenmektedir. Ancak depresyon yokluğunda da anksiyete mevcut olabilmektedir. Doğum sonrası ilk yıl, birçok kadının ortalama ebeveyn stresinden daha fazla kaygı semptomları yaşadığı kritik bir zamandır (Toler et al. 2018).

DSM-5'te doğum sonrası kaygı için ayrı bir tanıya yer verilmemektedir. Bu nedenle doğum sonrası kadınların sağlığı ile ilgilenen sağlık profesyonelleri, postpartum

anksiyete belirtilerini taramak için yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerini kullanmaktadır. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği (2015), bir kadının doğum sonrası anksiyete yaşayıp yaşamadığının belirlenmesi için annelere uyumakta güçlük çekip çekmediklerinin veya rahatsız edici düşüncelere sahip olup olmadıklarının sorulmasını önermektedir (Toler et al. 2018).

2.2.2.1. Dünyada ve Ülkemizde Postpartum Anksiyete Sıklığı

Doğum öncesi ve doğum sonrası annedeki anksiyete durumunun araştırıldığı 34 ülkeden 221.974 kadının katıldığı bir meta analiz çalışmasında, anksiyetenin uluslararası düzeyde hamile ve doğum sonrası kadınlar arasında yaygın bir ruh sağlığı sorunu olduğu bulunmuştur. Doğum sonrası, 1-24 haftada genel olarak anksiyete semptomlarının yaygınlığı %15,0 (%95 GA 13.7-16.4) olarak tespit edilmiştir. Aynı dönemde herhangi bir yaygın anksiyete bozukluğunun prevalansı %9,9 (%95 GA 6.1–13.8) ve %5,7 (%95 GA 2.3–9.2)'dir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınlarda doğum sonrası anksiyete oranları daha yüksektir (Dennis et al. 2017).

Türkiye'nin farklı bölgelerinde yaşayan kadınların gebelik ve doğum sonrası ruh sağlığı üzerine yapılan longitudinal bir çalışmada anksiyete sıklığı gebelikte %29,6 (%95 GA 26,2–33,3), doğum sonrası 4-6. haftalar arasında %24,6 (%95 GA21.4–28.1) olarak bulunmuş ve anksiyete sıklığının doğum sonrası 6. ayda 16,2'ye (%95 GA13.5-19.1) düştüğü tespit edilmiştir (Yildiz et al. 2017).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hamile ve doğum sonrası kadınlardaki depresyonun rutin olarak taranması ve tedavi edilmesi teşvik edilmektedir. Bununla birlikte, anksiyete bozukluklarının insidansı duygu durum bozukluklarından daha yüksektir. Genel popülasyonda ve perinatal dönemde anksiyete depresyona göre daha yaygın olarak görülmekte ancak yeterince tanınmamakta ve yeterince tedavi edilememektedir (Jordan and Minikel 2019).

2.2.2.2. Postpartum Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler

Doğum sonrası anksiyete için risk faktörleri genel olarak daha önceden geçirilmiş anksiyete veya depresyon öyküsü olması, sosyal desteğin yetersiz olması, artan yaşam stresi, artan çocuk bakım ihtiyaçları, kendine güvensizlik ve partner şiddeti öyküsü olmasıdır (Toler et al. 2018). Doğum sonrası anksiyete için risk etmenleri; demografik etmenler, doğum deneyimleri, psikolojik etmenler, sosyal destek olmak üzere dört gruba ayrılabilir (Field 2018).

2.2.2.2.1. Demografik etmenler

Genç yaşta anne olmak, doğum sonrası çalışıyor olmak ve eğitim seviyesinin yüksek olması doğum sonrası anksiyete belirtilerinin görülmesi açısından daha riskli olduğu bulunmuştur (Bener et al. 2012). Parite açısından bakılacak olursa net bir durum yoktur. Primipar veya multipar olmak farklı araştırmalarda doğum sonrası anksiyete açısından riskli bulunmuştur (Paul et al. 2013, Dennis et al. 2016).

2.2.2.2.2. Doğum deneyimleri ile ilişkili etmenler

Doğum şeklinin sezaryen olmasının ve erken doğum yapmanın annenin doğum sonrası anksiyete ve depresyon belirtileri göstermesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Farr et al. 2014, Clout and Brown 2015).

Ayrıca yapılan bir araştırmada doğum sonrası anksiyete ile doğum korkusu, doğum sırasında (anne ve fetüs) ölüm korkusu, doğum sırasında kontrol eksikliği hissi ve kendine ve sağlık personeline daha az güven arasında ilişki bulunmuştur (ShlomiPolachek et al. 2014).

2.2.2.2.3. Psikolojik etmenler

Doğum sonrası anksiyete ile prenatal depresyon ve/veya prenatal anksiyetenin var olmasının ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bunlarla birlikte annenin doğum sonrası sorunlarla başa çıkmakta zorlanması, kendini suçlu hissetmesi, gerçeği inkâr etmesi gibi psikolojik problemlerinin olması doğum sonrası anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması açısından risk oluşturmaktadır (Field 2018).

2.2.2.2.4.Sosyal Destekle ilişkili etmenler

Katar’da yapılan 1.659 kadının katıldığı bir araştırmada doğum sonrası anksiyete belirtilerinin görülmesi ile aile desteğinin olmaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bener et al. 2012). Benzer şekilde bir kadının sosyal destek eksikliği ve aile içi geçimsizlik yaşaması ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Sawyer et al. 2010).

2.2.2.3.Postpartum Anksiyete Belirtileri

Doğum sonrası dönemde kadınlar yaygın olarak biraz endişeli olmakta ve annenin artan kaygı düzeyinin bebeği zarardan korumaya hizmet ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle anksiyete belirtileri genellikle göz ardı edilmektedir. Bununla birlikte, postpartum anksiyete yaşayan kadınlar sıklıkla uykusuzluk, huzursuzluk, kalp çarpıntısı, sinirlilik ve panik atak gibi fizyolojik semptomlardan muzdariptir. Bu semptomlara genellikle karmaşık düşünceler, endişe, korku hissi, kararsızlık ve fobiler eşlik etmektedir. Bebeğinin ihtiyaçlarına karşı aşırı hassasiyet göstermek ya da ihmal etmek, belirgin tetikleyiciler olsun veya olmasın ortaya çıkan günlük yaşam aktivitelerini ve kişisel ilişkileri etkileyen kaygılı duygular, alkol veya diğer maddelerin kullanımı postpartum anksiyete belirtileri arasındadır (Toler et al. 2018).

2.2.2.4.Postpartum Anksiyetenin Taranması

Postpartum anksiyetenin ölçülebilmesi için postpartum depresyon için kullanılan EDSDÖ ölçeği gibi ölçekler sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak literatürde bu ölçeğin anksiyeteyi tam olarak değerlendirip değerlendirmedeği, sonucun depresyonun özelliği mi yoksa anksiyete belirtisi mi olduğunu tam olarak ayırt edemediğini öne süren araştırmalar mevcuttur (Fallon et al.2016).

Benzer şekilde toplumda anksiyete belirtileri sıklığının değerlendirilmesi için kullanılan Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) gibi ölçekler doğum sonrası anksiyetiyi doğru değerlendirmeyebilir. Doğum sonrası doğal olarak ortaya çıkabilecek bazı belirtiler yanlış olarak anksiyete belirtisi olarak değerlendirilebilir (Fallon et al.2016).

Doğum sonrası kadınlarda anksiyeteyi değerlendirmek için Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS-TR)), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS)) kullanılmaktadır.

Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PASS-TR): Somerville ve arkadaşları tarafından perinatal döneme özel anksiyete belirtilerinin taranması için geliştirilmiştir. Yazıcı ve arkadaşları tarafından (2018) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 31 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekteki maddeler 0,1,2,3 olarak puanlanmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Türkçe anketin kesim noktası 16 puan olarak belirlenmiştir (Yazıcı et al. 2018, Somerville et al. 2014).

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS): Fallon ve arkadaşları tarafından doğum sonrası döneme özgü anksiyete belirtilerini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, 51 maddeden oluşmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar 4'lü likert şeklinde derecelendirilmiştir. Duran tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Fallon et al.2016, Duran 2020).

2.2.2.5. Postpartum Anksiyetenin Sonuçları

Postpartum anksiyeteye sahip anne bebeklerinde gelişme geriliği, özellikle ilk bebeklerde düşük emzirme oranları, gecikmiş bilişsel ve sosyal gelişim, anneyle bağlanma sorunları, ileri zamanlarda artan anksiyete ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesi riski görülmektedir. Doğumu takip eden ilk yılda annede anksiyete olmasının iki yaşına gelen çocukta davranış sorunlarıyla ve çocuğun duygusal gelişiminin kötü olmasıyla ilişkili olabileceği öngörülmektedir (Prenoveau et al 2017, Toler et al. 2018).

Yapılan araştırmalarda anksiyeteye sahip annelerin bebekleriyle bağ kurmakta zorlandıkları, anksiyete yaşamayan annelere göre bebeklerine daha az sevgi ve sıcaklık gösterdikleri, bebekleriyle olan ilişkilerinde daha fazla sinirli tutum sergiledikleri bulunmuştur (Seymour et al. 2014). Ayrıca doğum sonrası anksiyetenin, annelerin emzirme davranışları üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur (Fallon et al. 2016).

Ayrıca hamilelik sırasında sigarayı bırakan kadınlarda doğumdan sonraki ilk 24 haftadaki depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının bir bileşiminin doğum sonrası sigara içmeye başlamayla ilişkili olduğu bulunmuştur (Park et al. 2009).

Annedeki anksiyetenin, anne ve bebek arasında erken dönemdeki ilişkiyi olumsuz etkilediği göz önüne alındığında, doktorların perinatal dönemdeki depresif belirtiler için olduğu kadar anksiyete belirtileri için de dikkatli olması gerekmektedir (O'Hara and Wisner 2014). Doğum sonrası anksiyete yaşayan annelerin sıklığının fazla olması ve anne-çocuk ilişkisi ve çocuk gelişimdeki önemli etkileri nedeniyle doğum sonrası kadınların rutin taranması ve riskli olduğu saptanan kadınlara hızlı bir şekilde müdahale edilmesi önemli bir ihtiyaçtır (Toler et al. 2018)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

3.1.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma Sakarya İlinde gerçekleştirilmiştir. 2020 yılı Sakarya ili nüfusu 1.042.649'dur. İl nüfusunun %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Sakarya ili yıllık nüfus artış hızı yüzde 1,25'tir. Sakarya'da; 16 ilçe mevcuttur. Bu ilçeler; Adapazarı, Akyazı, Arifiye, Erenler, Ferizli, Geyve, Hendek, Karapürçek, Karasu, Kaynarca, Kocaaali, Pamukova, Sapanca, Serdivan, Söğütü, Taraklı'dır. Bu ilçelerden Serdivan ve Adapazarı ilçeleri il merkezinde bulunmaktadır (T.C. Sakarya Valiliği İl Brifingi Ocak 2021 //www.sakarya.gov.tr/ilcelerimizErişim tarihi: 10.07.2021).

Araştırmanın yapıldığı ilçelere göre Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Aile Hekimliği Birimleri (AHB) aşağıda belirtilmiştir:

Adapazarı ilçesinden: Çökekler, F.S. Hızırtepe, Güneşler, Karaman, Karaman 2 Nolu, Maltepe, Yağcılar, Halit Evin ASM olmak üzere 8 ASM ve 14 AHB.

Akyazı ilçesinden: Akyazı 1 Nolu, Akyazı 2 Nolu, Akyazı 3 Nolu, Çatalköprü, Kuzuluk ASM olmak üzere 5 ASM ve 11 AHB.

Arifiye ilçesinden: Arifiye, Arifbey ASM olmak üzere 2 ASM ve 5 AHB.

Erenler ilçesinden: Bağlar, Hacıoğlu, Küpçüler ve Erenler ASM olmak üzere 4 ASM ve 12 AHB.

Ferizli ilçesinden: Ferizli 1 Nolu ve Gökent ASM olmak üzere 2 ASM ve 4 AHB.

Geyve ilçesinden: Geyve, Ali Fuat Paşa ASM olmak üzere 2 ASM ve 4 AHB.

Hendek ilçesinden: Hendek 1 Nolu, Hendek 2 Nolu, Uludere, Merkez Yeşiller, Yeşilyurt ASM olmak üzere 5 ASM ve 14 AHB.

Karapürçek ilçesinden: Hocaköy ASM olmak üzere 1 ASM ve 1 AHB.

Karasu ilçesinden: Karasu, Aziziye ve Limandere ASM olmak üzere 3 ASM 8 AHB.

Kaynarca ilçesinden: Yıldız ASM olmak üzere 1 ASM ve 2 AHB.

Kocaaali ilçesinden: Yeni Mahalle ASM olmak üzere 1 ASM ve 2 AHB.

Pamukova ilçesinden: Elperék ASM, Pamukova ASM olmak üzere 2 ASM ve 5 AHB.

Sapanca ilçesinden: Kırkpınar, Yüzevler ASM olmak üzere 2 ASM ve 6 AHB.

Serdivan ilçesinden: Serdivan, Arabacıalanı, Bahçelievler, Kazımpaşa, Yazlık, Akova ASM olmak üzere 6 ASM ve 16 AHB.

Söğütü ilçesinden: Söğütü ASM olmak üzere 1 ASM ve 2 AHB.

Taraklı ilçesinden: Dr. Mehmet Özaslan ASM olmak üzere 1 ASM ve 1 AHB olarak belirlenerek toplamda **46 ASM ve 107 AHB** araştırmaya katılmıştır.

3.1.2.Araştırmanın Zamanı

Araştırmaya Eylül 2019 tarihinde literatür taranmasıyla başlanmıştır. Literatür taramasının ardından 27 Ocak 2020’de Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayı ve Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınan araştırma izni ile veri toplamaya başlanmıştır. Araştırma verileri Ağustos 2020 – Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma Eylül 2019 –Haziran 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Tanımlayıcı ve analitik bileşenleri vardır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya ilinde Ağustos 2020 ve Nisan 2021 arasında canlı doğum yapan tüm lohusa kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi için sınırlı zaman ve işgücü nedeniyle evreni temsil edecek bir örneklem seçilmiştir. Küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlçelerde bulunan her bir Aile Hekimliği Birimindeki (AHB) kayıtlı tüm gebelerin, bir kümeyi temsil etmesi amaçlanmıştır. Kümelerin seçimi rastgele yöntemle yapılmıştır. Seçilen AHB’de takip edilen tüm gebelerin örnekleme dâhil edilmesi planlanmıştır.

Sakarya ili genelinde, üç ila altı ay aralıklarla belirlenen Aile Hekimliği Birimlerine (AHB) kayıtlı lohusa sayıları Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü’nün 03/01/2020 tarihli ve 10792537-231.01.07-9 sayılı yazısı ile resmi olarak alınmıştır (**EK 6**). Bu lohusaların ilçelere göre dağılımları da resmi olarak öğrenilmiştir. İlçelerdeki lohusa sayıları ile orantılı olacak şekilde lohusalar çalışmaya dahil edilmiştir. En yoğun lohusa

sayısının yer aldığı, Adapazarı, Hendek, Serdivan, Akyazı, Arifiye, Geyve ve Erenler ilçeleri önceliklendirilerek örneklem sayısına ulaşılması planlanmıştır. Edinilen bilgilerden araştırmanın yapılacağı zaman dilimine en yakın tahmini evren olarak Kasım 2019'daki lohusa sayısı olan 357 kişi alınmıştır. Örneklem büyüklüğü Openepi İstatistik Paket Programı kullanılarak postpartum beklenen depresyon ve anksiyete sıklığı %15, hata payı %5 alınarak, %95 Güven Aralığında, desen etkisi 2,0 (küme örnekleme olduğu için) kabul edilerek n=254 olarak hesaplanmıştır. Bu sayıya yaklaşık %10 cevapsızlık veya gönüllü olmama oranı da eklenerek 282 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Ulaşılması gereken minimum örnek büyüklüğü %10 cevapsızlık oranıyla birlikte tabakalar halinde ilçe isimleri ve lohusa sayıları sırasıyla Akyazı 32, Geyve 7, Hendek 30, Karasu 20, Kaynarca 6, Sapanca 9, Kocaeli 7, Pamukova 16, Taraklı 1, Ferizli 12, Karapürçek 5, Söğütlü 2, Adapazarı 65, Arifiye 14, Erenler 25, Serdivan 31 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; araştırmaya katılmayı kabul etmek, aydınlatılmış sözlü onam vermiş olmak, 18 yaşından büyük olmak, doğumdan sonra 2-6 haftalar arasında olmaktır.

Bir anne 18 yaşın altında olduğu için, 6 anne ise doğum sonrası ilk 2 hafta içerisinde olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılan 20 anne ise araştırma sorularının tamamına yanıt vermediği için çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırmada ulaşılması gereken minimum örnek büyüklüğünün tamamına %100 (282 kişi) ulaşılmıştır.

3.4.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1.Bağımlı Değişkenler

Postpartum Depresyon Olma Durumu

Postpartum Anksiyete Olma Durumu

3.4.2.Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik özellikler ve genel sağlık durumu özellikleri

1. Yaş
2. Yaşanılan Sakarya ilçesi
3. Medeni hal
4. Çalışma durumu
5. Gelir durumu
6. Evde yaşayan kişi sayısı
7. Öğrenim düzeyi
8. Eşin yaşı
9. Eşin çalışma durumu
10. Eşin öğrenim düzeyi
11. Bildirilen boy uzunluğu
12. Bildirilen vücut ağırlığı
13. Eşin sağlık durumu
14. Psikiyatrik tanı alma durumu
15. Psikiyatrik tedavi veya terapi alma durumu
16. Ailede ruhsal bozukluk durumu
17. Gebelik öncesi sigara kullanma durumu
18. Eşin ruhsal bozukluk durumu
19. Ruhsal durumla ilgili sağlık tesisine başvuru durumu

Üreme sağlığı özellikleri

1. Gebelik sayısı
2. Çocuk sayısı
3. Ölü doğum ya da düşük yapmış olma durumu
4. Ölen çocuğa sahip olma durumu
5. Kürtaj yapmış olma durumu

Yapılan son doğum ve yenidoğana ait özellikler

1. Son gebelikte alınan toplam kilo miktarı
2. Gebeliği isteme durumu
3. Gebelikte ortaya çıkan hastalık durumu
4. Doğum yapılan yer

5. Doğum şekli
6. En son gebelikteki sağlık durumu

Bebekle ilgili özellikler

1. Bebeği ilk emzirme zamanı
2. Bebeğin beslenme durumu
3. Bebeğe ilk dokunma zamanı
4. En son gebelikte bebekle ilgili sağlık durumu
5. Bebek cinsiyeti
6. Bebeğin doğumdaki vücut ağırlığı
7. Bebeğin doğumdaki boy uzunluğu

Bebek bakımıyla ilgili özellikler

1. Bebek aşıları hakkındaki düşünce
2. Bebek bakımıyla ilgili yeterli hissetme durumu
3. Bebek bakımında yardım alınan kişi
4. Bebek bakımı konusunda bilgi alınan kaynaklar
5. Bebek bakımı konusunda aile büyüklerinden baskı durumu

Gebelikte ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkiler, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili bazı Özellikler

1. Doğum sonrası eşin duygusal destek durumu
2. Gebelikte maruz kalınan fiziksel şiddet durumu
3. Gebelikte maruz kalınan sözel şiddet durumu
4. Doğumdan sonra maruz kalınan fiziksel şiddet durumu
5. Doğumdan sonra maruz kalınan sözel şiddet durumu
6. Doğumdan sonra zorlanılan şeyler
7. Dertleşme durumu
8. Doğum sonrası kendine ayrılan süre
9. Doğum sonrası egzersiz yapma süresi
10. Akıllı telefon kullanma durumu
11. Sosyal medya kullanma durumu
12. Sosyal medya kullanılan süre
13. Sosyal medyada paylaşım yapma sıklığı

14. Sosyal medyayı veya interneti bebekle ilgili bilgi edinmek için kullanma durumu

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN TERİMLER VE SINIFLAMALAR

3.5.1. Terimler

Postpartum Depresyon: Doğumdan sonraki dönemde görülen tüm depresif bozukluklar için kullanılan genel bir kavramdır (Marakoğlu ve ark. 2009).

Postpartum Anksiyete: Doğum sonrası başlayan yüksek düzeyde yaşanan kaygı durumudur (Pawluski et al. 2017).

3.5.2. Sınıflamalar

Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumu: Edinburgh Doğum sonrası Depresyon Ölçeği'nden toplam 13 puan ve üzerinde almış olmak

Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumu: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği'nden toplam 17 puan ve üzerinde almış olmak

Obez olma: Vücut kitle indeksi 30 ve üzerinde olmak

Obez olmama: Vücut kitle indeksi 30'un altında olmak

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, literatürden faydalanılarak hazırlanmış sosyo-demografik özellikleri ve risk etmenlerini değerlendiren bilgi formu, Edinburgh Doğum sonrası Depresyon Ölçeği ve “Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS))” olmak üzere 3 kısım ve toplam 97 sorudan oluşan bir anket formuyla toplanmıştır. Aydınlatılmış gönüllü olur formunu da içeren veri toplama formu **Ek 3** ve **Ek 4**'te sunulmuştur.

Anketin ilk kısmında sosyo-demografik özelliklerle birlikte, gebelik ve doğurganlıkla ilgili, anne, bebek ve eşin sağlık durumuyla ilgili, bebek bakımıyla ilgili, aile içi ilişkiler ile ilgili ve sosyal medya kullanımıyla ilgili risk faktörlerinin sorgulanması için hazırlanmış 56 soru vardır.

Anketin ikinci kısmında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. EDSDÖ, Cox ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ergindeniz ve arkadaşları tarafından yapılan uyarlama çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,79 olarak bulunmuştur (Erdem ve Bucaktepe 2012). 2004 yılında EDSDÖ Türkçe uyarlamanın geçerliliğini ve güvenilirliğini bulmak ve postpartum depresyon için en uygun kesme değerini belirlemek için yapılan çalışmada en iyi kesim puanı 12,5 olarak bulunmuştur ve duyarlılık 75,5; spesifite 71,5 olarak hesaplanmıştır. EDSDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde bir öz bildirim anketidir. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta, ölçekten en yüksek 30, en düşük 0 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması depresyon belirtilerinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçekten 13 puan ve üzerinde alan kadınlar, postpartum depresyon açısından riskli olarak kabul edilmektedir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde 1.,2.,4. maddeler 0,1,2,3 sıralamasıyla puanlanmakta, diğer maddeler ise tam tersine 3,2,1,0 şeklinde puanlanmaktadır (Aydın et al. 2004, Erdem ve Bucaktepe 2012).

Anketin üçüncü kısmında kullanılan “Perinata lAnksiyete Tarama Ölçeği (Perinatal Anxiety Screening Scale PASS)” Somerville ve arkadaşları tarafından perinatal dönemde anksiyete belirtilerinin taranması amacıyla geliştirilmiştir (Somerville et al. 2014). 31 maddeden oluşan ölçeğin genel anksiyete ve özgül korku, mükemmeliyetçilik ve kontrol, sosyal kaygı ve uyum bozukluğu, akut anksiyete ve travma olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında alt boyutlar için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.90, 0.89, 0.86 ve 0.87'dir. Ölçekteki maddeler 0,1,2,3 olarak puanlanmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Bu çalışmanın Cronbach Alfa katsayısı 0.95'tir. Türkçe anketin kesim noktası 16 puan olarak belirlenmiştir (Yazıcı et al. 2018).

3.6.2. Veri toplama yöntemi

Anketler yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak anket ile ilgili eğitim verilen AHB'lerde görev alan aile hekimleri ve tez sahibi Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencisi tarafından uygulanmıştır. Katılımcılara araştırmaya başlamadan önce aydınlatılmış

onam formu okunarak, katılımcıların sözlü olarak onamları alınmıştır. Araştırmaya Sakarya ilinde yaşayan 18 – 49 yaş aralığında doğumdan sonraki 2 – 6. haftalar arasında olan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar katılmıştır. Anketler uygulandıktan sonra depresyon veya anksiyete belirtileri nedeniyle riskli olduğu öngörülen lohusa kadınlar psikiyatri kliniğine yönlendirilmiştir. Konu hakkında ASM hemşiresi ve aile hekimlerine bilgi verilmiştir.

3.6.3.Ön Deneme

Veri toplama formunun ön testi Sakarya ili Hendek ilçesi 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde 4 lohusa anneye yapılmış ve anket formu son haline getirilmiştir.

3.7.ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Araştırma süreci Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Eyl.19	Ekim.19	Kas.19	Ock.20	Mar.20	Nis.20	Tem.20	Agu.20	Ksm.20	Ock.21	Mart.21	Nis.21	Haz.21	Tem.21
Konunun seçilmesi	✓													
Planlama ve İzinler			✓	✓				✓			✓			
Literatür Tarama	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ön Deneme							✓							
Veri Toplama								✓	✓	✓	✓	✓		
Veri Analizi												✓	✓	✓
TezYazımı ve Sunumu											✓	✓	✓	✓

3.8.ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulunun 27.01.2020 tarih ve 71522473/050.01.04/18 sayılı izni ile alınarak “Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler” başlığı ile çalışmaya başlanmıştır (**EK 1**).

Araştırmanın yapılması için Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 03/08/2020 tarihli ve 68512142-020-E.580 sayılı Valilik Makam onayı alınmış **EK 5**'te sunulmuştur.

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan E-71522473-050.01.04-21777-234 sayılı yazı ile gönüllü sayısının 163'ten 282'ye çıkarılmasının ek izni alınmıştır (**EK 2**).

3.9.ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmada kullanılan anket çıktıları gibi kırtasiye giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.10.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadaki istatistiksel analizler için araştırmada EpiInfo ve SPSS v20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY, USA) paket programları kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ve Shapiro-Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uyan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, sayı ve yüzdeler; normal dağılıma uymayan değişkenler için ortanca, en büyük değer, en küçük değer, 1. Ve 3. çeyreklikler kullanılarak verilmiştir. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenler arasındaki ilişki ki-kare, eğimdeki-kare, Fisher's ki-kare, t testi ve Mann Whitney U ile değerlendirilmiştir.

İstatistiksel önemlilik düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırma sonucunda elde ettiğimiz veriler yaklaşık bir milyon nüfuslu bir ili temsil etmektedir.

Araştırma verileri doğumdan sonraki 2-6 hafta içindeki kadınlardan toplanmıştır. Böylelikle, doğum sonrası hüznünün; doğum sonrası depresyon ve anksiyeteye olası

karıştırıcı etkisini engellemek amacıyla doğumdan sonraki ilk 2 hafta içinde tespit edilen kadınlar araştırma dışında bırakılmıştır.

Pandemi koşullarından dolayı veri toplama süreci geniş bir zaman dilimine yayılmıştır. Bu durum zaman dilimi açısından daha geniş bir kesit alınmasına yol açmıştır.

COVID-19 pandemisi doğum sonrası anksiyete ve depresyona yol açan farklı kaygıların da eklenmesine yol açmış olabilir. Benzer şekilde, araştırma planlandığı sırada pandeminin olmaması, pandemi ile ilgili karıştırıcı faktörlerin gözden kaçmasına neden olmuş olabilir.

Kesitsel araştırmaların neden sonuç ilişkisi kurmada metodolojik anlamda kısıtlılıkları mevcuttur.

4.BULGULAR

Araştırmaya Sakarya ilini temsil eden 6rnekleme dahil olan t6m lohusalar (doğumdan sonraki 2-6. haftalar içinde olan anneler) (282 kişi) katılmıştır. Beş anne ikiz bebeğe sahip olup bebeklere ilişkin 6zellikler 287 bebek 6zerinden değerlendirilmiştir.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Genel Sağlık 6zellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $29,70 \pm 5,38$ SS (standart sapma) iken en k66k ve en b6y6k yaştaki kadınlar sırasıyla 18 ve 43 yaşlarındadır. Kadınların yaş dağılımını ortanca değeri 30, birinci çeyreklik 25,75 ve 66nc6 çeyreklik 34 olarak hesaplandı (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların %37,9'unun (107 kişi) 6niversite ve 6zeri bir okulu bitirdiği, ancak %64,9'unun (183 kişi) herhangi bir işte çalışmadığı 6ęrenildi. Araştırmaya katılan kadınların %47,2'si (133 kişi) aylık haneye giren toplam gelirlerinin 4000 TL ve altında olduğunu belirtti. Katılımcıların %65,2'si (184 kişi) evlerinde toplam 6 veya d6rt kişi olarak yaşamakta olduğunu bildirdi (Tablo 2).

Kadınların %34'6 il merkezi olarak kabul edilen Adapazarı ve Serdivan ilçelerinde yaşamaktaydı. Araştırmaya katılan kadınların tamamı evli olduğunu belirtti (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
<20 yaş	6	2,1
20-24	45	16,0
25-29	89	31,6
30-34	82	29,1
35-39	50	17,7
≥40 yaş	10	3,5
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	1,8
Okur-yazar	5	1,8
İlkokul	38	13,5
Ortaokul	38	13,5
Lise	89	31,6
Üniversite ve Üzeri	107	37,9
Çalışma Durumu		
Ev kadın/çalışmıyor	183	64,9
Düzenli bir işte çalışıyor	91	32,3
Düzenli olmayan bir işte çalışıyor	8	2,8
Aylık haneye giren toplam gelir		
<2000	24	8,5
2001-4000	109	38,7
4001-6000	68	24,1
6001-8000	32	11,3
8001-10000	25	8,9
>10000	24	8,5
Yaşadıkları İlçe		
Merkez İlçeler	96	34,0
Diğer İlçeler	186	66,0
Hanede yaşayan kişi sayısı		
2	3	1,1
3-4	184	65,2
≥5	95	33,7
Toplam	282	100,0

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması $33,51 \pm 5,85$ iken, eşlerde en küçük yaş 19 ve en büyük yaş 50'dir. Eşlerin%35,9'unun (101 kişi) üniversite ve

üzeri bir eğitime sahip olduğu %91,1'inin (257 kişi) düzenli bir işte çalıştığı öğrenildi (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşin Yaşı		
<20 yaş	1	0,4
20-24	13	4,6
25-29	57	20,2
30-34	96	34,0
35-39	72	25,5
≥40 yaş	43	15,2
Eşin Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	1	0,4
Okur-yazar	4	1,4
İlkokul	34	12,1
Ortaokul	35	12,4
Lise	107	37,9
Üniversite ve Üzeri	101	35,9
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	5	1,8
Düzenli bir işte çalışıyor	257	91,1
Düzenli olmayan bir işte çalışıyor	20	7,1
Toplam	282	100,0

Katılımcıların 12'si psikiyatrik bir hastalığı olduğunu ve bu kişilerden 9'u doğum öncesi dönemde bu tanıyı aldığını bildirdi. Bu bozukluklar anksiyete bozukluğu, depresyon ve panik bozukluk olarak belirtildi. Katılımcılardan %6,4'ü (18 kişi) ruhsal durumuyla ilgili sağlık kurumuna başvurduğunu, %4,6'ü (13 kişi) gebelik öncesi dönemde bu başvuruyu gerçekleştirdiği belirtti. Psikiyatrik tedavi ve/veya terapi alan 13 kadının 3'ü bu tedavi ve/veya terapileri doğum sonrasındaki 6 haftalık dönem içinde aldığını bildirdi.

Katılımcıların eşlerinin %7,4'ü (21 kişi) fiziksel ya da kronik bir hastalığı olduğunu ve bu hastalıkların hipertansiyon, diyabet, kas ve iskelet sistemi hastalıkları başta olmak üzere, kalp hastalığı, hepatit B, tüberküloz gibi hastalıklar olduğu öğrenildi. Katılımcılar, eşlerinin psikiyatrik bozukluk olarak depresyon, panik bozukluk, psikoz, alkol ve madde bağımlılığı gibi psikiyatrik bozuklukları olduğunu bildirdi.

Araştırmaya katılan kadınların %12,1'i (34 kişi) hamilelik dönemi boyunca sigara kullandığını bildirdi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcılar, Katılımcıların Eşleri ve Ailelerinin Bazı Sağlık Durumu ve Alışkanlık Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Katılımcılar		
Psikiyatrik Bozukluk belirtisi taşıma durumu		
Yok	270	95,7
Var	12	4,3
Ruhsal durumla ilgili sağlık tesisine başvuru durumu		
Yok	264	93,6
Var	18	6,4
Psikiyatrik tedavi veya terapi alma durumu		
Yok	269	95,4
Var	13	4,6
Gebelik öncesi sigara kullanma durumu		
Yok	199	70,6
Var	83	29,4
Gebelik boyunca sigara kullanma durumu		
Yok	248	87,9
Var	34	12,1
Doğumdan sonra sigara kullanma durumu		
Yok	242	85,8
Var	40	14,2
BKİ		
Zayıf	4	1,4
Normal	109	38,7
Fazla Kilolu	110	39,0
Obez	58	20,6
Katılımcıların Eşleri		
Fiziksel ya da kronik hastalık durumu		
Yok	261	92,6
Var	21	7,4
Psikiyatrik bozukluk belirtisi taşıma durumu		
Yok	275	97,5
Var	7	2,5
Katılımcıların Aileleri		
Psikiyatrik bozukluk belirtisi taşıma durumu		
Yok	261	92,6
Var	21	7,4
Toplam	282	100,0

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Araştırmaya katılan kadınların kendi bildirdikleri boy uzunluklarına göre ortalama boy uzunluğu 163,2cm ± 6,1cm SS ve en kısa boy uzunluğu 148cm, en uzun boy uzunluğu 180,0 cm'dir. Kadınların kendi bildirdiği vücut ağırlıkları ortalaması 70,8kg ± 12,75kg olmak üzere en yüksek vücut ağırlığı 125,0 kg ve en düşük vücut ağırlığı 45,0'tir.

4.1.2. Doğurganlık Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınlardan %34,8'i (98 kişi) bir, %39,0'u (110 kişi) iki, %26,2'si (74 kişi) üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğunu belirtti. En fazla çocuğa sahip kadın 6 çocuğa sahip olduğunu beyan etti (Tablo5).

Tablo 5. Katılımcıların Bazı Doğurganlık Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)		
Yok	207	73,4
Var	75	26,6
Çocuk sayısı		
1	98	34,8
2	110	39,0
3 ve üzeri	74	26,2
Toplam	282	100,0

4.1.3. Hamilelik Dönemi, Son Doğum ve Yenidoğan Bebekle İlgili Özellikler

Katılımcılardan %65,2'si (184 kişi) en son gebeliğini planlı gebelik olarak tanımladı ve %88,7'si (250 kişi) en son gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını, %16,0'sı (45 kişi) gebelikte ortaya çıkan bir hastalığa sahip olduğunu bildirdi. Bu hastalıklar diyabet, hipertansiyon, tiroit hastalıkları, kalp hastalıkları ve alerjik rahatsızlıklar olarak bildirildi. Kadınların neredeyse yarısı (136 kişi) bir kamu hastanesinde doğum yaptığını bildirirken, yine doğumların yaklaşık yarısının (135 kişi) planlı sezaryen doğum olarak gerçekleştiği öğrenildi. Kadınların kendi bildirdikleri son gebeliklerindeki vücut ağırlığı artışı ortanca değeri 12 kg ve 1. Ve 3. Çeyreklikleri sırasıyla 9 ve 15'tir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumlarına Ait Özellikleri

Özellikle n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebeliği planlama ve isteme durumu		
Planlı gebelik	184	65,2
Plansız gebelik	91	32,3
Plansız ve istenmeyen	7	2,5
En son gebelikte yaşanan sağlık sorunu		
Yok	250	88,7
Var	32	11,3
Gebelikte ortaya çıkan hastalık durumu		
Yok	237	84,0
Var	45	16,0
Doğum yeri		
Ev	1	0,4
Kamu Hastanesi	136	48,2
Özel Hastane	145	51,4
Doğum şekli		
Normal doğum	94	33,3
Acil Sezaryen doğum	53	18,8
Planlı sezaryen doğum	135	47,9
Toplam	282	100,0

Katılımcıların yaklaşık yarısı (167 kişi) bebeklerinin kız cinsiyette olduğunu, %6,3'ü (18 kişi) en son gebelikte bebekle ilgili sağlık sorunu olduğunu, %66,2'si (190 kişi) doğumdan hemen sonra bebeklerine dokunduğunu, %34,8'i (100 kişi) doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirdiğini bildirdi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerine Ait Özellikleri

Özellikler n=287*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	137	47,7
Erkek	150	52,3
Düşük doğum ağırlığı		
2500kg ve altı	26	9,1
2500 kg üstü	261	90,9
En son gebelikte bebekle ilgili sağlık sorunu		
Yok	269	93,7
Var	18	6,3
Doğumdan sonra bebeğe ilk dokunma zamanı		
Doğumdan sonra Hemen	190	66,2
İlk 1 saat içinde	63	22,0
1-3 saat arasında	13	4,5
3 saatten daha geç	21	7,3
Bebeğin ilk anne sütü alma zamanı		
Doğumdan sonra hemen	100	34,8
İlk 1 saat içinde	106	36,9
1-3 saat arasında	43	15,0
3 saatten daha geç	38	13,2
Bebek beslenme biçimi		
Emzirme	199	69,3
Formül mama	5	1,7
Emzirme ve Formül mama	83	28,9
Toplam	287	100,0

*: Beş annenin ikiz bebeği olması nedeniyle bebek sayısı 287, anne sayısı 282'dir.

4.1.4. Bebek bakımıyla ilgili özellikler

Araştırmaya katılan annelerin %95,4'ü(269 kişi) çocuğuna aşılarını yaptıracığını, %91,5'i (258 kişi) bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissettiğini, %14,9'u (42 kişi) bebek bakımı konusunda hiç kimseden yardım almadığını, %36,5'i (103 kişi) bebek bakımı konusunda sağlık çalışanlarından bilgi aldığını bildirdi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk aşıları konusunda tutum		
Aşıların tamamını yaptıracak olma durumu	269	95,4
Aşıların bir kısmını yaptıracak olma durumu	10	3,5
Aşıya karşı olup, yaptırmayacak olma durumu	3	1,1
Bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetme durumu		
Evet	258	91,5
Hayır	24	8,5
Bebek bakımında en çok yardım alınan kişi		
Hiç kimse	42	14,9
Eş	156	55,3
Kendi anne/baba	54	19,1
Eşin anne/babası	30	10,6
Bebek bakımı konusunda en çok bilgi alınan kaynaklar		
Aile büyükleri	95	33,7
İnternet ve sosyal medya	55	19,5
Kitaplar	22	7,8
Sağlık çalışanları	103	36,5
Arkadaşlar	7	2,5
Bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetme durumu		
Evet	72	25,5
Hayır	210	74,5
Toplam	282	100,0

4.1.5. Gebelik ve doğum sonrası bazı aile içi ilişkiler, sosyal yaşam ve sosyal medya kullanımıyla ilgili özellikler

Araştırmaya katılan kadınların %46,5'i (131 kişi) doğum sonrası eşinden aldığı duygusal desteği çok iyi olarak belirtti. Ankete katılan kadınlardan hiçbiri doğumdan sonra fiziksel şiddet görmediğini bildirdi ancak 9 kadın gebelikte sözel şiddete maruz kaldığını ifade etti. Kadınların %41,5'i (117 kişi) doğumdan sonra kendine vakit ayıramadığını belirtirken kadınların %84'ü (237 kişi) doğumdan sonra egzersiz yapamadığını bildirdi (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların%85,8'i (242 kişi) sosyal medya kullandığını iletirken, kadınların %46,8'i (132 kişi) sosyal medya ve interneti bebeği hakkında bilgi edinmek amacıyla kullandığını bildirdi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkileri, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum sonrası eşin duygusal destek durumu		
Çok iyi	131	46,5
İyi	115	40,8
Ne iyi ne kötü	29	10,3
Kötü	5	1,8
Çok kötü	2	0,7
Gebelikte maruz kalınan fiziksel şiddet görme durumu		
Evet	1	0,4
Hayır	281	99,6
Gebelikte maruz kalınan sözel şiddet görme durumu		
Evet	9	3,2
Hayır	273	96,8
Doğumdan sonra maruz kalınan sözel şiddet görme durumu		
Evet	1	0,4
Hayır	281	99,6
Doğumdan sonra en çok zorlayan durum ve işler		
Uykusuzluk	161	57,1
Yorgunluk	64	22,7
Bebek bakımı	16	5,7
Ev işleri/yemek yapma	41	15,5
Günlük yaşantıdaki sorunların rahatça konuşulabileceği kişi sayısı		
Yok	18	6,4
1-2 kişi	173	61,3
3-4 kişi	65	23,0
5 ve daha fazla kişi	26	9,2
Doğumdan sonra kişinin kendine ayırdığı günlük süre		
Hiç yok	117	41,5
2 saatten az	122	43,3
2-4 saat arası	38	13,5
4 saatten fazla	5	1,8
Doğumdan sonra egzersiz yapma süresi		
Hiç yok	237	84,0
Her gün	9	3,2
Haftada 3-4 kez	11	3,9
Haftada 1-2 kez	25	8,9

Tablo 9. (Devamı) Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkiler, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özellikleri

Özellikler n=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akıllı telefon kullanma durumu		
Evet	274	97,2
Hayır	8	2,8
Sosyal medya kullanma durumu		
Evet	242	85,8
Hayır	40	14,2
Sosyal medya kullanırken geçirilen süre*		
1 saatten az	127	49,8
1-2 saat	83	32,5
2-3 saat	36	14,1
3-6 saat	8	3,1
6 saatten fazla	1	0,4
Doğum sonrası Sosyal medya kullanırken paylaşım yapma durumu**		
Her gün	10	4,0
Haftada birkaç kez	71	28,6
Ayda birkaç kez	68	27,4
Ayda birden az	99	39,9
Sosyal medya veya interneti bebek hakkında bilgi edinmek için kullanma durumu		
Sıklıkla kullanıyorum	108	38,3
Bazen kullanıyorum	132	46,8
Kullanmıyorum	42	14,9
Toplam	282	100,0

*: 27 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=255

** : 34 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=248

4.1.6. EDSÖ ve PASS-TR ölçeklerinden alınan toplam puanların dağılımı ve alınan puanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin sıklığı

Katılımcıların EDSÖ ve PASS-TR ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde güçlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,005$) (korelasyon katsayısı=0,677).

Araştırmaya katılanlardan EDSÖ ölçeğinden toplam 13 puan ve üzerinde puan olarak postpartum depresyon belirtisi olan 39 kişiden %92,3'ünün (36 kişi) aynı zamanda PASS-TR ölçeğinden de toplam 17 puan ve üzerinde olarak postpartum anksiyete belirtileri gösterdiği bulundu.

Araştırmaya katılan kadınların EDSDÖ ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortanca değeri 7 olarak bulundu. Katılımcıların aldığı en yüksek puan 23, en düşük 0 puan olarak hesaplandı (Tablo 10).

Katılımcıların PASS-TR ölçeğinden aldıkları toplam puanın ortanca değeri 17,5 ve en yüksek puan 86, en düşük puan 0 olarak hesaplandı (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların EDSDÖ ve PASS-TR'den Aldıkları Puanların Dağılımı

	EDSDÖ	PASS-TR
Ortalama ± SS	7,15 ± 5,12	20,44 ± 15,64
Ortanca (min.-maks.)	7 (0-23)	17,5 (0-86)
1. çeyreklik	3	10
3. çeyreklik	10	27

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

PASS-TR: PerinatalAnksiyete Tarama Ölçeği

Min: Minimum Değer

Maks: Maksimum Değer

EDSDÖ toplam ölçek puanı 13 ve üzeri depresyon belirtisi yönünde değerlendirilerek hesaplandığında, depresyon sıklığı 13,8 olarak bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların EDSDÖ Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Depresyon Belirtisi Taşıma Durumları

N=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu		
13 puan altı	243	86,2
13 puan ve üstü	39	13,8

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

PASS-TR toplam ölçek puanı 17 ve üzerinde olanların postpartum anksiyete belirtisi taşıdığı kabul edilerek, araştırmaya katılanların postpartum anksiyete sıklığı %53,9 bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların PASS-TR Ölçeğine Göre Doğum Sonrası Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumları

N=282	Sayı (n)	Yüzde (%)
PASS-TR'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu		
16 puan ve altı	130	46,1
17 puan ve üstü	152	53,9

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

4.2. SAKARYA İLİNDEKİ LOHUSALARI TEMSİL EDEN BİR ÖRNEKLEMDE DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞININ BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

4.2.1. Postpartum Depresyon Belirtilerinin, Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşları ve postpartum depresyon belirtileri gösterme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$). Postpartum depresyon ve yaş grupları arasında da anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 13). PPD belirtisi tarama testi pozitif olan gruptaki yaş ortanca değeri 30 (21-41) ve PPD tarama testi negatif olan gruptaki yaş ortanca değeri 29 (18-43) olarak bulundu. Ayrıca yaş gruplarına göre EDSDÖ ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Katılımcıların postpartum depresyon ve çalışma durumları karşılaştırıldığında, düzenli bir işte çalışan kadınların diğerlerine göre postpartum depresyon belirtisi taşıma ihtimali istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksekti ($p<0,005$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtileri Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş							0,629
<20 yaş	6	100,0	0	0,0	6	100,0	
20-24	37	82,2	8	17,8	45	100,0	
25-29	80	89,9	9	10,1	89	100,0	
30-34	70	85,4	12	14,6	82	100,0	
35-39	41	82,0	9	18,0	50	100,0	
≥40 yaş	9	90,0	1	10,0	10	100,0	
Eğitim durumu							0,056
Lise ve altı	69	80,2	17	88,8	86	100,0	
Üniversite ve Üzeri	174	19,8	22	11,2	196	100,0	
Çalışma Durumu							0,039
Çalışmıyor/düzensiz bir işte çalışıyor	159	83,2	32	16,8	191	100,0	
Düzenli bir işte çalışıyor	84	92,3	7	7,7	91	100,0	
Aylık haneye giren toplam gelir							0,053
2001-4000	109	82,0	24	18,0	133	100,0	
4001-6000	134	89,9	15	10,1	149	100,0	
Yaşadıkları İlçe							0,920
Merkez İlçeler	83	86,5	13	13,5	96	100,0	
Diğer İlçeler	160	86,0	26	14,0	186	100,0	
Hanede yaşayan kişi sayısı							0,076
4 ve altında	166	88,8	21	11,2	187	100,0	
5 ve üstünde	77	81,1	18	18,9	95	100,0	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları üniversite ve üzerinde olanların, lise ve altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha az postpartum depresyon belirtisi göstermekteydi ($p<0,05$) (Tablo14). Katılımcıların eşleri düzenli bir işte çalışıyor olanlarda, çalışmıyor ya da düzenli olmayan bir işte çalışıyor olanlara göre

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az postpartum depresyon belirtisi taşıma durumu görüldü ($p<0,05$). Katılımcıların eşlerinden düzenli bir işte çalışmayanların %32'sinde (8 kişi) postpartum depresyon belirtisi bulundu (Tablo 14).

Tablo14. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eşin Yaşı							0,074
35 altı	149	89,2	18	10,8	167	100,0	
35 ve üstü	94	81,7	21	18,3	115	100,0	
Eşin Eğitim durumu							0,004
Lise	148	81,8	33	18,2	181	100,0	
Üniversite ve Üzeri	95	94,1	6	5,9	101	100,0	
Eşin Çalışma Durumu							0,012**
Çalışmıyor/düzenli olmayan bir işte çalışıyor	17	68,0	8	32,0	25	100,0	
Düzenli bir işte çalışıyor		87,9	31	12,1	257	100,0	
	226						

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

Katılımcılardan psikiyatrik hastalığı olmayanlar olanlara göre; ruhsal durumla ilgili sağlık tesisine başvurmayanlar, başvurulara göre; psikiyatrik tedavi alanlar almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde EDSDÖ'ye göre daha az postpartum depresyon belirtisine sahip olma eğilimindeydi ($P<0,05$) (Tablo 15).

Katılımcılardan ailelerinde ruhsal bozukluk olanlar, olmayanlara göre; gebelik öncesi sigara kullananlar, kullanmayanlara göre ve gebelik sonrası sigara kullananlar kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde EDSDÖ'ye göre daha fazla postpartum depresyon belirtisine sahip olma eğilimindeydi ($p<0,05$) (Tablo15).

Tablo 15. Katılımcıların ve Eşlerinin Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Katılımcılar							
Psikiyatrik Bozukluk durumu							0,015**
Yok	236	87,4	34	12,6	270	100,0	
Var	7	58,3	5	41,7	12	100,0	
Ruhsal durumla ilgili sağlık tesisine başvurma durumu							0,000**
Yok	235	89,0	29	11,0	264	100,0	
Var	8	44,4	10	55,6	18	100,0	
Psikiyatrik tedavi veya terapi alma durumu							0,022**
Yok	235	87,4	34	12,6	269	100,0	
Var	8	61,5	5	38,5	13	100,0	
Gebelik öncesi sigara kullanma durumu							0,004
Yok	179	89,9	20	10,1	199		
Var	64	77,1	19	22,9	83		
Gebelik boyunca sigara kullanma durumu							0,108**
Yok	217	87,5	31	12,5	248	100,0	
Var	26	76,5	8	23,5	34	100,0	
Doğumdan sonra sigara kullanma durumu							0,007
Yok	214	88,4	28	11,6	242	100,0	
Var	29	72,5	11	27,5	40	100,0	
BKİ							0,983
Obez olmayan	192	86,1	31	13,9	223	100,0	
Obez	50	86,2	8	13,8	58	100,0	
Katılımcıların Eşleri							
Fiziksel ya da kronik hastalık durumu							0,186**
Yok	227	87,0	34	13,0	261	100,0	
Var	16	76,2	5	23,8	21	100,0	
Psikiyatrik bozukluk durumu							0,058**
Yok	239	86,9	36	13,1	275	100,0	
Var	4	57,1	3	42,9	7	100,0	
Katılımcıların Aileleri							
Ruhsal bozukluk durumu							0,003**
Yok	230	88,1	31	11,9	261	100	
Var	13	61,9	8	38,1	21	100	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

Katılımcıların yaşadıkları gebelik kaybı durumları ve sahip oldukları çocuk sayısına göre postpartum depresyon belirtisi taşıma durumları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu							
Özellikler n=282	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		P* değeri
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)							0,305
Yok	181	87,4	26	12,6	207	100,0	
Var	62	82,7	13	17,3	75	100,0	
Çocuk sayısı							0,335
1	86	87,8	12	12,2	98	100,0	
2	97	88,2	13	11,8	110	100,0	
3 ve üzeri	60	81,1	14	18,9	74	100,0	
Ortanca		25.-75. yüzdeler					
Gebelik sayısı	2	1-3					0,095**

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kare testi

** :Mann-whitney U testi

Katılımcılardan son gebeliğinde sağlık sorunu yaşayanlar, yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla postpartum depresyon belirtisi gösterme eğilimindeydi ($p<0,05$).

Acil sezaryen olanlarda diğerlerine göre daha yüksek oranda depresyon belirtisi görülmekteydi ($p<0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumuna Ait Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikle n=282	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Gebeliği planlama ve isteme durumu							0,500
Planlı gebelik	160	87,0	24	13,0	184	100,0	
Plansız gebelik	78	85,7	13	14,3	91	100,0	
Plansız ve istenmeyen	5	71,4	2	28,6	7	100,0	
En son gebelikte yaşanan sağlık sorunu							0,025**
Yok	220	88,0	30	12,0	250	100,0	
Var	23	71,9	9	28,1	32	100,0	
Gebelikte ortaya çıkan hastalık durumu							0,191
Yok	207	87,3	30	12,7	237	100,0	
Var	36	80,0	9	20,0	45	100,0	
Doğum yeri***							0,077
Kamu Hastanesi	112	82,4	24	17,6	136	100,0	
Özel Hastane	130	89,7	15	10,3	145	100,0	
Doğum yöntemi							0,043
Normal doğum	83	88,3	11	11,7	94	100,0	
Acil Sezaryen doğum	40	75,5	13	24,5	53	100,0	
Planlı sezaryen doğum	120	88,9	15	11,1	135	100,0	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

***: Evde doğum yaptığını bildiren 1 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların depresyon belirtisi gösterme durumları bebeklerinin cinsiyeti, bebeğin doğum ağırlığının düşük olup olmaması, gebelikte bebekle ilgili sorun yaşanıp yaşanmaması, bebeğin anne sütü ve/veya mamayla beslenmesine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerinin Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282***	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Bebeğin cinsiyeti							0,646
Kız	115	85,2	20	14,8	135	100,0	
Erkek	128	87,1	19	12,9	147	100,0	
Düşük doğum ağırlığı							0,950
2500kg ve altı	18	85,7	3	14,3	21	100,0	
2501kg ve üstü	225	86,2	36	13,8	261	100,0	
En son gebelikte bebekle ilgili sağlık sorunu							0,574**
Yok	228	86,0	37	14,0	265	100,0	
Var	15	88,2	2	11,8	17	100,0	
Doğumdan sonra bebeğe ilk dokunma zamanı							0,052
Doğumdan sonra Hemen	169	88,9	21	11,1	190	100,0	
Doğumdan bir süre sonra	74	80,4	18	19,6	92	100,0	
Bebeğin ilk anne sütü alma zamanı							0,167
Doğumdan sonra hemen	90	90,0	10	10,0	100	100,0	
Doğumdan bir süre sonra	153	84,1	29	15,9	182	100,0	
Bebek beslenme biçimi							0,098
Sadece Emzirme	175	88,4	23	11,6	198	100,0	
Formül mama ve/veya anne sütü	68	81,0	16	19,0	84	100,0	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

***: Beş annenin ikiz bebeği olması nedeniyle bebek sayısı 287, anne sayısı 282'dir.

Katılımcılardan bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmeyenler, hissedenlere göre; bebek bakımında yardım almayanlar, yardım alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla postpartum depresyon belirtisi gösterme eğilimindeydi ($p<0,05$) (Tablo 19). Ayrıca bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissedenler, hissetmeyenlere göre daha fazla postpartum depresyon belirtisi gösterme eğilimindeydi ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Çocuk aşıları konusunda tutum							0,088**
Aşıların tamamını yaptıracağım	234	87,0	35	13,0	269	100	
Aşıların bir kısmını yaptıracağım / aşıya karşıyım.	9	69,2	4	30,8	13	100	
Bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetme durumu							0,002**
Evet	228	88,4	30	11,6	258	100	
Hayır	15	62,5	9	37,5	24	100	
Bebek bakımında yardım alınan kişi							0,042
Hiç kimseden yardım almıyorum	32	76,2	10	23,8	42	100	
Eş veya anne/baba dan yardım alıyorum	211	87,9	29	12,1	240	100	
Bebek bakımı konusunda bilgi alınan kaynaklar							0,017
Aile büyükleri ve arkadaşlar	81	79,4	21	20,6	102	100	
İnternet, sosyal medya ve kitaplar	66	85,7	11	14,3	77	100	
Sağlık çalışanları	96	93,2	7	6,8	103	100	
Bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetme durumu							0,001
Evet	54	75,0	18	25,0	72	100	
Hayır	189	90,0	21	10,0	210	100	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

Katılımcılardan doğum sonrası eşlerinden duygusal destek alma durumu iyi olanlar, olmayanlara göre; günlük yaşantısında sorunlarını konuşabileceği biri olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde EDSÖ'ye göre daha az postpartum depresyon belirtisi taşıma eğilimindeydi ($p<0,05$). Gebelikte sözel şiddete maruz kalan kadınlar, şiddete maruz kalmayanlara göre daha fazla postpartum depresyon belirtisi taşıma eğilimindeydi ($p<0,05$) (Tablo20).

Katılımcılardan doğumdan sonra kendilerine süre ayırabilenler ayıramayanlara göre, doğumdan sonra egzersiz yapabilenler yapamayanlara göre EDSÖ'ye göre daha az postpartum depresyon belirtisi taşıma eğilimindeydi ($p<0,05$).

Sosyal medya veya interneti bebek bakımı hakkında bilgi edinmek için sıklıkla kullananların, bazen kullanan ve kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az postpartum depresyon belirtisi taşıdığı tespit edildi. ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkilerine, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre PPD Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	EDSDÖ'ye göre depresyon belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	13 puan altı		13 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Doğum sonrası eşin duygusal destek durumu							0,000**
İyi	223	90,7	20	9,3	246	100,0	
İyi değil	20	55,6	16	44,4	36	100,0	
Gebelikte maruz kalınan sözel şiddet görme durumu							0,024**
Evet	5	55,6	4	44,4	9	100,0	
Hayır	238	87,2	35	12,8	273	100,0	
Doğumdan sonra en çok zorlayan durum ve işler							0,059
Uykusuzluk	145	90,1	16	9,9	161	100,0	
Yorgunluk	52	81,3	12	18,8	64	100,0	
Bebek bakımı	11	68,8	5	31,3	16	100,0	
Ev işleri/yemek yapma	35	85,4	6	14,6	41	100,0	
Günlük yaşadığı sorunların rahatça konuşulabileceği kişi sayısı							0,001**
Yok	10	55,6	8	44,4	18	100,0	
1 veya daha fazla	233	88,3	31	11,7	264	100,0	
Doğumdan sonra kişinin kendine ayırdığı günlük süre							0,002
Hiç yok	92	78,6	25	21,4	117	100,0	
Süre ayırabiliyorum	151	91,5	14	8,5	165	100,0	
Doğumdan sonra egzersiz yapma durumu							0,047
Egzersiz yapmıyorum	200	84,4	37	15,6	237	100,0	
Egzersiz yapıyorum	43	95,6	2	4,4	45	100,0	
Akıllı telefon kullanma durumu							0,084**
Evet	238	86,9	36	3,1	274	100,0	
Hayır	5	62,5	3	37,5	8	100,0	
Sosyal medya kullanma durumu							0,817
Evet	209	86,4	33	13,6	242	100,0	
Hayır	34	85,0	6	15,0	40	100,0	
Sosyal medya kullanırken geçirilen süre⁺							0,694
1 saatten az	109	85,8	18	14,2	127	100,0	
1 saatten fazla	112	87,5	16	12,5	128	100,0	
Doğum sonrası Sosyal medya kullanırken paylaşım yapma durumu⁺⁺							0,778
Her gün	8	80,0	2	20,0	10	100,0	
Haftada birkaç kez	60	84,5	11	15,5	71	100,0	
Ayda birkaç kez	59	86,8	9	13,2	68	100,0	
Ayda birden az	88	88,9	11	11,1	99	100,0	
Sosyal medya veya interneti bebek hakkında bilgi edinmek için kullanma durumu							0,040
Sıklıkla kullanıyorum	99	91,7	9	8,3	108	100,0	
Bazen kullanıyorum	112	84,8	20	15,2	132	100,0	
Kullanmıyorum	32	76,2	10	23,8	42	100,0	

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Fisher exact testi

+ : 27 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=255

++ : 34 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=248

4.2.2. PASS-TR'ye G6re Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarına G6re Risk Fakt6rlerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların yaş grupları ve Postpartum Anksiyete belirtisi taşımaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Katılımcıların Postpartum Anksiyete belirtisi taşıması ve eğitim durumları, d6zenli bir işte çalışıyor olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,005$). Katılımcılardan hanede 4 kişi ve altında yaşayanlar ve hanede 5 kişi ve üzerinde yaşayanlar ile Postpartum Anksiyete belirtisi taşıma arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Hanede 5 kişi ve üzerinde yaşayanlar, hanede 4 kişi ve altında yaşayanlara g6re daha az postpartum anksiyete belirtisi gösterdiği bulundu. (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtilerinin Karşılaştırılması

Özellikler n=282	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş							0,129
<20 yaş	5	83,3	1	16,7	6	100,0	
20-24	19	42,2	26	57,8	45	100,0	
25-29	34	38,2	55	61,8	89	100,0	
30-34	45	54,9	37	45,1	82	100,0	
35-39	23	46,0	27	54,0	50	100,0	
≥40 yaş	4	40,0	6	60,0	10	100,0	
Eğitim durumu							0,541
Lise ve altı	42	48,8	44	51,2	86	100,0	
Üniversite ve Üzeri	88	44,9	108	55,1	196	100,0	
Çalışma Durumu							0,301
Çalışmıyor/düzensiz bir işte çalışıyor	84	44,0	107	56,0	191	100,0	
Düzenli bir işte çalışıyor	46	50,5	45	49,5	91	100,0	
Aylık haneye giren toplam gelir							0,428
2001-4000	58	43,6	75	56,4	133	100,0	
4001-6000	72	48,3	77	51,7	149	100,0	
Yaşadıkları İlçe							0,148
Merkez İlçeler	50	52,1	46	47,9	96	100,0	
Diğer İlçeler	80	43,0	106	57,0	186	100,0	
Hanede yaşayan kişi sayısı							0,020
4 ve altında	77	41,2	110	58,8	187	100,0	
5 ve üstünde	53	55,8	42	44,2	95	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

* Pearson kıkare testi

Katılımcıların eşlerinin yaşları, eğitim düzeyleri ve çalışıp çalışmama durumları ile ilgili özellikleri ve Postpartum Anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Eşleri düzenli bir işte çalışmayan kadınların %68'inin (17 kişi) postpartum anksiyete belirtisi olduğu tespit edildi (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Eşlerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		16 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzd e (%)	Sayı (n)	Yüzd e (%)	Sayı (n)	Yüzd e (%)	
Eşin Yaşı							0,629
35 altı	75	44,9	92	55,1	167	100,0	
35 ve üstü	55	47,8	60	52,2	115	100,0	
Eşin Eğitim durumu							0,391
Lise	80	44,2	101	55,8	181	100,0	
Üniversite ve Üzeri	50	49,5	51	50,5	101	100,0	
Eşin Çalışma Durumu							0,138
Çalışmıyor/düzenli olmayan bir işte çalışıyor	8	32,0	17	68,0	25	100,0	
Düzenli bir işte çalışıyor	122	47,5	135	52,5	257	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kare testi

Katılımcıların kendilerinin, ailelerinin ve eşlerinin psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığı ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$) Daha önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü olan kadınların %66,7'sinin (8 kişi) postpartum anksiyete belirtisi taşıdığı bulundu (Tablo 23).

Katılımcıların doğum öncesi, hamilelikte ve doğum sonrası sigara içme alışkanlıklarının olup olmaması ve Postpartum Anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcılar, Katılımcıların Eşleri ve Ailelerinin Bazı Sağlık Durumu ve Alışkanlık Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtileri Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	PASS_TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu		17 puan ve üstü		Toplam		P* değeri
	16 puan ve altı		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Katılımcılar							
Psikiyatrik Bozukluk Varlığı							0,365
Yok	126	46,7	144	53,3	270	100,0	
Var	4	33,3	8	66,7	12	100,0	
Ruhsal durumla ilgili sağlık tesisine başvuru durumu							0,107
Yok	125	47,3	139	52,7	264	100,0	
Var	5	27,8	13	72,2	18	100,0	
Psikiyatrik tedavi veya terapi alma durumu							0,256
Yok	126	46,8	143	53,2	269	100,0	
Var	4	30,8	9	69,2	13	100,0	
Gebelik öncesi sigara kullanma durumu							0,945
Yok	92	46,2	107	53,8	199	100,0	
Var	38	45,8	45	54,2	83	100,0	
Gebelik boyunca sigara kullanma durumu							0,627
Yok	113	45,6	135	54,4	248	100,0	
Var	17	50,0	17	50,0	34	100,0	
Doğumdan sonra sigara kullanma durumu							0,880
Yok	112	46,3	130	53,7	242	100,0	
Var	18	45,0	22	55,0	40	100,0	
BKİ							0,283
Obez olmayan	106	47,5	117	52,5	223	100,0	
Obez	23	39,7	35	60,3	58	100,0	
Katılımcıların Eşleri							
Fiziksel ya da kronik hastalık durumu							0,885
Yok	120	46,0	141	54,0		100,0	
Var	10	47,6	11	52,4		100,0	
Psikiyatrik bozukluk durumu							0,862
Yok	127	46,2	148	53,8	275	100,0	
Var	3	42,9	4	57,1	7	100,0	
Katılımcıların Aileleri							
Ruhsal bozukluk durumu							0,757
Yok	121	46,4	140	53,6	261	100,0	
Var	9	42,9	12	57,1	21	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kare testi

Katılımcıların doğurganlık özellikleri ve postpartum anksiyete taşıma durumu karşılaştırıldığında gebelik kaybı olmayan kadınlar ve gebelik kaybı olan kadınlar arasında postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Çocuk sayısı ve Postpartum Anksiyete belirtisi taşıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$) Tek

çocuğa sahip kadınların %59,2'si nin (98 kişi), 3 ve daha fazla çocuğu olan kadınların %43,2'sinin (32 kişi) postpartum anksiyete belirtileri olduğu bulundu. Ayrıca postpartum anksiyete belirtisi taşımayanların, postpartum anksiyete belirtisi taşıyanlara göre daha fazla gebeliğe sahip olduğu bulundu. (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Gebelik kaybı (istemli/istemsiz düşük, ölü doğum)							0,023
Yok	87	42,0	120	58,0	207	100,0	
Var	43	57,3	32	42,7	75	100,0	
Çocuk sayısı							0,093
1	40	40,8	58	59,2	98	100,0	
2	48	43,6	62	56,4	110	100,0	
3 ve üzeri	42	56,8	32	43,2	74	100,0	
	Ortanca	25.-75.					
		yüzdeler					
Gebelik sayısı	2	1-3					0,009**

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Mann-whitney U testi

Katılımcıların postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumu ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,005$). Ancak acil sezaryen ile doğum yapan kadınların %60,4'ünün (32 kişi) postpartum anksiyete belirtisi taşıdığı bulundu. Ayrıca plansız ve istenmeyen gebeliğe sahip olan kadınların %71,4'ünün (5 kişi) postpartum anksiyete belirtisi taşıdığı tespit edildi (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Hamilelik ve Son Doğumuna Ait Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikle n=282	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Gebeliği planlama ve isteme durumu							0,633
Planlı gebelik	85	46,2	99	53,8	184	100,0	
Plansız gebelik	43	47,3	48	52,7	91	100,0	
Plansız ve istenmeyen	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
En son gebelikte yaşanan sağlık sorunu							0,777
Yok	116	46,4	134	53,6	250	100,0	
Var	14	43,8	18	56,3	32	100,0	
Gebelikte ortaya çıkan hastalık durumu							0,371
Yok	112	47,3	125	52,7	237	100,0	
Var	18	40,0	27	60,0	45	100,0	
Doğum yeri**							0,618
Kamu Hastanesi	65	47,8	71	52,2	136	100,0	
Özel Hastane	65	44,8	80	55,2	145	100,0	
Doğum şekli							0,347
Normal doğum	41	43,6	53	56,4	94	100,0	
Acil Sezaryen doğum	21	39,6	32	60,4	53	100,0	
Planlı sezaryen doğum	68	50,4	67	49,6	135	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Evde doğum yaptığını bildiren 1 kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların Postpartum Anksiyete belirtisi taşıma durumu ve bebeğin ilk anne sütü alma zamanı, doğumdan sonra bebeğe ilk dokunma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,005$) Annelerin bebeklerini besleme biçimleri ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,005$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Yenidoğan Bebeklerinin Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282**	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Bebeğin cinsiyeti							0,855
Kız	63	46,7	72	53,2	135	100,0	
Erkek	67	45,6	80	54,4	147	100,0	
Düşük doğum ağırlığı							0,548
2500kg ve altı	11	52,4	10	47,6	21	100,0	
2501kg ve üstü	119	45,6	142	54,4	261	100,0	
En son gebelikte bebekle ilgili sağlık sorunu							0,278
Yok	120	45,3	145	54,7	265	100,0	
Var	10	58,8	7	41,2	17	100,0	
Doğumdan sonra bebeğe ilk dokunma zamanı							0,881
Doğumdan sonra Hemen	87	45,8	103	54,2	190	100,0	
Doğumdan bir süre sonra	43	46,7	49	53,3	92	100,0	
Bebeğin ilk anne sütü alma zamanı							0,221
Doğumdan sonra hemen	51	51,0	49	49,0	100	100,0	
Doğumdan bir süre sonra	79	43,4	103	56,6	182	100,0	
Bebek beslenme biçimi							0,477
Sadece Emzirme	94	47,5	104	52,5	198	100,0	
Formül mama ve/veya anne sütü	36	42,9	48	57,1	84	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kıkare testi

** : Beş annenin ikiz bebeği olması nedeniyle bebek sayısı 287, anne sayısı 282'dir.

Katılımcıların postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumu ve bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetme durumu karşılaştırıldığında, postpartum anksiyete belirtisi olanların olmayanlara göre bebek bakımıyla ilgili kendilerini yeterli hissetme sorusuna daha az olumlu cevap verdikleri bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,005$). Katılımcılardan Postpartum Anksiyete belirtisi olanların, olmayanlara göre bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetme durumu sorusuna daha fazla evet cevabı verdiği tespit edildi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,005$) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların Bebek Bakımı ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Çocuk aşıları konusunda tutum							0,088
Aşıların tamamını yaptıracam	127	47,2	142	52,8	269	100,0	
Aşıların bir kısmını yaptıracam / aşıya karşıyım.	3	23,1	10	76,9	13	100,0	
Bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetme durumu							0,030
Evet	124	48,1	134	51,9	258	100,0	
Hayır	6	25,0	18	75,0	24	100,0	
Bebek bakımında yardım alınan kişi							0,259
Hiç kimseden yardım almıyorum	16	38,1	26	61,9	42	100,0	
Eş veya anne/baba dan yardım alıyorum	114	47,5	126	52,5	240	100,0	
Bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetme durumu							<0,001
Evet	20	27,8	52	72,2	72	100,0	
Hayır	110	52,4	100	47,6	210	100,0	
Bebek bakımı konusunda bilgi alınan kaynaklar							0,485
Aile büyükleri ve arkadaşlar	43	42,2	59	57,8	102	100,0	
İnternet, sosyal medya ve kitaplar	35	45,5	42	54,5	77	100,0	
Sağlık çalışanları	52	50,5	51	49,5	103	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kare testi

Katılımcılarda PASS-TR'ye göre postpartum anksiyete belirtisi gösterenlerin göstermeyenlere göre, çoğunun eşi tarafından duygusal destek verilmediği tespit edildi ($p < 0,005$). Gebelikte sözel şiddet görme sorusuna postpartum anksiyete belirtisi taşıyan kadınların taşımayanlara göre daha fazla evet cevabı verdiği tespit edildi, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,005$). Postpartum anksiyete belirtisi taşımayan kadınların, taşıyan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde günlük yaşamdaki sorunlarını konuşabileceği daha fazla kişi veya kişilere sahip olduğu bulundu ($p < 0,005$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Bazı Gebelik ve Doğum Sonrası Aile İçi İlişkilerine, Sosyal Yaşam ve Sosyal Medya Kullanım Durumuna Göre Postpartum Anksiyete Belirtisi Taşıma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler n=282	PASS-TR'ye göre anksiyete belirtisi taşıma durumu						P* değeri
	16 puan ve altı		17 puan ve üstü		Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Doğum sonrası eşin duygusal destek durumu							0,007
İyi	121	49,2	125	50,8	246	100,0	
İyi değil	9	25,0	27	75,0	36	100,0	
Gebelikte maruz kalınan sözel şiddet görme durumu							0,041**
Evet	1	11,1	8	88,9	9	100,0	
Hayır	129	47,3	144	52,7	273	100,0	
Doğumdan sonra en çok zorlayan durum ve işler							0,421
Uykusuzluk	81	50,3	80	49,7	161	100,0	
Yorgunluk	25	39,1	39	60,9	64	100,0	
Bebek bakımı	7	43,8	9	56,3	16	100,0	
Ev işleri/yemek yapma	17	41,5	24	58,5	41	100,0	
Günlük yaşadığı sorunların rahatça konuşulabileceği kişi sayısı							0,036
Yok	4	22,2	14	77,8	18	100,0	
1 veya daha fazla	126	47,7	138	52,3	264	100,0	
Doğumdan sonra kişinin kendine ayırdığı günlük süre							0,796
Hiç yok	55	47,0	62	53,0	117	100,0	
Süre ayırabiliyorum	75	45,5	90	54,5	165	100,0	
Doğumdan sonra egzersiz yapma durumu							0,462
Egzersiz yapmıyorum	107	45,1	130	54,9	237	100,0	
Egzersiz yapıyorum	23	51,1	22	48,9	45	100,0	
Akıllı telefon kullanma durumu							0,550**
Evet	126	46,0	148	54,0	274	100,0	
Hayır	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
Sosyal medya kullanma durumu							0,118
Evet	107	44,2	135	55,8	242	100,0	
Hayır	23	57,5	17	42,5	40	100,0	
Sosyal medya kullanırken geçirilen süre⁺							0,349
1 saatten az	62	48,8	65	51,2	127	100,0	
1 saatten fazla	55	43,0	73	57,0	128	100,0	
Doğum sonrası Sosyal medya kullanırken paylaşım yapma durumu⁺⁺							0,244
Her gün	2	20,0	8	80,0	10	100,0	
Haftada birkaç kez	33	46,5	38	53,5	71	100,0	
Ayda birkaç kez	27	39,7	41	60,3	68	100,0	
Ayda birden az	49	49,5	50	50,5	99	100,0	
Sosyal medya veya interneti bebek hakkında bilgi edinmek için kullanma durumu							0,651
Sıklıkla kullanıyorum	49	45,4	59	54,6	108	100,0	
Bazen kullanıyorum	64	48,5	68	51,5	132	100,0	
Kullanmıyorum	17	40,5	25	59,5	42	100,0	

PASS-TR: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

*: Pearson kare testi

** : Fisher exact testi

+ : 27 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=255

++ : 34 kişi bu soruya cevap vermemiştir. n=248

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Sakarya ili aile hekimliği sistemine kayıtlı postpartum 2-6. haftalar arasında olan 282 kadına EDSDÖ ölçeği ve PASS-TR ölçeği uygulanarak postpartum depresyon ve anksiyete sıklığı ve ilişkili etmenler incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 29,7'dir ve %37,9'u üniversite ve üzeri bir okulu bitirdiğini, %32,3'ü düzenli bir işte çalıştığını bildirmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %47,2'si aylık hanelerine giren toplam gelirin 4000 TL ve altında olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %34,8'i bir, %39,0'u iki çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 33,51'dir ve eşlerin %35,9'unun üniversite ve üzeri bir eğitime sahip olduğu, %91,1'nin düzenli bir işte çalıştığı öğrenilmiştir.

Araştırmada EDSDÖ ölçeğine göre postpartum depresyon belirtisi taşıyan kadınların sıklığı %13,8 ve PASS-TR ölçeğine göre postpartum anksiyete belirtisi taşıyan kadınların sıklığı %53,9 olarak tespit edilmiştir. Araştırmadaki kadınların postpartum depresyon belirtisi taşımasıyla ilişkili durumlar; düzenli bir işte çalışmıyor olmak, eşin eğitim düzeyinin düşük olması, eşin işsiz olması, kendinde/ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olması, gebelik öncesi/sonrası sigara içme alışkanlığı olması, hamilelik sürecinde sağlık sorunu yaşamak, acil sezaryen şeklinde doğum yapmak, bebek bakımı konusunda hiç kimseden yardım almamak, doğumdan sonra egzersiz yapmamak ve kendine süre ayıramamak, sosyal medya ve interneti bebekleri hakkında bilgi edinmek için kullanmamaktır. Gebelikte sözel şiddete maruz kalmak, bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmemek, ailenin yönlendirici baskısını hissetmek, eşten duygusal destek alamamak, sorunlarını konuşabildiği bir kişinin olmaması hem postpartum depresyon belirtisi taşımayla hem de postpartum anksiyete belirtisi taşımayla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca gebelik sayısının az olması postpartum anksiyete belirtisi taşımasıyla ilişkili bulunmuştur.

5.1. POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI

EDSDÖ ölçeğinden 13 puan ve üzeri alanların postpartum depresyon belirtisi taşıdığı kabul edilen bu çalışmada postpartum depresyon sıklığı %13,8 olarak tespit edilmiştir (Tablo11).

Postpartum depresyon prevalansı, araştırma popülasyonlarının farklı olması, tanı yöntemleri ve dikkate alınan doğum sonrası zaman dilimi gibi araştırmalarda kullanılan metodolojik parametrelerin standart olmaması nedeniyle büyük ölçüde değişmektedir (Moraes et al. 2017). EDSÖ ölçeği kullanılarak postpartum depresyon prevalansı belirlenen ve doğum sonrası ilk bir yıl içindeki annelerin dahil edildiği araştırmaların incelendiği bir meta-analiz çalışmasında 56 ülkenin postpartum depresyon prevalansı %17,7 bulunmuştur (Hahn-Holbrook et al. 2018). Postpartum depresyon prevalansının farklı ölçeklerin de kullanılarak araştırıldığı 58 çalışmanın değerlendirildiği başka bir meta-analiz araştırmasında postpartum depresyon prevalansı %17 (%95 GA 0,15-0,20) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada coğrafi bölgeler arasında postpartum depresyon prevalansı farklılık göstermiş olup; Avrupa ülkeleri %8 (%95 GA 0,05-0,11) ile en düşük prevalansa sahipken, Orta Doğu ülkelerinin %26 (%95 CI 0,13-0,39) ile en yüksek prevalansa sahip olduğu vurgulanmıştır (Shorey 2018). Doğum sonrası depresyon prevalansının değerlendirildiği başka bir literatür taramasında prevalansın gelişmekte olan ülkelerde %1,9 ile %82,1 arasında, gelişmiş ülkelerde ise %5,2 ile %74,0 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir (Norhayati et al. 2015).

Türkiye’de yapılan farklı ölçeklerle değerlendirilerek hesaplanan postpartum depresyon prevalansının araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, Türkiye’de PPD prevalansı %23,8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada postpartum depresyon prevalansı gelişmiş şehirlerde yaşayanlarda %21,2 ve gelişmekte olan şehirlerde yaşayanlarda prevalansı %25 olarak saptanmıştır (Özcan et al. 2017). Edirne ilinde EDSÖ ölçeği kullanılarak ölçek kesim puanı 12 puan ve üzeri alınarak yapılan bir çalışmada doğum sonrası ilk bir aydaki kadınlarda postpartum depresyon prevalansı %14 olarak tespit edilmiştir (Oztora et al. 2019).

Bu araştırmada literatüre göre daha düşük bulunan Sakarya ili postpartum depresyon prevalans değerinin nedeni araştırmanın doğum sonrası ilk 2-6. haftalar ile sınırlı olması, hastane kliniklerinde değil de aile sağlığı merkezlerinde yapılmış olması ve araştırmada EDSOD lęeęi kesim noktasının 13 puan ve üzeri olarak alınmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.1.1. Postpartum Depresyon ile İlişkili Etmenler

Araştırmaya katılan kadınların yaşlarıyla, postpartum depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Brezilya'da ve İnan'da yapılan araştırmalarda geçen anne yaşının postpartum depresyon için risk faktörü olduğu bulunmuştur (Bottino et al. 2012, Kheirabadi et al. 2009). Türkiye'de yapılan bazı araştırmalarda bu araştırmayla benzer şekilde, PPD ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Goker et al. 2012, Yagmur and Ulukoca 2010).

Araştırmaya katılan kadınlardan düzensiz bir işte çalışan veya çalışmayanlar, düzenli bir işte çalışanlara göre daha fazla postpartum depresyon belirtisi göstermiştir. İşveç'de yapılan bir araştırma sonuçlarına göre işsizlik postpartum depresyon için risk oluşturmaktaydı (Rubertsson et al. 2005). Kheirabadi ve ark. (2009) işsizlik doğum sonrası depresyonun başlıca risk faktörlerinden biridir. Oztora ve ark. larının (2019) Edirne İlinde yaptığı araştırmada postpartum depresyon ve annelerin çalışma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İstanbul'da yapılan bir araştırmada annenin çalışma durumu ile depresyon belirtileri taşıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ancak çalışan annelerde depresyon sayısal olarak daha az bulunmuştur (Dönmez ve ark. 2017).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu, hane halkı geliri, evde yaşayan kişi sayısı ile PPD belirtisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde düşük sosyo-ekonomik durumun doğum sonrası depresyon gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (zcan et al. 2017). Norhayati ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada düşük eğitim düzeyi, düşük hane halkı geliri PPD ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlardan eşlerinin eğitim düzeyi daha düşük olanlar ve eşleri düzenli bir işte çalışmayanlarda daha fazla PPD belirtisi görülmüştür. Benzer şekilde Türkiye’de postpartum depresyon risk faktörlerinin araştırıldığı bir sistematik derlemede, eşin çalışma durumunun postpartum depresyonun en güçlü yordayıcılarından biri olduğu belirtilmiştir (Özcan et al. 2017). Benzer şekilde Malatya ilinde yapılan bir araştırmada eşinin eğitim düzeyi düşük olan veya eşi işsiz olan kadınların doğum sonrası depresyona daha yatkın olduğu tespit edilmiştir (Yagmur and Ulukoca 2010).

Araştırmada psikiyatrik bozukluk öyküsü olan kadınlar, psikiyatrik bozukluk tedavisi alanlar, ailelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda daha fazla postpartum depresyon belirtisi görülmüştür. Bu bulgularla benzer şekilde Finlandiya’da yapılan bir araştırmada doğum sonrası depresyon için en önemli predispozan faktörün daha önceden depresyon öyküsü olması olduğu tespit edilmiştir (Räisänen et al. 2013). Postpartum depresyon ve etkileyen etmenlerin değerlendirildiği 39 araştırmanın incelendiği bir makalede ailede/kendinde depresyon öyküsünün olması postpartum depresyonun en önemli etmeni olduğu bulunmuştur (Ay ve ark. 2018). Manisa’da ve Ankara’da yapılan farklı araştırmalarda doğum öncesi depresyon ve premenstrüel sendrom öyküsü olan kadınların postpartum depresyon riskinin arttığı belirtilmiştir (Kolukırmık ve ark. 2019, Turkcapar et al. 2015).

Araştırmada katılımcılardan gebelik öncesi sigara kullananların kullanmayanlara göre ve gebelik sonrası sigara kullananların kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla postpartum depresyon belirtisi gösterdiği bulunmuştur. Benzer şekilde COVID-19 pandemisi sırasında İrlanda, Norveç, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık’ta yapılan kesitsel bir araştırmada hamilelik ve emzirme döneminde sigara alışkanlığı olan kadınlarda postpartum depresyon belirtilerinin diğerlerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Ceulemans et al. 2021). Ayrıca bir araştırmada hamilelik döneminde sigarayı bırakan kadınların doğum sonrası gelişen ve kötüleşen depresif belirtilerinin olması, doğumdan sonra sigara içmeye başlama risklerinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Park et al. 2009).

Bu araştırmada katılımcılardan hamilelik sürecinde sağlık sorunu yaşayanlar daha fazla doğum sonrası depresyon yaşamaktadır. Benzer şekilde Asya kültürlerinde PPD'nun araştırıldığı bir literatür taramasında gebelikte yaşanan sorunlar postpartum depresyonun önemli risk faktörleri arasında belirtilmiştir (Klainin and Arthur 2009).

Araştırmada katılımcıların gebeliği planlama ve isteme durumları ile doğum sonrası depresyon belirtileri taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmada planlı gebelikleri olduğunu belirtenlerin %13' postpartum depresyon belirtisi gösterirken, plansız ve istenmeyen gebeliğe sahip olduğunu bildiren kadınların %28,6'sı postpartum depresyon belirtisi göstermiştir. Brezilya'da yapılan bir araştırmada istenmeyen gebeliğe sahip olmanın, postpartum depresyon belirtileri taşıma ihtimalini yaklaşık 1,4 kat arttırdığı gösterilmiştir (Brito et al. 2015). Amerika'da yapılan bir araştırmada istenmeyen gebeliği olan kadınların postpartum depresyon prevalansı, planlı gebeliğe sahip olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Abbasi et al. 2013).

Araştırmada kadınların doğum şekli ile PPD belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve acil sezaryen olan kadınların yaklaşık dörtte birinin postpartum depresyon belirtisi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde İşveç'de yapılan doğum şekli ve doğum sonrası 6. haftadaki depresyon belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada acil sezaryen veya vakum ekstraksiyonu ile doğum yapan kadınların, doğum sonrası depresyon için yüksek riskli grubu oluşturduğu belirtilmiştir (Eckerdal et al. 2018). Ancak Sun ve ark. na göre (2021) sezaryen ve vajinal doğum arasında, doğum sonrası depresyon riski açısından fark bulunmamakla birlikte acil sezaryen ile doğum yapan kadınların PPD riski biraz daha fazladır.

Araştırmada annelerin bebeklerini emzirme ya da mamayla beslemeleri ve postpartum depresyon belirtisi taşıma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Emzirme ve postpartum depresyon ilişkisinin araştırıldığı bir derlemede; postpartum depresyonu olan annelerin bebeklerini daha az emzirme eğilimi gösterdiği, emzirmenin doğum sonrası depresyon için koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Figueiredo et al. 2013).

Araştırmaya katılan kadınlardan eşlerinden duygusal yönden destek alanların, günlük yaşamında sorunlarını konuşabileceği en az bir kişiye sahip olanların, bebek bakımında yardım alanların daha az postpartum depresyon belirtisi olduğu bulunmuştur. Bu araştırma bulgularına uyumlu olarak, Yagmur and Ulukoca (2010), anne için yetersiz duygusal desteğin ve annenin eşiyle sorunları olmasının doğum sonrası depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Hatay'da yapılan bir araştırmada çocuk bakımı için destek alan ve sosyal desteğe sahip olan kadınların daha az depresif belirtiyeye sahip olduğu tespit edilmiştir (Tambag et al. 2018). İsviçre'de yapılan bir araştırmada eşler tarafından sağlanan iyi bir duygusal desteğin, doğum sonrası depresyona karşı koruyucu olduğu bulunmuştur (Bielinski-Blattmann 2009). Ayrıca bir araştırmada annenin eşi dışında bir kişiden sosyal destek alması daha az depresif belirti göstermesiyle ilişkili bulunmuştur (Gjerdingen et al. 2014).

Araştırmada gebelikte sözel şiddete maruz kalan kadınlarda, sözel şiddete maruz kalmayanlara göre daha fazla postpartum depresyon belirtisi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Brezilya'da ve Japonya'da yapılan araştırmalarda hem fiziksel hem de sözlü şiddet, doğum sonrası depresyonla güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Souza et al. 2017, Miura and Fujiwara 2017). Howard ve ark. na göre (2013) perinatal depresyon ve anksiyete belirtileri, aile içi şiddete maruz kalma ile önemli ölçüde ilişkilidir.

Araştırmada katılımcılardan bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmeyenlerin daha fazla postpartum depresyon belirtisi olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Almanya'da yapılan bir araştırmada annenin özgüveni ile EDSDÖ toplam puanları arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur (Reck et al. 2012).

Araştırmada bebek bakımıyla ilgili aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissedenler hissetmeyenlere göre daha fazla postpartum depresyon taşıma eğilimindeydi (Tablo 19). Özcan ve ark. na göre (2017) geleneksel aile desteği; eş dışındaki diğer aile üyelerinin (büyükanne ve büyükbabalar, akrabalar) müdahalesiyle ortaya çıkmakta, genellikle kadınların mahremiyet kaybına ve hayatlarına karışılmasına yol açmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak geleneksel

aile desteğinin var olduğu toplumlarda PPD daha yüksek prevalanslarda ortaya çıkmaktadır (Özcan et al. 2017).

Araştırmada doğumdan sonra egzersiz yapan kadınlar, yapamayanlara göre daha az postpartum depresyon belirtisi göstermektedir. Benzer şekilde bir sistematik derlemede doğumdan sonra düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda postpartum depresyon belirtisi taşıma riskinin azaldığı tespit edilmiştir (Kołomańska-Boguckan and Mazur-Bialy 2019).

Araştırmada katılımcılardan doğumdan sonra kendilerine süre ayırabilenlerin ayıramayanlara göre daha az postpartum depresyon belirtisi taşıma durumu gözlenmiştir. Ayrıca sosyal medya veya interneti bebekleri hakkında bilgi edinmek için sıklıkla kullanan kadınlar, bazen kullanan kadınlar ve kullanmayan kadınlar ile postpartum depresyon taşıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal medya veya interneti bebekleri hakkında bilgi edinmek için kullanmayan kadınların %23,8'inde postpartum depresyon belirtisi görülmüştür. Doğum sonrası anne ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yapılan nitel bir araştırmada doğumdan sonra depresyon yaşayan annelerin ihtiyaçları ile depresyon yaşamayan annelerin ihtiyaçları karşılaştırılmış, aralarında bir fark bulunamamıştır. Bu nitel araştırmada tüm kadınların farklı yoğunluk seviyelerinde ancak benzer ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir. Annelerin doğum sonrası ihtiyaçları; bilgi ihtiyacı, psikolojik destek ihtiyacı, deneyim paylaşma ihtiyacı ve fiziksel yapılan işlerde destek ihtiyacı olmak üzere dört kategoride belirtilmiştir (Slomian et al. 2017).

Mevcut araştırma ve literatür arasında, postpartum depresyonla ilişkili etmenler açısından bazı farklı bulguların oluşmasının nedeni, mevcut araştırmanın doğumdan sonraki ilk 2-6. haftalar arasında yapılmış olmasından, postpartum depresyon belirtileri taşıma sıklığının literatürdeki bazı çalışmalardan düşük bulunmuş olmasından, araştırmanın hastane kliniklerinde değil de sadece Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kadınlar arasında yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.2. POSTPARTUM ANKSİYETE SIKLIĞI

Araştırmaya katılanların PASS-TR ölçeği puanı 17 ve üzerinde olanların postpartum anksiyetesi olduğu kabul edilerek araştırmaya katılanların postpartum anksiyete sıklığı %53,9 olarak tespit edilmiştir (Tablo12). Katılımcıların PASS-TR ölçeğinden toplam aldıkları puan ortalaması 20,4 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında 34 ülkenin verileri değerlendirilmiş ve postpartum anksiyete belirtileri sıklığı %15,0 bulunmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınlarda doğum sonrası anksiyete oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dennis et al. 2017). 2010 ve 2017 yılları arasında yapılan çalışmaların incelendiği bir derlemede doğum sonrası anksiyete prevalansının %13 ve %40 arasında değiştiği bulunmuştur (Field 2018).

Türkiye’de farklı coğrafi bölgelerde yaşayan kadınların doğum sonrası 4-6. haftalar arasında anksiyete sıklığı %24,6 bulunmuştur (Yildiz et al. 2017). Bu araştırmada daha yüksek sıklık değerlerinin bulunması anksiyeteyi ölçmek için kullanılan farklı ölçek ve kesim değerlerinden, araştırmanın COVID-19 pandemisi sırasında yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. COVID-19 pandemisi sırasında Ankara’da yapılan bir araştırmada pandemi süreci nedeniyle yaşanan korkuların postpartum anksiyete düzeyini artırdığı gösterilmiştir (Guvenc et al. 2020).

5.2.1. Postpartum Anksiyete ile İlişkili Etmenler

Araştırmada kadınların yaş grupları ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında bir ilişki bulunamamıştır. 2012 yılında yapılan başka bir araştırmada anne yaşının genç olması, postpartum anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (Bener et al. 2012). Mevcut araştırma bulgularıyla benzer şekilde COVID-19 pandemisi sırasında yapılan bir araştırmaya katılanların yaşları ve doğum sonrası anksiyete belirtisi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Stepowicz et al. 2020).

Araştırmada katılımcıların postpartum anksiyete belirtileri taşıması ve eğitim durumları, düzenli bir işte çalışıyor olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bener ve ark. na göre (2012) eğitim seviyesi daha yüksek olan anneler ve doğumdan sonra çalışmaya başlayan annelerin daha fazla postpartum anksiyetesi vardır.

Araştırmada katılımcıların eşlerinin yaş, eğitim, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile postpartum anksiyete belirtisi taşıması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Rados ve ark. na göre (2018) eşin çalışma durumu ve doğumdan 6 hafta sonraki annenin anksiyete belirtileri arasında düşük ama anlamlı ters bir korelasyon vardı.

Araştırmada annelerin daha önceden mevcut psikiyatrik bozukluk öyküsü olması ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde Britton (2007), bir kadının doğum sonrası anksiyetesi olması ile psikiyatrik bozukluk öyküsü olması arasında ilişki olduğunu bildirmiştir.

Araştırmada katılımcıların gebelik öncesi, gebelikte ve doğum sonrası sigara içme alışkanlıklarının olup olmaması ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Farr ve ark. nın (2014) yaptığı araştırmada gebelik boyunca sigara içmek postpartum anksiyete ile ilişkili bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ve postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada çocuk sayısı arttıkça, postpartum anksiyete taşıma belirtilerinde azalma olmaktadır. Dennis ve ark. na göre (2016) multiparite ile doğumdan sonraki 8. Haftadaki anksiyete semptomlarının olması arasında ilişki vardır. Ancak İran'da yapılan bir araştırmada bizim araştırmamıza benzer şekilde, birden fazla doğum yapan kadınların postpartum anksiyete riskinin daha düşük olduğu ve daha fazla çocuğa sahip olmanın annelerde doğum sonrası anksiyete belirtilerinin azalmasında etkili bir rolü olduğu belirtilmiştir (Alikamali et al. 2020).

Araştırmada kadınların postpartum anksiyete belirtilerini taşıması ile gebeliği planlama ve isteme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte plansız ve istenmeyen gebeliğe sahip olan kadınların %71,4'ünün postpartum anksiyete belirtisi taşıdığı bulunmuştur. İnan'da yapılan bir araştırmada istenmeyen gebeliğe sahip kadınların doğum sonrası anksiyete belirtileri gösterme ihtimallerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Alikamali et al. 2020).

Araştırmada katılımcıların postpartum anksiyete belirtisi taşıması ve doğum şeklinin sezaryen, acil sezaryen veya vajinal doğum olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Nijerya'da yapılan bir araştırmada doğum şekli doğumdan hemen sonraki anksiyete ile ilişkili iken, doğumdan 6 hafta sonraki anksiyete ile ilişkili bulunmamıştır (Fatoye et al. 2006). Bener ve ark. na göre (2012) sezaryen ile doğum yapan kadınlar, postpartum anksiyete için 1,5 kat daha risklidir.

Araştırmada postpartum anksiyete belirtisi taşıma durumları ile araştırmaya katılan kadınların bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetme durumu karşılaştırıldığında, postpartum anksiyete belirtisi olan kadınların, bebek bakımında kendini daha az yeterli hissettiği bulunmuştur. İspanya'da yapılan bir araştırmada benzer şekilde bebek bakımında öz yeterliliğin azaldıkça postpartum anksiyete belirtilerinin arttığı bulunmuştur (Feligreras-Alcalá et al. 2020).

Araştırmada eşi tarafından iyi bir sosyal destek gören kadınlarda daha az postpartum anksiyete bulunmuştur. Bununla birlikte araştırmaya katılan kadınlardan günlük yaşamdaki sorunlarını konuşabileceği bir veya daha fazla kişiye sahip kadınlarda daha az postpartum anksiyete belirlenmiştir. Benzer şekilde Katar'da yapılan bir araştırmada aile desteğinin olmaması ve postpartum anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bener et al. 2012).

Araştırmaya katılan kadınlardan aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hisseden kadınlar anlamlı bir şekilde daha fazla postpartum anksiyete belirtilerine sahipti. Dennis ve ark. na göre (2016) kadınların eşlerinden, annelerinden,

kayınvalidelerinden ve çocuklu diğer kadınlardan gördükleri yetersiz sosyal destek, postpartum anksiyete belirtileri taşımasıyla ilişkili bulunmuştur.

Araştırmada gebelikte sözel şiddet görme sorusuna postpartum anksiyete belirtisi taşıyan kadınların taşımayanlara göre daha fazla evet cevabı verdiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde aile içi şiddet ve perinatal ruhsal bozuklukların araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında aile içi şiddete maruz kalan kadınların, doğum sonrası yüksek düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği bulunmuştur (Howard 2013).

Araştırmamız ve literatüre bakıldığında postpartum anksiyete ile ilişkili etmenler arasında farklı bulguların bulunmuş olmasının nedeni, araştırmamızın COVID-19 pandemisi sırasında yapılmış olması, araştırmamızda postpartum anksiyete belirtileri taşıma sıklığının yüksek bulunmuş olması, literatürde Dünya’da ve özellikle Türkiye’de bu döneme özel geliştirilmiş PASS-TR gibi bir ölçek kullanılarak geniş bir popülasyonda yapılan araştırmanın çok fazla olmaması olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada Sakarya ili postpartum depresyon sıklığı %13,8 iken postpartum anksiyete sıklığı %53,8 bulunmuştur.

Sakarya ilinde seçilen örnekleme EDSDÖ ölçeğine göre postpartum depresyon belirtisi göstermeyle ilişkili durumlar:

- ✓ Düzenli bir işte çalışmıyor olmak
- ✓ Eşlerinin eğitim düzeylerinin düşük olması
- ✓ Eşlerinin işsiz olması
- ✓ Psikiyatrik bozukluk öykülerinin olması
- ✓ Ailelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması
- ✓ Gebelik öncesi sigara içme alışkanlıklarının olması
- ✓ Gebelik sonrası sigara içme alışkanlıklarının olması
- ✓ Hamilelik sürecinde sağlık sorunu yaşamak
- ✓ Acil sezaryen şeklinde doğum yapmak
- ✓ Gebelikte sözel şiddete maruz kalmak
- ✓ Bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmemek
- ✓ Bebek bakımında hiç kimseden yardım almamak
- ✓ Aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetmek
- ✓ Eşlerinden iyi bir duygusal destek alamamak
- ✓ Günlük yaşamda sorunlarını konuşabildiği en az bir kişi olmaması
- ✓ Doğumdan sonra egzersiz yapmamak
- ✓ Doğumdan sonra kendine süre ayıramamak
- ✓ Sosyal medya ve interneti bebekleri hakkında bilgi edinmek için kullanmamak

Sakarya ilinde seçilen örnekleme PASS-TR ölçeğine göre postpartum anksiyete belirtisi göstermeyle ilişkili durumlar:

- ✓ Gebelik sayısının az olması
- ✓ Gebelikte sözel şiddete maruz kalmak
- ✓ Bebek bakımıyla ilgili kendini yeterli hissetmemek
- ✓ Aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissetmek

- ✓ Eşlerinden iyi bir duygusal destek alamamak
- ✓ Günlük yaşamda sorunlarını konuşabildiği en az bir kişi olmaması

Bu araştırma bulguları daha önceki toplum ve hastane temelli çalışmalardan elde edilen sonuçlarla birlikte değerlendirildiğinde, postpartum depresyon ve anksiyetenin erken tanısı ve risk faktörlerinin belirlenerek önlenmesi oldukça önem arz etmektedir. Postpartum depresyon ve anksiyete ülkemizde ve Dünya’da mevcut COVID-19 pandemisi de göz önünde bulundurulduğunda sıklığı artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Araştırmamız, ülkemizde doğum sonrası anksiyete yaygınlığını, bu alanda kullanılmak üzere hazırlanmış bir ölçekle, araştıran ilk araştırmalardan biri olması nedeniyle gelecek çalışmalara öncülük etmesi açısından önemlidir. Özellikle doğum sonrası anksiyete için yaygınlık ve risk faktörleri alanında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Araştırmamızda ortaya konulan postpartum depresyon ve anksiyete ilişkili faktörlere yönelik hem doğum öncesi hem de doğum sonrası destek ve eğitimi içeren psiko sosyal müdahaleler gibi bireye yönelik önlemlerin sağlanmasına, kadınların çalışma hayatına katılımının artırılması gibi topluma yönelik müdahalelere ihtiyaç vardır. Anne ve bebek sağlığı ile ilgilenen tüm sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalığının artması, bu hastalıkların taranması ve sonrasında erken tanı ve tedavisinin sağlanması, bu hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin belirlenerek, önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması gereklidir.

KAYNAKLAR

- Abbasi S, Chuang CH, Dagher R, Zhu J, Kjerulff K. (2013). Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. *J WomensHealth (Larchmt)*, 22(5):412-6.
- Akdeniz F, Aldemir E. (2009). Kadınlara Özgü Ruhsal Hastalıklar. *Klinik Gelisim*, 22:80-83.
- Ali NS, Mahmud S, Khan A, Ali BS. (2013). Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: Aquasi-experimentalstudy. *BMC Psychiatry*,13:274.
- Alikamali M, Khodabandeh S, Motesaddi M, Bagheri Z, Esmaili MA. (2020). The Association Between Demographic Characteristics and Attempting of Pregnancy with Postpartum Depression and Anxiety Among Women Referring to Community Health Centres: A Cross SectionalStudy. *Malays J MedSci*, 27(3):93-104.
- Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. (2018). Postpartum depression and the factorsaffecting it: 2000-2017 studyresults. *J PsyNurs*, 9(3): 147-152.
- Aydemir Ö, GüvenirT, Kuey L, Kültür S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4):280-287.
- Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. (2004). Validation of theTurkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women with in their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,39(6):483-6.
- Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. (2021). In: StatPearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing.
- Beck CT, Gable RK. (2000). PostpartumDepressionScreeningScale: development and psychometrictesting. *NursRes*, 49(5):272-82.

- Bekmezci H, Hamlacı Y, Özerdoğan N. (2016). Türkiye’de postpartum döneme özgü ölçeklerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2):122-128.
- Bener A, Gerber LM, Sheikh J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Womens Health*, 4:191-200.
- Bielinski-Blattmann D, Lemola S, Jaussi C, Stadlmayr W, Grob A. (2009). Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after child birth: the impact of an emotionally supportive partnership. *Int J Public Health*, 54(5):333-9.
- Bottino MN, Nadanovsky P, Claudia L, Moraes ME, Reichenheim, GL. (2012). Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3):219-224.
- Brand SR, Brennan PA. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? *Clin Obstet Gynecol*, 52(3):441-55.
- Brito CN, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TV. (2015). Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saude Publica*, 49:33.
- Britton JR. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period *Depress Anxiety*, 25:793-800.
- Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, Lambelet V, Cleary B, O’Shaughnessy F, Passier A, Richardson JL, Hompes T, Nordeng H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(7):1219-1229.

- Chien L-Y, Tai C-J, Ko Y-L, Huang C-H, Sheu S-J.(2006).Adherenceto “Doing-the-month” practices is associated with fewer physicaland depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Research in Nursing&Health*, 29(5).
- Clout D, Brown R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*,188:60-67
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*,150:782-6
- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MÖ, Rezaki M, Uğur B. (1993). Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993; 184-187.
- Dennis C-L,Falah-Hassani K, Brown HK,VigodS, N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-basedstudy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6).
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic reviewand meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210(5):315-323.
- Dennis CL, McQueenK. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feding out comes? *ActaPaediatr*, 96:590-594.
- DönmezM, Yavuzlar CivanH, Noyan Ahlatçioğlu E, Dülgeroğlu D, YazıcıE, Aydın N. (2017). Annelerin Çalışma Durumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İlişkisinin İncelenmesi- Bir Ön Çalışma. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(1):17-22.
- Duran S. (2020). Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS): Reliability and validity of theTurkish version. *Perspect Psychiatr Care*, 56:95- 101.
- Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. (2010). Incorporating recognition and

management of perinatal and postpartum depression in to pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5):1032-9.

Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 97(3):301-311.

Engindeniz AN, Küey L, Kültür, S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1:51-52.

Erdem Ö, Bucaktepe P. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3):458-461.

Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 25;15:206.

Fallon V, Groves R, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact*, 32(4):740-758.

FallonV, Halford J, Bennett KM, Harrold JA. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Archives of women's mental health*, 19(6):1079–1090.

Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *J Womens Health (Larchmt)*, 23(2):120-128.

Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. (2006). Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 60,(3):299-301.

Feligueras-Alcalá D, Frías-Osuna A, Del-Pino-CasadoR. (2020). Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*, 17(14):5230.

- Field T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev*, 51:24-32.
- Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. (2013). Breast feeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4):332-338.
- Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. (2014). Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *J Am Board FamMed*, 27(1):87-96.
- Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *Obstet. Gynecol*, 2012: 616759.
- Guille C, Newman R, Frymiller LD, Lifton CK, Epperson CN. (2013). Management of postpartum depression. *Journal of midwifery & women's health*, 58(6):643–653.
- Guvenc G, Yesilcinar İ, Ozkececi F, Öksüz E, Ozkececi CF, Konukbay D, Kok G, Karasahin KE. (2020). Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care*, 18.
- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8:248.
- Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. (2017). Depressão e fatores associados: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica*, 33(9):00094016.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23):3-13.

- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956):1775-88.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 10(5):e1001452.
- Jordan V, Minikel M. (2019). Postpartum anxiety: More common than you think. *J. Fam: Pract*, 68(3):165;168;170;174.
- Karaçam Z, Kitiş Y. (2008). The Postpartum depression screening scale: Its reliability and validity for the Turkish population. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2).
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6):593-602.
- Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med*, 12(5):461-7.
- Klainin P, Arthur DG. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10):1355-1373.
- Kołomańska-Bogucka D, Mazur-Bialy AI. (2019). Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression-A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(9):560.
- KolukırcıkÜ, Şimşek H, Ergör A. (2019). Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1): 1-8.
- Köroğlu E. (çeviren), (1995). Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-4), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

- Köroğlu E. (çeviren). (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 91-112.
- Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. (Eds), (2009). Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Lonstein JS. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuro endocrinology*, 28(2–3):115-141.
- Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, Jancic D; NIMH Genetics Initiative Bipolar Disorder Consortium; BiGS Consortium, Coryell WH, Holmans PA, Shi J, Knowles JA, Scheftner WA, Weissman MM, Levinson DF, DePaulo JR Jr, Zandi PP, Potash JB. (2009). Genome-widelink age and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry*, 166(11):1229-37.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. (2009). Postpartum Depresyon. *Turkiye Klinikleri J Med*, 29(1):206-14.
- Martin C. (Ed.), (2012). Perinatal Mental Health: A Clinical Guide.
- Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, Honikman S, Milgrom J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *NatRevDisPrimers*, 4:18022.
- MillerRL, Pallant JF, NegriLM. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, 6:12.
- Miura A, Fujiwara T. (2017). Intimate Partner Violence during Pregnancy and Postpartum Depression in Japan: A Cross-sectional Study. *Front Public Health*, 24(5):81.
- Moraes GP, Lorenzo L, Pontes GA, Montenegro MC, Cantilino A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother*, 39(1):54-61.

- Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. (2020). Postpartum Depression. In: StatPearl. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. (2006). New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*, 296(21):2582–2589.
- NakićRadoš S, Tadinac M, Herman R. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*, 57(1):39-51.
- Norhayati MN, NikHazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175: 34-52.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*, 48(9):801-6.
- O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and a etiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1):3-12.
- Orhon FS, Ulukol B, Soykan BA. (2007). Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatr*, 96:1777-1783.
- Osborne LM. (2018). Recognizing and managing post partum psychosis: A clinical guide for obstetric providers. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(3):455–468.
- Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. (2005). Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1):96-107.
- Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. (2019). Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract*, 22(1):85-91.
- Öner N, Lecompte A. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. baskı İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1998;2-10.

- Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4): 420-428.
- Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, Psaros C, Ross K, Rigotti N. (2009). The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: a longitudinal study. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 11(6):707–714.
- Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Carol S. (2013). Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *Weisman Pediatrics*, 131(4):1218-1224.
- Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2).
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4):357–364.
- Pope CJ, Mazmanian D. (2016). Breast feeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment*, 2016:9.
- Prenoveau JM, Craske MG, West V, Giannakakis A, Zioga M, Lehtonen A, Davies B, Netsi E, Cardy J, Cooper P, Murray L, Stein A. (2017). Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. *Developmental psychology*, 53(1):50–62.
- Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. (2011). Factors Associated With Postpartum Depression in Chilean Women. *Health Care for Women International*, 32(10):939-949.
- Rai S, Pathak A, Sharma I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(2):216–S221.

- Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. (2013). Fear of child birth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 28(3):11.
- Reck C, Noe D, Gerstenlauer J, Stehle E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35(2): 264-272.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009 Feb;113(1-2):77-87. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.003. Epub 2008 Jun 24. PMID: 18573539.
- Ross LE, Dennis C-L, Blackmore ER, Stewart DE. (2005). Postpartum Depression: A Guide for Front Line Health and Social Service Providers. Centre for Addiction and Mental Health.
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national. *Swedish sample Arch. Womens Ment. Health*, 8:97-104.
- Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological well being in Africa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 123:17-29.
- Seymour M, Giallo R, Cooklin A, Dunning M. 2014. Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development*, 41 (2):314–323.
- Sharma V, Mazmanian D. (2014). The DSM-5 peripartum specifier: Prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*, 17(2):171-3.
- Shlomi Polachek I, Huller Harari L, Baum M, Strous RD. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 51(2):128-34.

- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 104:235-248.
- Slomian J, Emonts P, Vigneron L, Acconcia A, Glowacz F, Reginster JY, Oumourgh M, Bruyère O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1):213.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*, 15:1745506519854864.
- Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, Coo S, Doherty D, Page AC. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*, 17:443–454.
- Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*, 51:69.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene, RE. (1970). STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956):1800-19.
- Stepowicz A, Wencka B, Bieńkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. (2020). Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24):9450.
- Stewart DE, Robertson E, Dennis, C-L, Grace SL, Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto Public Health.

- Stuart-Parrigon K, Stuart S. (2014). Perinatal depression: An update and overview. *Current psychiatry reports*, 16(9):468.
- Sun L, Wang S, Li XQ. (2020). Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 55(6):588-601.
- Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, Foster G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*, 118(8):966-77.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi.
- Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Niger J Clin Pract*, 21(11):1525-1530.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. (2015). Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*, 125(5):1268-1271.
- Toler S, Stapleton S, Kertsburg K, Callahan, TJ, Hastings-Tolsma M. (2018). Screening for postpartum anxiety: A quality improvement Project to promote the screening of women suffering in silence. *Midwifery*, 62:161–170.
- Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. (2015). Socio demographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15:108.
- Wisner KL, Sit DKY, McShea MC. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5):490–498.
- World Health Organization (WHO). (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva

- Yagmur Y, Ulukoca N. (2010). Social support and postpartum depression in low-socio economic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int. J. Public Health*, 55:543-549.
- Yang X, Fang Y, Chen H, Zhang T, Yin X, Man J, Yang L, Lu M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30(36):1-11
- Yazıcı E, Pek TM, Yuvacı UH, Köse E, Cevrioglu S, Yazıcı AB, Çilli AS, Erol A, & Aydın N. (2018). Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4):609-617.
- Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study, *Midwifery*, 55.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni



Ek 2. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.03.2021-21477



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-71522473-050.01.04-21477-234
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 17.03.2021 tarihli 234 sayılı değişiklik başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmada 163 olan gönüllü örneklem sayısının 282 ye çıkarılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
30.03.2021

Bu belge, güvenli elektronik imzayla imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : BE19BY71S Pin Kodu : 08712 Belge Takip Adresi : <http://193.140.253.232/envisyon.Soruda/BelgeDogrulama.asp?V=BE0FBYH3N>
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacuk Kampüsü, Kocacuk, Adapazarı/Sakarya Bilgi için: Yücel Demir
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr Telefon No: 2953129

Ek 3. Aydınlatılmış Gönüllü Olur Formu

AYDINLATILMIŞ GONULLU OLUR FORMU

Araştırmanın adı:

Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler

Sizi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dallarının ortaklaşa yürüttüğü "Sakarya İlinde Lohusalarda Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve İlişkili Etmenler isimli bilimsel çalışmaya davet ediyoruz.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir ve doğum sonrası dönemde riskli zaman dilimleri arasındadır. Lohusalık döneminde görülen depresyon hem annenin hem bebeğin hem de toplumun yaşamında çok olumsuz sonuçları beraberinde getirdiği halde sıklıkla gözden kaçmaktadır. Bu dönemde yapılan tarama çalışmaları sorunun boyutunu tespit etmeye ve alınacak önlemlerin şekillenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca tarama çalışmasına katılan hastaların da tespit edilerek tedaviye yönlendirilmesi sağlanmakta böylece toplumun o kesimi için çalışma ilave bir fayda sağlamaktadır. Doğum sonrasında erken dönemde taranarak tespit edilebilecek depresyon ve anksiyetenin erken müdahale ile anne, bebek, aile ve toplum için daha olumlu sağlık çıktıları ortaya çıkaracağı aşikârdır. Bu bilgilerden yola çıkarak Sakarya ilindeki lohusaları temsil eden bir örnekleme depresyon ve anksiyete sıklığının tespiti ve bu sıklıkla ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte planlanan bu prevalans (sıklık) çalışmasının, 01.08.2020 tarihinden 31.05.2021 tarihine kadar sürmesi planlanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür desteğiyle hazırlanmış Sosyodemografik veri formu, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılacaktır. Anketler araştırmacılar tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanacaktır. Sosyodemografik veri formu 56 sorudan oluşmakta olup; lohusaların yaş, yaşadıkları ilçe, lohusalık haftaları, medeni hal, çocuk cinsiyeti, çocuk sayısı, sosyal destek durumu, eşle ilişkiler, gebelikte ortaya çıkan sorunlar, ailede ki ruhsal sorunlar, maddi durum, çalışma durumu, eğitim durumu, önceki hastalıklar, bebek bakımı, aile büyüklerinin desteği, internet/sosyal ağ kullanımları, bebeğin beslenmesi, bebeğin aşılması, şiddet, iş yükü vb gibi sorular içermekte olup, bağımsız değişkenlerin tespiti amacıyla sorulacaktır. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği 31 sorudan oluşmakta olup kaygı /endişe derecesini ölçmekte kullanılmaktadır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 10 sorudan oluşmakta olup, doğum sonrası depresyonun derecesini ölçme amaçlı kullanılmaktadır. Araştırma kapsamında tarafınıza toplamda 97 soru yöneltilen olup ortalama 45 dk süreceği öngörülmektedir.

Sizin de bu anket araştırmasına katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilirsiniz.

Sizden kimlik bilgileriniz bu araştırmada istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddetme hakkına sahipsiniz.

Olas riskler ve faydalar:

Yapılacak araştırmanın getirebileceği olas riskler:

Size ait kimlik bilgileri sorgulanmayacak, anketin sizin tarafınızdan doldurulduğu bilinmeyecektir. Vermiş olduğunuz cevaplar ise kesinlikle gizli kalacak, başka şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Olas yararlar:

Bu çalışmadan elde edilecek veriler sayesinde Sakarya ilinde lohusalarda gözlenen depresyon ve anksiyete sıklığı ve ilişkili etmenler ve risk faktörleri tespit edilecektir. Bu risk faktörlerine sahip lohusalara erken müdahale etme şansı doğacaktır. Ruhsal ve bedensel yönden daha sağlıklı anneler, bebekler, aileler ve topluluklar oluşturulabilecektir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın **Prof. Dr.Hasan Çetin Ekerbiçer** tarafından Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Versiyon numarası: 01 tarihi: 15.02.2018

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*) Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun mesleki veya sosyal ilişkilerime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

AYDINLATILMIş GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Bu araştırmaya gönüllü olarak kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katıldığımı kabul ediyorum, istediğim zaman gerekeçeli veya gerekeçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer
Sakarya Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD.
Tarih:

Ek 4. Anket Soruları

SAKARYA İLİNDE DOĞUM SONRASI KADINLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLER ÇALIŞMASI

Tarih: .../.../.....

Değerli katılımcı,

Doğum sonrası dönem kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Bu araştırma doğum sonrası kadınlarda anksiyete ve depresyonun sıklığı ve ilişkili faktörleri incelemek için yapılmaktadır. Çalışmaya katılıp katılmamak sizin kararınız olup, katılmayı kabul ederseniz verdiğiniz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Tüm soruları yanıtlamanız ve içten yanıtlar vermeniz araştırma verilerinin güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Katılarınız için şimdiden teşekkür ederiz. Araştırma ekibi

1-Adı Soyadı:

2-Yaş:.....

3-Yaşadığınız Yer (İlçe) :.....

4-Medeni Hal:

Evli Bekar Dul Boşanmış

5-Boyunuz: 6-Kilonuz:

7- Son gebeliğinizde kaç kilo aldınız?.....

8-Bebegin Cinsiyeti: Kız Erkek

9-Bebegin Doğum Ağırlığı /Boy: /

10-Bebegin Doğum Tarihi:

11-Toplam kaç gebelik geçirdiniz ?

(son gebelik dahil)

12-Toplam kaç çocuğunuz var?

13-Daha önce ölü doğum ya da düşük yaşadınız

mi? Evet Hayır

Ölen çocuk: Evet Hayır

Kürtaj: Evet Hayır

14-En son gebeliğinizi nasıl tanımlarsınız?

Planlı gebelik

Plansız(sürpriz) istenen gebelik

Hem plansız hem istenmeyen gebelik

15-Eğitim durumunuz:

Okuryazar değil Okuryazar

İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu

Yüksek Lisans/Doktora mezunu

16-Çalışma durumunuz:

Ev hanımı

Düzenli bir işte çalışıyorum

Düzensiz olarak çalışıyorum

17-Eşinizin yaşı:

19-Eşinizin çalışma durumu nedir ?

İşsiz /Çalışmıyor

Düzenli bir işte çalışıyor

Düzensiz olarak çalışıyor

20-Eşinizin eğitim durumu:

Okuryazar değil Okuryazar

İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu

Yüksek Lisans/Doktora mezunu

21- Eşinizin fiziksel ya da kronik bir hastalığı var mı?

(Hipertansiyon,Diyabet,Kanser,Engellilik,Kas iskelet hastalığı v.b.)

Evet Hayır Varsa belirtiniz.....

22-Eşinizin ruhsal hastalığı var mı?

(Depresyon,Panik Bozukluk,Psikoz,Alkol/Madde bağımlılığı v.b.)

Evet Hayır Varsa belirtiniz.....

23-Doğum sonrası eşinizin size olan duygusal desteğini nasıl tariflersiniz?

Çok iyi İyi Ne iyi ne kötü

Kötü Çok kötü

1/3

24-Gebelik sürecinde eşiniz size şiddet uyguladı mı?

Fiziksel şiddet: Evet Hayır

Sözel şiddet: Evet Hayır

25-Doğum sonrası süreçte eşiniz size şiddet uyguladı mı?

Fiziksel şiddet: Evet Hayır

Sözel şiddet: Evet Hayır

26-En son gebeliğinizde kendinizle ilgili bir sağlık sorununuz oluştu mu?

Evet Hayır

27-En son gebeliğinizde bebekle ilgili bilinen bir sağlık sorunu oluştu mu?

Evet Hayır

28-Herhangi bir sağlık merkezine ruhsal durumunuzla ilgili başvurunuz oldu mu?

Hayır.Başvurmadım.

Gebelik öncesinde

Gebelikte

Gebelik Sonrasında

29-Herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Hayır almadım.

Gebelik öncesinde

Gebelikte

Doğum Sonrasında

Varsa belirtiniz.....

30-Herhangi bir psikiyatrik tedavi veya terapi aldınız mı?

Hayır almadım.

Gebelik öncesinde

Gebelikte

Doğum Sonrasında

Varsa belirtiniz.....

31-Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı?

Evet Hayır

32-Gebelik öncesinde sigara kullanıyor muydunuz?

Evet Hayır

33-Gebelik sürecinde sigara kullandınız mı?

Evet Hayır

34-Doğum sonrası döneminizde sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

35-Gebelikte ortaya çıkan kronik bir hastalığınız var mı?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Hayır /Yok

Diyabet (Yüksek şeker)

Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)

Ortopedik Bozukluk

Tiroid hastalığı (Guatr)

Migren

Diğer (belirtiniz).....

36-Bebeginizin doğumu nerede gerçekleşti ?

Evde /Sağlık Kuruluşu Dışında

Kamu hastanesinde

Özel Hastane /Sağlık Kuruluşunda

37-Bebeginizin doğumu hangi yolla gerçekleşti?

Normal Doğum Acil Sezeryan ile Doğum

Planlı Sezeryan ile Doğum

38-Bebeginize ilk ne zaman dokundunuz ?

Doğumdan hemen sonra

Doğumdan sonraki ilk 1 saat

Doğumdan sonraki 1-3 saat arası

Doğumdan sonraki 3.saat ve fazlası

39-Bebeginizi ilk ne zaman emzir diniz?

Doğumdan hemen sonra

Doğumdan sonraki ilk 1 saat

Doğumdan sonraki 1-3.saat arası

Doğumdan sonraki 3.saat ve fazlası

40-Bebeginizi ne ile besiyorsunuz ?

Sadece Anne sütü

Anne sütü ve Mama

Sadece Mama

41-Doğumdan sonra sizi en çok zorlayan seçenek hangisidir ?

- Uykusuzluk
Yorgunluk
Bebegin Bakımı
Ev işleri/Yemek yapma

42-Bebeginizin aşları hakkındaki düşünceniz nedir ?

- Aşların tamamını yaptıracağım .
Aşların bir kısmını yaptıracağım .
Aşıya karşıyım. Yaptırmayacağım.

43-Bebeginizin bakımıyla ilgili kendinizi yeterli hissediyor musunuz ?

- Evet Hayır

44-Bebeginizin bakımında size en çok kim yardımcı oluyor ?

- Yardım almıyorum.
Eşim
Eşimin anne/babası
Benim anne/babam

45-Evinizde sürekli yaşayan toplam kişi sayısı:.....

46-Bebeginizin bakımı konusunda bilgileri en çok nereden sağlıyorsunuz?

- Aile Büyükleri İnternet/Sosyal Medya
Bebek Gelişim Kitapları Arkadaş
Sağlık çalışanları (Ebe,Hemşire,Doktor)

47-Bebeginizin bakımı konusunda aile büyüklerinin yönlendirici baskısını hissediyor musunuz?

- Evet Hayır

48-Günlük yaşantınızda sorunlarınızı rahatça konuşabildiğiniz insanlar var mı?

- Hayır yok 1-2 kişi var 3-4 kişi var
5 ve daha fazla kişi var

49-Doğum sonrası; gün içinde kendinize ayırdığınız süre ne kadardır ?

- Yalnız kalmıyorum.
2 saatten az
2-4 saat
4 saatten fazla

50-Doğum sonrası egzersiz(yürüyüş,sportif faaliyetler,dans,yoga,fitness v.b.)yapıyor musunuz?

- Egzersiz yapmıyorum
Evet her gün
Haftada 3-4 gün
Haftada 1-2 gün

51-Akıllı telefon kullanıyor musunuz ?

- Evet Hayır

52-Sosyal medya hesabınız var mı?

- Evet Hayır

53-Sosyal medyada 1 günde ortalama ne kadar süre geçirirsiniz?

- 1 saatten az
1-2 saat arası
2-3saat arası
3-6 saat arası
6 saatten fazla

54-Sosyal medya kullanıyor sanız doğum sonrası süreçte ne sıklıkta paylaşım yaptınız?

- Hemen hergün
Haftada birkaç kez
Ayda birkaç kez
Ayda birden az

55-Sosyal medya veya interneti; bebeginiz hakkında bilgi edinmek için kullanır mısınız ?

- Sık sık kullanırım
Bazen kullanırım
Hayır kullanmam

56-Ailenizin toplam gelir düzeyi ne kadardır?

- 2000 tl ve altı 6001-8000
2001-4000 8001-10.000
4001-6000 10.000 üstü

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

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

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

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

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

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

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

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

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

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

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

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

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok sık değil

Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, oldukça sık

Çok seyrek

Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen

Hemen hemen hiç

Asla

Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

ANTENATAL

POSTNATAL

TARİH:

İsim: Gebelik Haftası: Bebek Yaşı:

Aşağıdakileri **geçtiğimiz ay ne sıklıkla** yaşadınız? Lütfen **her** soru için yaşadıklarınıza **en yakın** olan yanıtı işaretleyiniz

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Bebek / gebelik ile ilgili endişe	0	1	2	3
2. Bebeğe zarar geleceği ile ilgili korku	0	1	2	3
3. Bir şeylerin kötü gideceğine dair korku hissi	0	1	2	3
4. Pek çok şey hakkında endişelenme	0	1	2	3
5. Gelecek hakkında endişe	0	1	2	3
6. Birşeylerin üstüne fazla yüklendiğini hissetme	0	1	2	3
7. İğne, kan, doğum, ağrı vb. şeyler konusunda çok şiddetli korkular	0	1	2	3
8. Birden bastıran aşırı korku veya huzursuzluk	0	1	2	3
9. Durdurulması veya kontrol edilmesi zor olan, tekrarlayan düşünceler	0	1	2	3
10. Uyumak için fırsatım olsa bile uyumakta zorlanma	0	1	2	3
11. İşleri belirli bir düzen veya sıra ile yapmak zorunda hissetme	0	1	2	3
12. Herşeyin mükemmel olmasını isteme	0	1	2	3
13. Herşeyi kontrol etme ihtiyacı	0	1	2	3
14. Birşeyleri defalarca kontrol etmeyi veya yapmayı durdurmakta zorluk	0	1	2	3
15. Diken üstünde hissetme veya kolayca irkilme	0	1	2	3
16. Tekrarlayan düşüncelerin yol açtığı rahatsızlık / sıkıntı	0	1	2	3
17. Birşeyler için tetikte olma ya da dikkatli olma ihtiyacı	0	1	2	3
18. Tekrarlayan anılar, rüyalar ya da kabuslardan dolayı üzülmeye, sıkıntı çekme	0	1	2	3

Devamı Arkayüzünde

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
19. Başkalarının önünde kendimi rezil edeceğim endişesi	0	1	2	3
20. Diğer insanların beni olumsuz yargılayacağı korkusu	0	1	2	3
21. Kalabalık içinde fazla rahatsız hissetme	0	1	2	3
22. Huzursuz olacağım korkusu ile sosyal aktivitelerden kaçınma	0	1	2	3
23. Huzursuz eden şeylerden kaçınma	0	1	2	3
24. Kendinizi sanki bir filmde izliyormuş gibi kopuk hissetme	0	1	2	3
25. Zamanın nasıl geçtiğini farkedememe ve ne olduğunu hatırlayamama	0	1	2	3
26. Yakın zamanda olan değişikliklere uyum sağlamakta zorluk	0	1	2	3
27. Birşeyler yapabilmenize engel olan kaygı	0	1	2	3
28. Konsantre olmayı güçleştiren yarışan düşünceler	0	1	2	3
29. Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
30. Paniklemiş hissetme	0	1	2	3
31. Tedirgin (ajite) hissetme, kıpırdanma	0	1	2	3
Toplam Puan				

Referans: Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8 © Department of Health, State of Western Australia (2013)

Türkçe versiyonu için: Esra Yazıcı, Tuğba Mutu Pek, Hilal Uslu Yuvacı, Elif Köse, Serhan Cevrioglu, Ahmet Bulent Yazıcı, Ali Savaş Çilli, Atila Erol & Nazan Aydın ;Perinatal Anxiety Screening Scale validiy and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability), *Journal of Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018 DOI: 10.1080/24750573.2018.1506247 dresrayazici@yahoo.com

Ek 5. Valilik Makam Oluru



SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA
TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
13/08/2020 10:08 - 68512142 - 020 - E.580



00122791994

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 68512142-020
Konu : Araştırma İzin Talebi (Sor. Arş.
Prof. Dr. Hasan Çetin
EKERBİÇER)

VALİLİK MAKAMINA

Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığının 10/07/2020 tarihli ve E.6158 sayılı, Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığının 30/07/2020 tarihli ve E.6880 sayılı, Sor. Arş. Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'in 05/08/2020 tarihli araştırma izin talebine ilişkin yazılar ve dilekçe ile Müdürlüğümüz ilgili Komisyonunun 12/08/2020 tarihli ve 2020-03 No'lu toplantı karar tutanağına istinaden; Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Muahammed Nurullah SEZER'in uzmanlık tezi olarak planlanan "*Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler*" başlıklı araştırmanın Sorumlu Araştırmacısı Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER ile Yardımcı Araştırmacıları Doç. Dr. Esra YAZICI, Dr. Öğr. Üyesi Elif KÖSE ve Arş. Gör. Dr. Muhammed Nurullah SEZER tarafından Sakarya İlinde yer alan Aile Sağlığı Merkezlerinde 01/08/2020 – 31/05/2021 tarih aralığında yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanacak *Sosyodemografik Veri Formu, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği* aracılığıyla Sakarya İlinde yaşayan 18-49 yaş arası kadınlardan 3-6 hafta arasında doğum yapmış (lohusa) bireylere (163 kişi) yönelik;

- 1- Başvuru Formu C. Araştırma Kapsamı C.7 Veri Toplama Yöntemi bölümünde, "*Anketler araştırmacılar tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanacaktır.*" denmektedir. Bu kapsamda içinde bulunduğumuz COVID- 19 salgını sürecinde bulaşma riski nedeniyle Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunun belirlediği hastalıktan korunmaya ve salgının yayılmasının önlenmesine ilişkin tedbirlere araştırma esnasında titizlikle riayet edilerek,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyularak,
- 3- 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31. Maddesi, 5. Fıkrasında belirtilen "*Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.*" hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta

İl Sağlık Müdürlüğü Resmî Daireler Yerleşkesi C-Blok 15 Temmuz Camii Mah.
Karapınar Cad. Adapazarı / SAKARYA
Telefon: Faks No:
e-Posta: semra.erseven@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sakaryaism.gov.tr
e-posta: hsm54.tsh@saglik.gov.tr

Bilgi için: Semra ERSEVEN

EBE

Telefon No: (0 264) 251 35 50

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2b6c2568-b2cd-4884-9143-0ac84afa25b5 kodu ile eri şebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23. Maddesi 1. Fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hususuna ve sözü edilen hükümlere uyularak,

- 4- 07/04/2016 tarihli ve 29677 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hususuna uyularak,
- 5- Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, ASM sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerektiği ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği hususlarına uyularak, ayrıca araştırma kapsamında Aile Sağlığı Merkezine bağlı mahremiyeti sağlanmış bir oda ya da bölümün kullanımının sağlanması talebinin ilgili Aile Sağlığı Merkezine uygunluk durumuna göre değerlendirilerek, yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla yapılabilmesini;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../08/2020

e-imzalıdır.
Ömer Bedrettin SAĞSÖZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü Resmî Daireler Yerleşkesi C-Blok 15 Temmuz Camili Mah.
Karapınar Cad. Adapazarı / SAKARYA
Telefon: Faks No:
e-Posta: semra.erseven@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sakaryaism.gov.tr
e-posta: hsm54.tsh@saglik.gov.tr

Bilgi için: Semra ERSEVEN

EBE

Telefon No: (0 264) 251 35 50

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2b6c2568-b2cd-4884-9143-0ac84afa25b5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Lohusaların Resmi Sayısı



T.C.
HENDEK KAYMAKAMLIĞI
İlçe Sağlık Müdürlüğü

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA
HENDEK İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
03/01/2020 17:23 - E-28214410 - 231.01.07 - E.47



Sayı : 28214410-231.01.07
Konu : Lohusa Sayıları

3 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE (54.07.014 Nolu Aile Hekimliği Birimi)

İlgi :Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 03/01/2020 tarihli ve 10792537-231.01.07-9 sayılı yazı.

10/12/2019 tarihli ve 366 sayılı yazı ile Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından istemiş olduğunuz lohusa sayılarını gösteren tablo yazımız ekinde gönderilmekte olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz.Dr. Burcu BAŞARAN
GÜNGÖR
Hendek İlçe Sağlık Müdürü

Ek: Lohusa Sayıları

Telefon: Faks No:

e-Posta: nurgul.atis@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Belge Doğrulama Kodu: 9f71f6d6-891b-4730-89e1-3e9194cb1be4

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nurgül ATIŞ

EBE

Telefon No:

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>