

NURAY ASLANKAYA

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

2023

DUDAK VE DAMAK YARIĞI OLAN BEBEĞE SAHİP ANNELERİN  
POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NURAY ASLANKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

MAYIS 2023

DUDAK VE DAMAK YARIĞI OLAN BEBEĞE SAĞIP ANNELERİN  
POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NURAY ASLANKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

MAYIS 2023

Bu tez Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

---

Prof. Dr. V. Cengiz Özalp  
Enstitü Müdürü

Bu tezin **Atılım Üniversitesi Hemşirelik Alanında Yüksek Lisans** derecesinin tüm gerekliliklerini karşıladığı onaylanmıştır.

---

Doç. Dr. Handan Boztepe  
Bölüm Başkanı

Nuray Aslankaya tarafından teslim edilen “Dudak ve Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı bu tezin kapsam ve kalite bakımından Yüksek Lisans derecesi için yeterli olduğu düşünülmektedir.

---

Dr. Öğr. Üyesi Cansu Akdağ Topal  
Eş Danışman

---

Doç. Dr. Handan Boztepe  
Danışman

**Tez Jürisi Üyeleri:**

Doç. Dr. Münevver Sönmez  
Hemşirelik Bölümü, Atılım Üniversitesi

Doç. Dr. Handan Boztepe  
Hemşirelik Bölümü, Atılım Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Cansu Akdağ Topal  
Hemşirelik Bölümü, Atılım Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Doğu  
Ebelik Bölümü, Medipol Üniversitesi

**Tarih:** 26 Mayıs 2023

İşbu belge ile tezimde yer alan tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca, kurallar gereği bu çalışmada özgün olmayan tüm materyal ve sonuçlar için ilgili kaynakların verildiğini beyan ederim.

Nuray Aslankaya

İmza:

## ABSTRACT

### DETERMINATION OF POSTPARTUM DEPRESSION LEVELS IN MOTHERS OF INFANTS WITH CLEFT LIP AND PALATE

ASLANKAYA, Nuray

MSc., Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Handan BOZTEPE

Co-Supervisor: Asst. Prof. Cansu AKDAĞ TOPAL

May 2023, 82 pages

This study is a descriptive cross-sectional study conducted to determine the postpartum depression levels of mothers of infants with cleft lip and palate. The study included 150 mothers with infants with cleft lip and palate who were monitored at Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Outpatient Clinic and who met the inclusion criteria. The data were collected by interviewing the mothers between January 2 and April 1, 2023, using the Socio-demographic Data Form and Edinburgh Postnatal Depression Scale. Of 35.33% (n=53), participants scored 12 and above on the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Among the potential risk factors, it was discovered that mother smoking status, time of learning the baby's diagnosis, having gone through a traumatic or upsetting experience while pregnant, the baby's gender, and low economic status were statistically significant. Considering that babies with cleft lip and palate are exposed to complex medical and surgical interventions, it is thought that the mothers of these babies experience more stress, fear, anxiety, and depression. For this reason, mothers with babies with cleft lip and palate should be well observed by nurses in the postpartum period and evaluated for depression. Mothers experiencing postpartum depression should be referred to the necessary units.

**Keywords:** postpartum depression, cleft lip, cleft palate, nursing

## ÖZ

### DUDAK VE DAMAK YARIKLI BEBEĞE SAHİP ANNELERİN POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ASLANKAYA, Nuray  
Yüksek Lisans, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümü

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Handan Boztepe

Ortak Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Cansu Akdağ Topal

Mayıs 2023, 82 sayfa

Bu çalışma, dudak ve damak yarığı olan bebeğe sahip annelerin, postpartum depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılmış, tanımlayıcı kesitsel türde bir araştırmadır. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Polikliniği'nde takip edilen, dudak ve damak yarığı olan bebeğe sahip, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 150 anne dahil edilmiştir. Veriler 2 Ocak – 1 Nisan 2023 tarihleri arasında anneler ile görüşülerek, Sosyo-demografik Veri Formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan 53 (%35,33) kişinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden 12 ve üzerinde puan aldığı belirlenmiştir. Olası risk faktörlerinden, annenin sigara kullanma durumu, bebeğin tanısını öğrenme zamanı, gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumu ve bebeğin cinsiyeti, düşük ekonomik düzey istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Dudak damak yarıklı bebeklerin karmaşık tıbbi ve cerrahi müdahaleye maruz kaldıkları göz önüne alındığında, bu bebeklerin annelerinin stres, korku, anksiyete, depresyon gibi durumları daha fazla yaşadığı düşünülmektedir. Bu sebeple dudak damak yarıklı bebeğe sahip anneler doğum sonrası dönemde hemşireler tarafından iyi gözlemlenmeli ve depresyon açısından değerlendirilmelidir. Postpartum depresyon varlığı tespit edilen anneler gerekli birimlere yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** postpartum depresyon, yarık dudak, yarık damak, hemşirelik





## İÇİNDEKİLER

ABSTRACT .....	iii
ÖZ .....	iv
TEŞEKKÜR .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
TABLO LİSTESİ.....	ix
SEMBOL/KISALTMA LİSTESİ .....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı .....	5
1.3 Araştırma Soruları .....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Dudak Damak Yarığı Embriyolojisi.....	6
2.2 Dudak Damak Yarığı Epidemiyolojisi .....	6
2.3 Dudak Damak Yarığı Etiyolojisi .....	7
2.3.1 Çevresel Faktörler .....	8
2.4. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Sık Görülen Problemler/Sorunlar.....	9
2.4.1 Beslenme Problemleri .....	9
2.4.2 Solunum Problemleri.....	11
2.4.3 Orta Kulak Enfeksiyonları ve İşitme Problemleri.....	12
2.5 Dudak Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Ailelerin Yaşadıkları Problemler.....	12
2.6 Postpartum Depresyon.....	17
2.7 Postpartum Depresyon Epidemiyolojisi .....	18
2.8 Postpartum Depresyon Risk Faktörleri.....	19
2.8.1 Psikososyal Faktörler .....	19
2.8.2 Biyolojik Faktörler.....	20
2.8.3 Obstetrik Faktörler .....	20
2.8.4 Gebelikle İlişkili Faktörler.....	21
2.9 Postpartum Depresyon Komplikasyonları .....	21

2.10 Hemşirenin Rolü .....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	27
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	27
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	27
3.4 Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.4.1 Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri.....	28
3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	28
3.5.1 Sosyo-demografik Özellikler Formu(Ek-A) .....	28
3.5.2 Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek-B) .....	29
3.6 Araştırma İzni .....	30
3.7 Verilerin Toplanması.....	30
3.8 Veri Analizi .....	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA .....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA .....	58
EKLER.....	73
EK-A: SOSYODEMOGRAFİK FORM.....	73
EK-B: EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	77
EK-C: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU .....	80
EK-D: ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL İZİNİ.....	81
EK-E: HASTANE ÇALIŞMA İZİNİ .....	82

## TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Araştırmaya katılan bireylere ait demografik özellikler.....	32
Tablo 4.2: Araştırmaya katılan bireylerin özellikleri ile risk durumu taşımaları arasındaki ilişkiler.....	35
Tablo 4.3: Bireylere ait özelliklerin risk grupları bazında karşılaştırmaları .....	40
Tablo 4.4: Araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine göre EPDÖ ölçeğinden elde edilen risk puanları arasındaki karşılaştırma sonuçları.....	41



## SEMBOL/KISALTMA LİSTESİ

**DSM-5:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)



# 1. GİRİŞ

## 1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Dudak ve damak yarığı embriyolojik dönemde tam olarak nedeni bilinmemekle birlikte, genetik ve çevresel faktörlerden dolayı bebeğin yüz bölgesindeki yapıların birleşme problemi sebebiyle ortaya çıkan konjenital bir anomalidir [1]. Dudak ve damak yarıkları baş ve boyun bölgesinin sıklıkla görülen konjenital malformasyonları arasında yer almaktadır [2].

Dünyada insidansı her 1000 canlı doğumda 1 olarak belirlenmiştir [3]. Salari ve arkadaşlarının (2021) yaptığı meta-analiz çalışmasında, yarık damak prevalansının her 1000 canlı doğumda 0.33, yarık dudak prevalansının her 1000 canlı doğumda 0.3 ve yarık dudak-damak prevalansının da her 1000 canlı doğumda 0.45 olduğu belirlenmiştir [4]. Wei-Jung Chang ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında 1994 ve 2013 yılları arasında yarık dudak damak prevalansının 1000 doğumda 1.48 olduğunu belirlenmiştir [5]. Alonso ve arkadaşlarının (2020) retrospektif olarak yürüttükleri çalışmada da yarık dudak damağa ait prevalans 10.000 kişide 3.27 olduğu belirlenmiştir [6]. Matthews ve arkadaşlarının (2015) retrospektif olarak yürüttükleri çalışmada ortalama doğum prevalansı, yarık damaklı veya yarık dudak için 1000 canlı doğumda 0.82 ve yarık damak için 1000 canlı doğumda 0.58 olduğu belirlenmiştir [7]. Bell ve arkadaşlarının (2013) Avustralya’da yaptıkları araştırmada 1980-2009 yılları arasında yarık dudak ve damaklı bebek insidansı 10000 de 12.05 olarak belirlenmiş ve 1980-2004 yılları arasında sadece yarık damaklı bebek insidansı 10.000 de 10.12 olarak belirlenmiştir [8]. Zhu ve arkadaşlarının (2021) Çin’de yaptıkları çalışmada ise, yarık dudak ve/veya damak prevalansı, her 10.000 canlı doğumda 7.55 olarak belirlenmiştir [9]. Literatür incelendiğinde Türkiye’de dudak damak yarığı prevalansına ilişkin çalışma sayısı sınırlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde Altunhan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada dudak damak yarığı görülme insidansının 1000 canlı doğumda 1.7 olarak belirlenmiştir [10].

Dudak damak yarıklı bebekler doğumdan itibaren birçok sorun yaşamaktadırlar. Özellikle de beslenme ve yutma zorluğu, havayolu yönetiminde zorluk, büyüme ve gelişmede geçikme, diş çürükleri, geçirdikleri operasyonlara bağlı ağrı, psikolojik

sorunlar gibi bir çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar [11]. Küçüküven ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada yarık dudaklı bebeklerde beslenme güçlükleri görülürken, yarık damaklı bebeklerde aspirasyon, boğulma ve yetersiz büyüme gibi zorluklar yaşadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada dudak damak yarıklı bebeklerin %59,5' inin doğumdan sonra yoğun bakımda kaldığını ve bebeklerin %42' si başlangıçta nazogastrik veya orogastrik sonda ile beslendiği ve bebeklerin %31,9' unun palatal obturatör kullandığı ifade edilmiştir [12]. Kramer ve arkadaşlarının (2007) dudak-damak yarıklı bebeklerin yaşadığı problemlere yönelik yaptığı çalışmada bebeklerin %81'inin beslenme sorunu yaşadığı ve damak yarığı olan tüm bebeklerde emzirme problemleri görüldüğü belirlenmiştir [13]. Sato ve arkadaşlarının (2023) Japonya'da 2011-2014 yılları arasında doğan 248 orofasiyal yarığa sahip bebeğin konjenital anomalilerini araştırdığı çalışmasında, orofasiyal yarıklı 248 bebekten 104'ünde yarık dudak ve yarık damak, 68'inde yarık dudak, 58'inde ise yarık damak tespit edilmiştir. Sendromik dudak damak yarıklı bebeklerin %41,7'sinde trizomi 13 tespit edilmiştir. Sendromik yarık damaklı bebeklerin %80'inde ise Pierre Robin Sendromu görülmüştür [14]. Dudak damak yarığı olan bebeklerde fizyolojik, psikolojik ve fonksiyonel problemler görülmekle birlikte ebeveynlerde de bu süreçte psikososyal sorunlar görülebilmektedir.

Tüm ebeveynler sağlıklı ve "mükemmel" bir bebeğe sahip olmak isterler. Gebelik ve doğum sürecinde her şey yolunda gitse bile doğum süreci ve bir bebeğe sahip olmak ebeveynler için stresli bir süreçtir. Sağlıklı bebek bekleyen ebeveynlerin konjenital anomalili bir bebeğe sahip olması kayıp ve keder duygu, yaşamalarına ve aile rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır [15]. Tanıyı öğrendikten sonra ebeveynlerin büyük çoğunluğu şok yaşamaktadırlar [16]. Literatür incelendiği ebeveynlerin hem prenatal hem de postnatal dönemde, tüm ülke ve kültürlerde farklı hem doğum öncesi hem de doğum sonrası dönemde şok, öfke, inkar, stres ve anksiyete ve kontrol kaybı duygusunu yaşadıkları belirlenmiştir [17,18,19].

Ayrıca ebeveynler açısından genetik hastalık ve konjenital malformasyonlar ya da bunların risklerini taşımak da psikolojik sorunların gelişmesi açısından riskli bir durumdur. Yapılan çalışmalarda bu ailelerin depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, sosyal çekinme, suçluluk duygusu yaşadıkları görülmüştür [20:52]. Örneğin konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin ebeveynlerinde depresif belirtilerin

yüksek görüldüğünü gösteren çalışmalar vardır. Lisanti ve arkadaşlarının (2021) konjenital kalp hastalığı olan bebeğe sahip annelerle yaptığı çalışmada, annelerin yaklaşık yarısı, depresif belirtiler bildirmiştir [21].

Çınar ve arkadaşlarının (2021) dudak damak yarıklı bebeğe sahip anneler ile yaptığı çalışmada annelerin çoğu dudak damak yarıklı bebeğe sahip olmanın hayatlarını olumsuz etkileyeceğini düşündüklerini ve şok, kafa karışıklığı, üzüntü, korku ve hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir [22]. Martin ve arkadaşlarının (2014) dudak ve/veya yarık damaklı bebeklerin beslenmesi ilgili yaptığı çalışmada bebeklerin beslenmesinde ebeveynlerin zorluklar yaşadığı kaydedilmiştir. Aynı çalışmada kilo alımı yavaş olan bebeklerin annelerinde depresyon düzeyi %25 bulunmuştur [23]. Madhoun ve arkadaşlarının (2021) yarık dudak damaklı bebeklerin annelerinde beslenme ve büyümenin anne stresi üzerine etkisini araştırdığı çalışmalarında, bu bebeklerde büyüme geriliğinin olduğu ve annelerinde stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [24]. Yapılan çalışmalardan da anlaşılacağı gibi dudak damak yarıklı bebeklere sahip ebeveynler psikolojik, ekonomik, fizyolojik ve sosyokültürel pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır [25]. Bu psikolojik problemlerden birisi de postpartum depresyondur.

Postpartum depresyon DSM V'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) doğum sonrası başlayan, en az 4 hafta major depresyon belirtilerinin görüldüğü ve kişinin ilgi ve isteğinin tamamen ortadan kalkması olarak tanımlanmaktadır [26]. Postpartum depresyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonrası kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığının %15,54 ile %31,68 arasında olduğu belirlenmiştir [27,28,29,30,31]. Abenova ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları, postpartum depresyon ve ilişkili faktörleri inceleyen çalışmada doğumdan sonraki bir yıl içinde postpartum depresyon prevalansı %59.4 olarak bildirilmiştir [32]. Liu ve arkadaşlarının (2021) yaptığı sistematik derleme çalışmasında gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Çin'de doğum sonrası depresyon prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda gestasyonel diabetes mellitus, gebelerin erkek çocuk doğurması, gebelikte depresyon öyküsü ve doğum sırasında epidural anesteziye maruz kalmanın doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu belirlenmiştir [33]. Pakistan'da yapılan bir çalışmada aile içi şiddet, doğumda emzirmede güçlük ve planlanmamış mevcut gebeliğin, doğum sonrası

anksiyete ve depresyon ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur [34]. Wubetu ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada tek ebeveyn olmak, sosyal desteğin zayıf olması, hastanede yatan bir çocuğa sahip olmanın, doğum sonrası depresyon ile anlamlı olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir [31].

Doğum sonu dönem anneler için psikolojik olarak zor geçen bir süreç olması ile birlikte, doğum sonrası konjenital anomalili bir bebeğe sahip olmak anneler için bu süreci daha da geliştirmekte ve onları psikolojik olarak daha fazla yıpratmaktadır. Konjenital anomalili bebeğe sahip olan annelerin postpartum depresyon düzeylerinin sağlıklı bir bebeğe sahip annelere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir [17,35,36]. Konjenital anomalilerin en yaygın nedenlerinden birisi olan yarık damak dudağa sahip annelerin doğum sonrası travma, şok, suçluluk ve depresyon yaşadıkları görülmektedir. Grollemund ve arkadaşlarının (2020) dudak damak yarıklı bebeklerin ebeveynleri üzerinde yaptığı çok merkezli bir çalışmada genel popülasyona göre annelerin depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur [37]. Johns ve arkadaşlarının (2018) dudak damak yarıklı bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyonu incelediği çalışmalarında ise yarık dudaklı veya yarık dudak damaklı bebeklerin doğum öncesi tanısı almamış annelerinin depresyon, kaygı ve korku düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [38]. Boztepe ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ise yarık dudak ve damak yarıklı bebeği olan annelerde postpartum depresyon düzeylerini, doğum sonrası tanı, emzirmeme, beslenme güçlüğü, baba desteğinin olmaması, suçlama, öfke ve gelecek kaygısının stres düzeyi gibi durumların arttırdığı bulunmuştur [39]. Yapılan araştırmalar incelendiğinde postpartum depresyonun anne ve bebek üzerinde olumsuz etkileri görülmüştür. Doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin erken etkileşimleri üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında, depresif olan annelerin bebeklerine karşı daha sinirli ve düşmanca davrandıkları, oyun oynama oranlarının düşük olduğu, daha az ilgi gösterdikleri ve daha az sevgi gösterdikleri bulunmuştur [40]. Dudak damak yarıklı bebeklerin karmaşık tıbbi ve cerrahi müdahaleye maruz kaldıkları göz önüne alındığında, bu bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyonun daha iyi anlaşılması, bakımın devamlılığı açısından önemlidir. Ancak literatür incelendiğinde Türkiye’de dudak veya dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı dudak ve dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerinin belirlenmesidir.

## **1.3 Araştırma Soruları**

1. Dudak ve dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeyleri nedir?
2. Dudak ve dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Dudak Damak Yarığı Embriyolojisi

Dudak damak yarığı, normal embriyogenezis aşamasında üst çene kemiği ile ağız tavanındaki yumuşak doku ve kemik dokuları oluşturan embriyonik uzantıların yetersiz birleşmesi sonucu oluşmaktadır [20:54]. Yarıklar tek taraflı, iki taraflı, tam veya eksik şekilde görülebilmektedir. Aynı zamanda sadece dudak, sadece damağın veya her ikisini de içerebilmektedir [41]. Gebeliğin 4. ve 8. haftaları arasında yüz gelişimi oluşmakta, 12. haftanın sonuna kadar devam etmektedir. Dudak yarığına sebep olan gelişimsel anomaliler hamileliğin 4-7. haftaları arasında etkisini gösterirken, damak yarığına sebep olan gelişimsel anomaliler hamileliğin 7-12. haftaları arasında etkisini göstermektedir. Bu nedenle, hamileliğin ilk trimestirinde maruz kalınan çevresel ve genetik faktörler bebekte çeşitli anomalilere neden olmaktadır [42].

Dudak yarığının; burun, dudak ve üst çenenin gelişimi sırasında maksiller çukıntı ile medial nazal çukıntının birleşmesindeki sorunlar nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Damak yarığı, yumuşak ve sert damağın içine alabilmekte ve buruna kadar ilerleyebilmektedir. Sert damak yarığı kemik yetersizliğinden, yumuşak damak yarığı ise kaslarda ve mukozada meydana gelen sorunlardan kaynaklanmaktadır [20:54].

### 2.2 Dudak Damak Yarığı Epidemiyolojisi

Dudak damak yarıkları, baş ve boyun bölgesinin en sık görülen konjenital anomalisidir [20:72]. Literatür incelendiğinde dudak damak yarığı prevalansı yaşanan yer, ırk, anne yaşı ve cinsiyet gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık göstermektedir [43,9]. Dudak damak yarıklarının görülme sıklığı erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık iki kat fazladır. Dudak damak yarığı, Asyalılarda ve kızılderililerde yüksek, beyaz ırkta orta, siyah ırkta ise düşük sıklıkta görülmektedir [44]. Yine yapılan çalışmalarda 25 yaşından küçük ve 29 yaşından büyük annelerinin bebeklerinde dudak damak yarığı görülme olasılığının arttığı belirlenmiştir [45,46].

Yapılan çalışmalar sonucunda dudak damak yarığının dünya çapında görülme sıklığı 700 ila 1000 doğumda bir olarak belirlenmiştir [47,48]. Dudak damak yarıkları Amerika Birleşik Devletleri'nde 1000'de 1 ile 2000'de 1 arasında değişen bir prevalansa sahiptir. Bu nedenle yenidoğanı etkileyen en yaygın konjenital anomalilerden biri olmaktadır [49]. Bell ve arkadaşlarının (2013) Avustralya'da yaptıkları araştırmada 1980-2009 yılları arasında yarık dudak ve damaklı bebek insidansı 10000 de 12.05 olarak belirlenmiş ve 1980-2004 yılları arasında sadece yarık damaklı bebek insidansı 10.000 de 10.12 olarak belirlenmiştir [8]. Zhu ve arkadaşlarının (2021) Çin'de yaptıkları çalışmada ise, yarık dudak ve/veya damaklı bebek prevalansı, her 10.000 canlı doğumda 7.55 olarak belirlenmiştir [9]. Batı Avrupa'da dudak damak yarıklı bebek prevalansı 10.000 doğumda 12,1 Kanada'da ise 10.000 doğumda 11.5 olarak belirlenmiştir [50]. Salari ve arkadaşlarının(2021) yaptığı meta-analiz çalışmasında, yarık damak prevalansının her 1000 canlı doğumda 0.33, yarık dudak prevalansının her 1000 canlı doğumda 0.3 ve yarık dudak-damak prevalansının da her 1000 canlı doğumda 0.45 olduğu belirlenmiştir [4].

Ülkemizde ise dudak damak yarığı prevalansına ilişkin çalışma sayısı sınırlı bulunmaktadır. Altunhan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada dudak damak yarığı görülme insidansının binde 1.7 olduğu belirlenmiştir [10]. Biri ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada dudak damak yarığı insidansı 1000 canlı doğumda 0,5 olarak belirlenmiştir [51]. Tunçbilek ve arkadaşları (2004) tarafından dudak damak yarığı insidansını belirlemek üzere yapılan çalışmada dudak damak yarığı binde 0,95, izole damak yarığı binde 0,77 olarak belirlenmiştir [52]. Yiğit ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise, dudak damak yarığı görülme insidansı binde 0,67 olarak bulunmuştur [53].

### **2.3 Dudak Damak Yarığı Etiyolojisi**

Dudak ve damak oluşumu, embriyogenezin erken dönemlerinde gerçekleşir. Embriyogenezin 4. haftasında oluşan 5 temel çıkıntı fasiyal gelişimde rol oynar. Bunlar bir çift mandibuler çıkıntı, bir çift maksiller çıkıntı, bir adet frontonazal çıkıntıdır. 4.haftada başlayan hücre göçü ve füzyonların 12. haftada tamamlanmasıyla dudak ve damak gelişimi tamamlanmış olur. Dudak ve damağın tam ve eksiksiz gelişimi, ilgili yapıların hem büyümesini hem de füzyonuna bağlıdır. Bu basamakların

herhangi birinde oluşacak duraksama veya birleşmedeki yetersizlik dudak damak yarıklarına sebep olabilmektedir. Dudak damak yarığını oluşturan yüz çıkıntılarının gelişimde çevresel ve genetik faktörler rol oynamaktadır [20:73].

### 2.3.1 Çevresel Faktörler

**İlaç kullanımı:** Gebeliğin ilk üç aylık döneminde kullanılan bazı ilaçların dudak-damak yarıkları oluşma ihtimalini arttırdığı gösterilmiştir. Folik asit karşıtı etki gösteren; karbamazepin, valproik asit, fenitoin, fenobarbital ve trimetayon gibi antikonvülsanları dudak damak yarığı riskini artırmaktadır [20:73]. Akne tedavisinde ve kemoterapotik olarak kullanılan Retinoik Asit ve kortikosteroidlerinde dudak-damak yarığı riskinin artışında rol oynadığı bildirilmektedir[54].

**Vitamin eksikliği:** Çoğu çalışmada, gebeliğin erken döneminde multivitamin takviyelerinin maternal kullanımı, orofasiyal yarık riskini azalttığı bildirilmiştir. Bir meta-analiz çalışmasında multivitamin kullanımının, orofasiyal yarıkların doğum prevalansında %25'lik bir azalmaya sebep olduğu bildirilmiştir [55]. Ayrıca B6 ve çinkodan zengin beslenmenin dudak damak yarığı görülme riskini azalttığı bildirilmektedir [20:73].

**Alkol kullanımı:** Gebeliğin ilk üç aylık döneminde annenin alkol kullanımının dudak-damak yarığı riskinde artışa yol açtığına dair çalışmalar mevcuttur. Bezerra ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada alkol kullanımının dudak damak yarıklı bebeğe sahip olma riskini arttırdığı bildirilmiştir [56].

**Diabet:** Literatür incelendiğinde diabetik kadınların dudak damak yarıklı bebeğe sahip olma riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Blanco ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasında diyabetik anne olmanın dudak damak yarıklı bebek dünyaya getirme riskini arttırdığı bildirilmiştir [57].

**Sigara kullanımı:** Maternal sigara içimi artmış yarık dudak insidansı ile ilişkilendirilmiştir. Little ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında sigara içen annelerin içmeyenlere göre 2 kat fazla riskle dudak-damak yarıklı bebeğe sahip olabileceği gösterilmiştir [58].

Maternal ve paternal yaş: Her iki ebeveyninde 30 yaşın üzerinde olduklarında, dudak damak yarıklı bebeğe sahip olmada artmış insidans izlenmiş belirtilmektedir. Ayrıca ilerlemiş paternal yaş maternal yaşa göre daha önemli gözükmektedir [20:73]. Hermann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada artmış ebeveyn yaşının dudak damak yarığı popülasyonundaki yarığın ciddiyetine katkıda bulunduğunu göstermiştir [59].

Folik asit kullanımı: Literatür incelendiğinde, yapılan çalışmalar gebelikte folik asit eksikliğinin dudak damak yarığı görülme sıklığını arttırdığı bildirilmektedir. Gebelik öncesi 2 aylık dönemde başlayarak, gebeliğinin ilk 3 ayında, günde 0,4 mg folik asit alan annelerin bebeklerinde dudak damak yarığı görülme riskinin %25-50 oranında azaldığı bildirilmiştir [60,61].

Virütik Hastalıklar: Gebeliğin ilk trimesterinde geçirilen bazı viral enfeksiyonlar (Rubella virüsü, herpes virüsü, sitomegalovirüs, influenza, Hepatitis B ve Epstein–Barr virüsü) yarığın gelişme riskini artırmaktadır [62].

## **2.4. Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde Sık Görülen Problemler/Sorunlar**

### **2.4.1 Beslenme Problemleri**

Dudak damak yarıklı bebeklerde, çabuk yorulma, daha kısa emme ve negatif ağız içi basınç oluşturamama gibi beslenme güçlükleri görülmektedir. Ayrıca dudak damak yarıklı bebeklerde zayıf yutma yeteneği, ağız içi kas hareketlerinde sorunlar ve yetersiz emme görülebilir. Bu işlev bozukluklarına bağlı beslenme güçlükleri zayıf kilo alımı ve yetersiz beslenme gibi sorunlar ortaya çıkar. Ayrıca kilo alımı yetersiz ise yarığın kapatma ameliyatının ertelenmesine sebep olmaktadır [63].

Dudak ve damak yarıklı bireyler, genellikle bebeklik döneminde olmakla birlikte yaşamın her döneminde beslenme ve yutma problemleri yaşayabilmektedirler. Dudak damak yarıklı bebeklerde beslenme problemleri hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası dönemde görülmektedir [64]. Reid ve arkadaşlarının (2006) yenidoğanlardan oluşan klinik kohort çalışmasında ise, dudak damak yarıklı bebeklerde beslenme becerisinin zayıf olduğu ve bazı bebeklerde 14 aya kadar devam ettiği bildirilmiştir [65]. Dudak ve damak yarıklı bebeklerde beslenme ve yutma

sorunlarının prevalansı literatürde %25-%73 arasında bildirilmiştir [20:138]. Vries ve arkadaşlarının (2014) damak yarıklı bebeklerde beslenme bozukluğunu araştırdığı çalışmalarında tüm vakaların %67'sinde beslenme güçlüğü bildirilmiştir [66]. Tungotyo ve arkadaşlarının (2017) yaptığı kesitsel çalışmada bebeklerin %68'inde yetersiz beslenme olduğu saptanmıştır [67].

Preoperatif dönemde; fazla miktarda hava yutulması, besinlerin nazal regürjitasyonu, bebeğin çabuk yorulmasına bağlı yetersiz beslenme, beslenmenin normalden uzun sürmesi gibi sorunlar görülmektedir [68]. Dudak yarıklı bebeklerin beslenmesinde çeşitli yardımcı aletlere ihtiyaç duyulmaktadır. Preoperatif dönemde beslenme; emzirme, biberon, kaşık veya kap, beslenme plakları, ortopedik cihazlar ya da tüp kullanılarak yapılabilmektedir [69]. Küçüküven ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada bebeklerin %42'si başlangıçta nazogastrik veya orogastrik tüp ile beslenmiştir. Damak yarığı olan bebeklerinde %31.9'u damak tıkaçı kullandığı bildirilmiştir [12].

Dudak damak yarıklı bebekler emzirilme konusunda da problemler yaşamaktadır. Yarığa sahip bebekler emzirmede yarığı olmayanlara göre daha az başarılıdır [20:147]. Britton ve arkadaşlarının (2017) dudak damak yarığı ile doğan bebeklerin beslenmesine yönelik yaptığı çalışmada, bu bebeklerin emzirilme insidansı %54 olarak bulunmuştur [70]. Burianova ve arkadaşlarının (2017) bebek dostu bir hastanede yaptığı çalışmada dudak damak yarıklı bebeklerde emzirme oranının düşük olduğu belirtilmiştir [71].

Dudak damak yarıklı bebeklerde emzirme başarısı yarığın tipi ve derecesi ile orantılıdır. Yumuşak damakta küçük bir yarığın bulunan bebekler daha iyi emzirilebilirken; buna karşılık, daha belirgin damak yarığı olan bebekler büyük olasılıkla emmede önemli zorluklar yaşamaktadır ve alternatif bir besleme yöntemi gerekmektedir [20:147].

Beslenme ve yutma sorunları; yarığın türü, uzanımı ve eşlik eden bir baş-yüz anomalisinin varlığına göre farklılık göstermektedir. Beslenme ve yutmadaki problemler aileler veya bakım veren kişiler üzerinde ciddi kaygı ve stres yaratmaktadır [20:138]. Garcez ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada dudak damak yarığı anomali olan bebeğe sahip anneler en çok zayıf emme, memeye tutunma güçlüğü ve

anne sütünün burun deliklerinden kaçması sorunlarını yaşadıklarını dile getirmişlerdir [72]. Lindberg ve arkadaşının (2014) yaptığı çalışmada dudak damak yarığı anomalisi olan bebeğe sahip annelerin besleme deneyimlerine bakılmıştır. Anneler gebelikte tanı aldıkları anda beslenme konusunda şok ve büyük endişe duygularını yaşadıklarını, beslenme sağlanana kadar uzman sağlık profesyonelleri tarafından sistematik takibe ihtiyaç duyduklarını, ifade etmişlerdir. Aynı zamanda anne sütüne odaklandıklarını, sürekli süt sağlamak için özel ekipmana ve ortama gereksinim duyduklarını ve bu durumun sosyal hayatlarını sınırlandırdığını dile getirmişlerdir [73].

Bebeğin beslenmesinin dikkat gerektiren bir işlem olması ve fazla zaman alması annede strese sebep olmaktadır. Bu durumda anne ve bebek arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkilemektedir [24]. Greives ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada dudak damak yarıklı bebeğe sahip ailelerin bebeklerinin beslenmesi konusunda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde bilgilendirilmelerinin ebeveynlerin endişelerini azalttığı bildirilmiştir [74]. Literatür incelendiğinde beslenme problemi yaşayan bebeğe sahip annelerin, çocuklarıyla iletişimleri esnasında daha duyarsız davrandıkları, sinirli oldukları, daha az şefkatli ve daha az bebeğin durumunu kabul edici davranış sergilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur [75].

#### **2.4.2 Solunum Problemleri**

Dudak damak yarığı olan bebeklerde hem doğumsal hem de cerrahi işlemler sonucunda nazofarengal anatominin bozulmasından dolayı solunum problemleri görülebilmektedir [76]. Dudak damak yarığına ek olarak Pierre Robin Sekansının eşlik ettiği çocuklarda üst havayolu obstrüksiyonu, beslenme güçlüğü ve büyüme problemlerine yol açmakta ve beraberinde hipoksemiye sebep olmaktadır. Havayolu obstrüksiyonu beslenme sırasında, uyanırken, uyurken veya tamamen spontan olarak olabilir. Horlama, çocuklarda ve erişkinlerde havayolu obstrüksiyonunun önemli bir bulgusudur [20:231]. Daniel ve arkadaşlarının (2013) 39 bebekte yaptığı çalışmada, % 12 hafif, % 12 orta, % 74 ise ağır obstrüksiyon saptanmıştır [77].

### **2.4.3 Orta Kulak Enfeksiyonları ve İşitme Problemleri**

Dudak damak yarıklı bireylerde rastlanılan problemler arasında otolojik problemlerde yer almaktadır. Dudak damak yarığı ile otitis media arasındaki ilişki evrensel olarak bilinmektedir. Orofasiyal problemlerin yanı sıra orta kulağın fizyolojisinin bu bölge anatomisi ile efüzyonlu otitis media ve bunlara bağlı oluşabilecek işitme problemlerine de sıklıkla rastlanmaktadır [20:414]. Damak yarığı olan bebeklerin hayatlarının ilk yıllarında akut otitis media ve efüzyonlu otitis media görülme olasılığı %80-95 oranında değişmektedir [78].

Chen ve arkadaşlarının (2012) Tayvan'da 319 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %71'inde efüzyonlu otitis media tespit edilmiştir [79]. Yine Çağlar ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada dudak damak yarıklı bireylerde otitis media önemli derecede yüksek bulunmuştur [80]. Flynn ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada dudak damak yarıklı bebeklerde sağlıklı çocuklara oranla efüzyonlu otitis media görülme prevalansı önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca efüzyonlu orta kulak iltihabı görülen bu çocukların %83,1'inde işitme kaybı görülmüştür [78]. Viswanathan ve arkadaşlarının (2008) ortalama yaşın erkek bebeklerde 48.5 gün, kız bebeklerde 43 gün olduğu 90 dudak damak yarıklı bebek ile yaptıkları çalışmada, 74 (%82) bebekte işitme kaybı saptamışlar. Bunların 66'sını iletim tipi işitme kaybı, 7'sini mikst tip işitme kaybı ve 1'ini ise sensörinöral tip işitme kaybı olduğunu bildirmişlerdir [81].

Erken bebeklik döneminde bebeğin normal işitmeye sahip olması, konuşma ve dil gelişiminin yanı sıra sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimi açısından da son derece önem taşır. Bu nedenle, konjenital anomaliler arasında sık görülen işitme kaybının erken dönemde fark edilememesi, işitme engelli çocuğun konuşma ve dil becerilerinde gerilik, akademik performansında zayıflık, kişisel ve sosyal uyumsuzluk, duygusal sıkıntılar gibi insanı yaşam boyu etkileyen engellilik durumuna yol açar. Bu sebeple erken dönemde belirlenip, gerekli girişimlerin yapılması son derece önemlidir [20:415].

### **2.5 Dudak Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Ailelerin Yaşadıkları Problemler**

Tüm ebeveynler sağlıklı bir bebeğe sahip olmak isterler. Fakat sağlıklı bebek beklerken, konjenital anomalili bir bebeğe sahip olmak şok, şaşkınlık, öfke, kayıp,

keder duygularını yaşamalarına ve aile rutinlerinin bozulmasına sebep olabilmektedir. Çoğu ailede heyecanla beklenen çocuğa ve içinde buldukları duruma uyum sağlamaya çalıştıkları bir yas süreci yaşanmaktadır [20:152]. Gebelik ve doğum sürecinde her şey yolunda gitse bile doğum süreci ve bir bebeğe sahip olmak ebeveynler için stresli bir süreçtir. Sağlıklı bebek bekleyen ebeveynlerin konjenital anomalili bir bebeğe sahip olması kayıp ve keder duygusu, yaşamalarına ve aile rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır [15]. Doğum sonu dönem anneler için psikolojik olarak zor geçen bir süreç olmasına karşın, doğum sonrası konjenital anomalili bir bebeğe sahip olmak anneleri psikolojik olarak daha fazla yıpratmaktadır [82].

Ailelerin böyle bir duruma karşı sergiledikleri tepkilerin şiddeti bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra; çocuktaki defektin görünür olup olmaması, defektin hangi derecede düzeltilebileceği, bebeğin ne kadar süre yaşayabileceği, çocuğun gelişimin ve zekasını etkileme durumuna göre ailenin vereceği tepkileri etkilemektedir [83,84]. Çınar ve arkadaşlarının (2021) dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerle yaptığı çalışmada, annelerin ilk temasta hayal kırıklığı, stres, reddedilme gibi duygular yaşadığı ve bunun mevcut duruma uyumu yavaşlattığı bildirilmiştir. Defektin gözle görülür olmasının da bebekle ilk teması zorlaştırdığı ifade edilmiştir [22]. Nelson ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise ebeveynlerin şok, keder, korku, kaygı, öfke gibi duygular yaşadığı ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerinin bozulduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir [85].

Öncelikle anne karnında fetüste bir anormallik tespit edildiğinde ebeveynler, çok sayıda uzmanın bebeklerini değerlendirdiği ve geleceklerini tahmin ettiği, bilinmeyen bir tıbbi prosedürler ve dil dünyasına atılmaktadırlar. Hamilelik anormal veya yüksek riskli olarak etiketlenir, ebeveynlerin hayatta kalma riski taşıyan fetüsle sağlıklı bağlantılar kurması zor olabilmektedir [86]. Çoğu ebeveyn, arzulanan çocuk için, doğumdan sonra da devam eden belirsizlik ve yoğun duygularla şiddetlenen yas yaşarlar [87]. Holm ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada doğum öncesi konjenital anomali tanısı alan ebeveynlerin, kendilerini hazırlayabilmeleri için çocuk doğmadan önce bu teşhisi aldıkları için mutlu olduklarını bildirmişlerdir. Ancak doğumdan önce çocuklarının tanısını bilmeyen ebeveynler, çocuklarının doğumundan önce bilmedikleri için mutlu olduklarını bildirmişlerdir [88].

Konjenital anomalisi olan bir çocuğa bakmak, ebeveynlerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Birçok ebeveyn bu durumun, tedavi edilmezse aile için yıkıcı bir etkiye sahip olacağını düşünürler ve buna bağlı depresyon, korku ve endişe yaşarlar [89].

Konjenital anomalili bebeğe sahip aileler iş yaşantıları ile ilgili de sorun yaşayabilmektedirler. İşverenler sürekli çocuğu doktora götürmenin sebebini anlamadıkları için ve çalışanına izin vermek istemedikleri için, aileler bu konuda işverenle problem yaşayabilmektedir. Buna bağlı işini kaybedebilir, iş değiştirebilir hatta işten tamamen ayrılıp çocuğuna kendi bakmayı tercih edebilmektedir [89]. McClung ve arkadaşlarının (2018) konjenital anomalili bebeğe sahip ailelerle yaptığı çalışmada, ailelerin bebeğin bakımından dolayı mali sorunlar ve işine son verilme gibi problemler yaşadıklarını belirlemiştir. Yine aynı çalışmada bebeğin mevcut durumundan dolayı mali yük yaşadığını bildiren ailelerin, mali yük yaşamadığını bildiren ailelere oranla 3 kat daha fazla ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı duyduğunu bildirmiştir [90].

Konjenital anomalili bebeğe sahip olmak aynı zamanda ailenin sosyal yaşantısını da etkiler. Ebeveynler aile dışı kişilerle çok fazla bir araya gelmek ya da sosyal aktivitelere katılmak istemeyebilirler. Bebeğin hala tıbbi yardıma ihtiyacı varsa, bebekleri başkaları tarafında görülsün istemezler. Ameliyatla anomaliler düzeltilmiş olsa bile, geriye kalan izler yabancı kişilerde merak uyandırır. Çocuk akranlarıyla bir araya geldiğinde bu durumdan dolayı açıklama yapmak durumunda kalır. Çocukta benlik saygısı azalabilir, kendini sosyal ortamlardan izole etmek isteyebilir. Buda ailenin yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilemektedir [89].

Aynı zamanda konjenital anomalili bir bebeğe sahip olan aileler, tekrar bir bebek sahibi olduklarında aynı durumla karşılaşmaktan korktukları için doğurganlık davranışlarını değiştirebilmektedirler. Bu durum psikososyal iyi oluşlarının daha da etkilenmesine sebep olmaktadır [91]. Aileler diğer çocuklarla yeterince vakit geçirmedikleri için suçluluk duyarlar. Lan ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada konjenital anomalili bebeğe sahip aileler, diğer sağlıklı çocuklarını ihmal etme sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir [92].

Franck ve arkadaşları (2010) konjenital kalp anomalisi olan bebeklerin ailelerinin hastanede kaldıkları süre boyunca önemli düzeyde stres yaşadıklarını bildirmiştir [93]. Solberg ve arkadaşları (2011) ise yaptıkları çalışmada şiddetli konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin ebeveynlerinin önemli ölçülerde yüksek seviyelerde depresyon ve anksiyete bildirmiştir [36].

Nes ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada konjenital anomalili bebeğe sahip annelerin yaşam doyumunda hızla düşüş ve doğumdan sonraki 6 ayda gözlenen psikolojik sıkıntılarda artış gözlemlendiği bildirilmiştir [94]. Bell ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada, bebekte konjenital bir anomali olmasının anne ile bebek arasındaki bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir [82]. Boztepe ve arkadaşlarının (2016) konjenital anomalisi olan bebeğe sahip annelerle yaptığı çalışmada, dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin maternal bağlanma düzeyi sağlıklı bebeğe sahip annelerle kıyaslandığında daha düşük bulunmuştur [95].

Grollemund ve arkadaşlarının (2020) dudak damak yarıklı bebeklerin ebeveynleri üzerinde yaptığı çok merkezli bir çalışmada genel popülasyona göre annelerin depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur [37]. Johns ve arkadaşlarının (2018) dudak damak yarıklı bebeklerin annelerinde doğum sonrası depresyonu incelediği çalışmalarında ise yarık dudaklı veya yarık dudak damaklı bebeklerin doğum öncesi tanısı almamış annelerinin depresyon, kaygı ve korku düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [38]. Boztepe ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ise yarık dudak ve damak yarıklı bebeği olan annelerin ebeveynlik stres puanları, sağlıklı annelerin ebeveynlik stres puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğum sonrası tanı, emzirmeme, beslenme güçlüğü, baba desteğinin olmaması, suçlama, öfke ve gelecek kaygısının stres düzeyi gibi durumların arttırdığı bulunmuştur [39].

Konjenital anomalilerden en sık görülenlerden biri olan yarık damak dudağa sahip annelerin doğum sonrası travma, şok, suçluluk ve depresyon yaşadıkları görülmektedir. Dudak damak yarıklı bir bebeğe sahip olmak ebeveynlerin oldukça fazla stres yaşamasına sebep olmaktadır [96]. Bebeğin oldukça karmaşık ameliyatlara maruz kalması ve bu süreçte özel bakıma ihtiyacı olması, anne üzerinde stres daha fazla artmakta ve ebeveynlikte kendini yetersiz hissedebilmesine sebep olmaktadır

[97]. Bu dönemde bebeğin beslenmesi, yara bakımı ve bebeğin pozisyonu gibi konularda sorun yaşadıklarını belirlemiştir [85,98].

Literatür araştırması yapıldığında dudak damak yarığı anomalili bebeğe sahip olan annelerin bağlanma ve maternal bağlanma düzeyinin, bebeğinde herhangi bir anomali bulunmayan annelere göre daha düşük olduğu bildirilmektedir [99]. Ayrıca ailelerin depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, sosyal çekinme ve suçluluk duygusu yaşadıkları bildirilmiştir [20:152]. Boztepe ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada dudak damak yarığına sahip bebeği olan annelerde ebeveynlik stresi daha yüksek bulunmuştur [39]. Nidey ve arkadaşlarının (2015) dudak damak yarıklı çocuğa sahip anne ve babalarla yaptığı çalışmada ise anneleri ve babaların psikososyal uyumlarının farklı olduğu ve annelerin babalardan daha fazla psikososyal sorun yaşadığı bildirilmiştir [100]. Bebeklerin primer bakım vericilerinin anneleri olduğu göz önüne alındığında annelerin psikososyal açıdan desteğe gereksinimlerinin olacağı bir gerçektir. Bu nedenle dudak damak yarığı olan bebeklerin annelerine erken dönemde hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlık verilmesi oldukça önemlidir [20:152].

Annelerin stres, hayal kırıklığı gibi duygular yaşaması annenin mevcut duruma alışmasını zorlatmıştır. Aileler bebeklik döneminde beslenme ve ameliyat gibi sorunların çözümüne önem vermişlerdir. Bebeklerinin dış görünüşünün farklı olması, dil gelişimi ve konuşma konusunda problem yaşayacağını ve bu sebeple toplum tarafından dışlanabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca anneler operasyon sonrası bebeklerin yüzünde iz kalmasından endişe ettiklerini vurgulamışlardır. Nelson ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada annelerin bebeğin tanısını hamilelikte öğrenmesi durumunda annenin bebekle ilk temasının zorlaştığını bildirmişlerdir [85]. Bebeğin genellikle birden fazla cerrahi tedaviye ihtiyaç duyması ve beslenmesi için gerekli olan malzemelerin fiyatlarının yüksek olması sebebiyle maddi açıdan zorlandıklarını ifade etmişlerdir [25].

Konjenital anomalili bebeğe sahip olan annelerin postpartum depresyon düzeylerinin sağlıklı bir bebeğe sahip annelere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir [17,35,36]. Lisanti ve arkadaşlarının (2021) konjenital anomalisi olan bebeklerin anneleriyle yaptığı çalışmada, da annelerde depresyon belirtileri gözlemlendiği bildirilmiştir [21]. Woolf-King ve arkadaşlarının (2017) kritik konjenital anomalili bebeğe sahip

ebeveynlerle yaptığı çalışmada, özellikle ameliyatı takip eden ilk haftalarda ve aylarda psikolojik problemler açısından risk altında oldukları bildirilmiştir [101]. Waldrop ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmanın sonucunda konjenital anomalisi olan bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon açısından risk altında olduğu bildirilmiştir [102]. Aktürk ve arkadaşlarının (2023) sağlıklı bebeğe sahip ebeveynlerle, dudak damak yarıklı bebeğe sahip ebeveynlerin kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında; dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin daha yüksek düzeyde ve sürekli kaygıya sahip olduklarını bildirmişlerdir [103]. Yine Kim ve arkadaşlarının (2023) konjenital anomalili bebeğe sahip annelerle yaptığı çalışmada postpartum depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur [19].

## **2.6 Postpartum Depresyon**

Postpartum depresyon DSM V'te doğum sonrası başlayan, en az 4 hafta major depresyon belirtilerinin görüldüğü ve kişinin ilgi ve isteğinin tamamen ortadan kalkması olarak tanımlanmaktadır ve majör depresyonun bir alt türü olarak kabul edilmektedir [26]. Klinik uygulamalar ve yapılan çalışmalara bakıldığında postpartum depresyonun doğumdan sonra 2.-4. haftalar arasında başlayıp, ortalama 1 yıla kadar olan dönemde görülebildiği bildirilmektedir [104,105,106]. Doğum sonrası depresyon morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir bozukluktur. Bu durum anneyi, bebeği, anne- bebek arasındaki ilişkiyi ve aynı zamanda tüm aileyi olumsuz etkileyebilmektedir [104].

Postpartum depresyon, normal depresyondan çokta farklı olmamakla birlikte, annelerde ağlama, değersizlik, karamsarlık, üzüntü, keder, iştah değişiklikleri, kilo değişiklikleri, enerji kaybı, uyku düzeninde değişiklik, dikkat zayıflığı, bebeği için endişelenme, cinsel istekte azalma ve intihar düşüncesi gibi durumlar görülebilir [107].

Gebelik ve doğum sonrası dönemde uykusuzluk, çeşitli hormonal değişimler, genetik yatkınlık postpartum depresyon riskini artırmaktadır. Bu durumda lohusalarda özkıyım ve bebeğe karşı şiddet eğilimi görülebilmektedir [108]. Kadınların mutlu olmayı bekledikleri dönemde, çeşitli depresif duygular taşıyabildikleri için kendilerini suçlu hissedebilmekte ve bu sebeple postpartum depresyon dikkatten kaçabilmektedir.

Bu nedenle sağlık kuruluşlarında gebelik öncesinde, gebelik döneminde, gebelik sonrası dönemde dikkatli izlenmeli ve bu süreçte postpartum depresyona dikkat edilmelidir [109].

## 2.7 Postpartum Depresyon Epidemiyolojisi

Postpartum depresyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonrası kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığının %15,54 ile %31,68 arasında olduğu belirlenmiştir [27,28,29,30,31]. O'Hara ve Swain'nin (1996) postpartum depresyon prevelansını belirlemek üzere yapılmış 58 çalışmanın dâhil edildiği meta-analiz çalışmalarında da kadınlara yaklaşık %13'nde, postpartum depresyonun doğum sonrası dönemde bir yıl içinde grldği bildirilmiştir [110]. Shorey ve arkadaşlarının (2018) otuz prospektif kohort çalışması , 26 kesitsel çalışma ve doğum sonrası dönemde toplam 37.294 kadını kapsayan iki vaka kontrol çalışmasının dâhil edildiği çalışmalarında postpartum depresyon prevelansının Orta Doğu'da %26 ile en yüksek yaygınlığa sahip olduğu bildirilmiştir. Ardından Avustralya'da %21, Güney Amerika'da %19, Asya'da %16, Kuzey Amerika'da %16, Afrika'da %11 ve Avrupa'da %8 olarak belirlenmiştir [111].

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hastalık Kontrol ve nleme Merkezleri (CDC) verilerine göre PPD prevelansı %13 olarak bildirmiştir [112]. Fan ve arkadaşlarının (2020) Sri Lanka'da 1349 anne ile yaptığı çalışmada doğumdan 10 gün sonra ve doğumdan 4 hafta sonra değerlendirilen anneler arasında PPD prevelansı sırasıyla %15,5 ve %7,8 olarak belirlenmiştir [113].

Türkiye'de ise zcan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı 52 çalışmanın dâhil edildiği, örnekleme byklği 17.019 kişi olan bir meta-analiz çalışmasında postpartum depresyon prevalansı %23,8 olarak belirlenmiştir. zcan ve arkadaşlarının bu çalışmasına dâhil edilen 52 çalışmanın 17'si gelişmiş illerde (Ankara, İstanbul, İzmir ve Eskişehir) ve geri kalanı gelişmekte olan şehirlerde yapılmıştır. Gelişmekte olan şehirlerde postpartum depresyon sıklığı %25 ve gelişmiş şehirlerde ise %21,2 olarak bildirilmiştir [114]. Sütçü ve arkadaşlarının (2017) Burdur ilinde 709 kadınlara yaptığı çalışmada ise postpartum depresyon prevelansı %22,1 olarak bildirilmiştir [115]. Konuş'un (2020) Edirne ilinde 412 kadınlara yaptığı çalışmada postpartum depresyon

prevelansı %24.5 olarak belirlenmiştir [116]. Sezer'in (2021) Sakarya ilinde 282 kadınlı yaptığı çalışmada ise postpartum depresyon prevelansı 13,8 olarak belirlenmiştir [117].

## **2.8 Postpartum Depresyon Risk Faktörleri**

Postpartum depresyonun risk faktörleri arasında psikososyal, biyolojik, obstetrik ve pediatrik faktör gibi pek çok faktörün olduğu düşünülmektedir [118].

### **2.8.1 Psikososyal Faktörler**

Kültürel faktör kadının ve eşinin eğitim durumu da postpartum depresyon için risk olarak bildirilmiştir. İlkokul ve ortaokul mezunu olanlarda postpartum depresyon sıklığı daha yüksek iken, üniversite ve yüksek lisans mezunlarında sıklığı daha düşük belirlenmiştir [116]. Kurçer ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise sigara içmenin doğum sonrası depresif belirtileri arttırdığı bildirilmiştir [119].

Bernezzani ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise sosyal destek eksikliği olan kadınlarda postpartum depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [120]. Kolukırmık ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, geniş ailede yaşamının, eşin bebeğin bakımı konusunda destek olmamasının ve evlilikten memnun olmama durumunun postpartum depresyon düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir [121].

Gümüş ve arkadaşlarının (2012) postpartum depresyon risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarında ailesinde depresyon öyküsünün olması, düşük gelir düzeyi, alkol kullanımı postpartum depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir [122]. Josefsson ve arkadaşlarının (2007) postpartum depresyon tanısı almış anneleri tekrar 4 yıl sonra incelediği çalışmalarında, bu annelerde postpartum depresyon tanısı almamış annelere kıyasla postpartum depresyon tekrarlama olasılığının 6 kat daha fazla olduğunu ve daha fazla fiziksel rahatsızlık yaşadıklarını bildirmişlerdir [123].

Davey ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise daha önce depresyon geçirmiş olmanın, kadınlarda postpartum görülme riskini attırdığını bildirmiştir [124]. Ayrıca aile içi şiddet, evlilik ilişkisinden memnun olmama ve sosyal destek eksikliğiyle, postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [125]. Fan ve arkadaşlarının

(2020) Sri Lanka'da 1349 anne ile yaptığı çalışmada, doğum yaşının 35'in üzerinde olması, 4'ten fazla yaşayan çocuğa sahip olmak ve annelerin hastalıkları, postpartum depresyon ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir [113]. Tung ve arkadaşlarının (2022) yaptığı 103.986 katılımcıyı içeren meta-analiz çalışmasında ilkbahar, yaz veya sonbaharda doğum yapan kadınların, kış aylarında doğum yapanlara göre doğum sonrası depresyon riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir [126].

### **2.8.2 Biyolojik Faktörler**

Östrojen ve progesteron, diğer hormonlar ve serotonin, dopamin gibi hormonlarla etkileşim halindedir [127]. Doğum sonrası dönemde östrojen hormonlarının seviyesi değişir ve bu durum serotonin dengesini bozarak, depresyona yatkın olan kadınlarda semptomların ortaya çıkmasına sebep olabilir [128]. Oksitosin seviyesinin düşük olması da postpartum depresyon için risk faktörü oluşturmaktadır [129].

### **2.8.3 Obstetrik Faktörler**

Literatür incelendiğinde erken yaşta anne olmanın postpartum depresyon düzeyini arttırdığı belirlenmiştir. Silverman ve arkadaşları (2017) erken yaşta anne olan kişinin hem kendi gelişimini tamamlamakta olduğu hem de bebeğin bakımında güçlük yaşadığı için, postpartum depresyona daha yatkın olduğunu savunmuştur [130]. Yapılan çalışmalarda annede abortus öyküsü olmasının depresyon için risk faktörü olduğu belirlenmiştir [131,132,133]. Postpartum depresyon riskini artıran başka bir faktör ise bulantı ve kusmadır. Köken ve arkadaşlarının (2008) kusmanın postpartum depresyonla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, gebelikte kusma ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada gebeliğinde postpartum depresyon yaşayan annelerde postpartum depresyon düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir [134]. Eduardo ve arkadaşlarının (2019) erken doğum ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği meta-analiz çalışmasında, erken doğum yapmanın postpartum depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir [135]. Postpartum depresyonu arttıran bir diğer faktör ise istenmeyen gebeliktir. Salsabilla ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir meta-analiz çalışmasında planlanmamış gebeliğin doğum sonrası depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir [136].

Gastaldon ve arkadaşlarının (2022) 185 çalışmayı incelediği meta-analiz çalışmasında ise premenstrual sendrom ve istenmeyen gebelik, postpartum depresyonun için en güçlü risk faktörü olarak bildirilmiştir [137].

#### **2.8.4 Gebelikle İlişkili Faktörler**

Gümüş ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada istemeden gebe kalmanın, bebeği emzirememenin ve bebeğin sağlık durumunun kötü olmasının postpartum depresyon düzeyini arttırdığı bildirilmiştir [122]. Aynı zamanda gestasyonel diabetes mellitus, gebelerin erkek çocuk doğurması ve doğum sırasında epidural anesteziye maruz kalmanın doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu belirlenmiştir [33].

### **2.9 Postpartum Depresyon Komplikasyonları**

Postpartum depresyon, anne, bebek ve aile için çeşitli sorunlara yol açtığından özel bir şekilde ele alınması gerektirmektedir. Ruhsal açıdan sorun yaşayan anneler bebeklerine ilgi göstermek istememe, sevgisini gösterememe gibi durumlar yaşayabilir. Aynı zamanda bebeğe tek başına bırakabilir, sözlü ya da sözsüz negatif davranışlarda bulunabilirler. Bu nedenle anne ve bebek arasında güçlü ve sağlıklı bir bağlanma gerçekleşemez [138]. Anne ve bebek arasındaki bağ, postpartum depresyondan olumsuz şekilde etkilenmektedir. Postpartum depresyonla mücadele eden anne bebeğiyle bağ kurmakta ciddi sorun yaşamaktadır [104]. Özşahin ve arkadaşlarının (2020) postpartum depresyon ve maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarının sonucunda, postpartum depresyon arttıkça anne bebek bağlanmasının azaldığını bildirmişlerdir [139]. Bu durum bebeğin fiziksel, sosyal, duygusal ve dil gelişimini olumsuz etkilemektedir [140]. Doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin erken etkileşimleri üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında, depresif annelerin bebeklerine karşı daha sinirli ve düşmanca davrandıkları, oyun oynama oranlarının düşük olduğu, daha az ilgi gösterdikleri ve daha az sevgi gösterdikleri belirtilmiştir [40]. Postpartum depresyon yaşayan annelerin çocukları bu durumdan etkilenmektedir. Field'in yaptığı çalışmasında (2010) bu çocukların önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanma ve aşılama oranları daha düşük olduğu bildirilmiştir [141].

Goodman ve Gotlib'in yaptıkları çalışmalarının (1999) sonucunda, postpartum depresyon yaşayan annelerin çocuklarının ileriki yaşamlarında anksiyete bozukluğu ve majör depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirilmişlerdir [142]. Bu annelerin çocukları davranışsal, duygusal ve bilişsel gelişimlerinde güçlük çekmektedirler [104]. Postpartum depresyon aynı zamanda emzirmeyi de etkilemektedir. Başer'in (2018) postpartum depresyon ve emzirme arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında; uzun süre emziren annelerin postpartum depresyon puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir [143]. Falceto ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise, lohusa döneminde ruhsal bozukluk yaşayan annelerin, bebeklerini daha kısa süre emzirdiği bildirilmiştir [144].

## **2.10 Hemşirenin Rolü**

Dudak damak yarığı olan bebeğin bakımında hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Bu süreçte etkili iletişim ve destekleyici bakım önemli bir kaynaktır [145]. Ebeveynlerin tanı aldıktan sonra sağlık profesyonelleriyle kurduğu olumlu iletişim, onların süreçle baş etmelerinde ve duygusal tepkilerini kontrol altında tutmalarında önemli bir etkidir. Bebeğin tanısının açıklandığı dönem ebeveynlere destek oldukça önemli bir dönemdir ve bu süreçte hemşirelere büyük görev düşmektedir. Bu ebeveynlerde şok ve depresyon görülebilir. Malformasyon prenatal dönemde söylenmiş olsa bile ebeveynler için oldukça zor bir süreçtir. Bu süreçte ebeveynlerin sorunlarla baş etmesinde sosyal destek oldukça önemlidir. Ailelerin hemşireler tarafından sahip oldukları sosyal desteklerin farkına varmalarının sağlanması destek gruplarına yönlendirilmeleri gerekmektedir [20:153]. Nelson ve arkadaşlarının (2012) yaptığı sistematik derlemede dudak ve/veya damak yarığı olan bebeklerin ebeveynlerinin, şok, öfke, suçluluk, korku, anksiyete gibi olumsuz duygular yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca bu zor süreçte duygularını paylaşmak istediklerini ve sağlık profesyonellerinden duygusal destek beklediklerini belirtmişlerdir [85]. Hemşirelerin preoperatif ve postoperatif dönemde anneleri desteklemesi, hemşirelik bakımı ile ilgili protokoller geliştirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda ekibi koordine etmesi, taburculuk eğitimi ve danışmanlık vermesi oldukça önemlidir.

Ebeveynler sağlıklı bir bebek beklerken; dudak damak yarığı olan bir çocuğa sahip olmaları hüznün, anksiyete, korku, keder, suçluluk ve öfke gibi birden fazla duygular

hissetmesine sebep olabilmektedir. Annelerin ameliyat öncesi dönemden başlamak üzere tüm tedavi sürecinde bilgilendirilmeleri ve yakın izlemleri, oluşabilecek sorunları önlemek için önemlidir. Dudak damak yarığı olan bebeklerin annelerinin bilgi ile ilgili ihtiyaçları giderilmelidir. Ayrıca duygusal gereksinimlerine yönelik destek ve danışmanlık hizmeti verilmelidir [20:155].

Lindberg ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışmada dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin, dudak damak yarığı konusunda uzman hemşire tarafından erken takibin etkisini araştırmışlardır. Standart bakım alan aileler ve bebekleri ile dudak damak yarığı konusunda uzman hemşireden eğitim alan anneler ve bebekleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda müdahale grubu diye adlandırılan yani dudak damak yarığı konusunda uzman hemşireden eğitim alan annelerin bebeklerinin daha az yoğun bakım ihtiyacı olmuştur. Bu bebeklerin anneleri bebeğinin hastalığı ile ilgili daha az internet araştırması yapmıştır ve yarık bakımı ile ilgili eğitimlerden memnuniyet bildirmişlerdir [146].

Dudak damak yarığı onarımı için preoperatif hazırlık, aileleri hastane ve postoperatif rutinleri öğretmek, ebeveynlerin bebeğin hastaneye yatması ile baş etmesine yardımcı olmak ve bebeklerine başarılı bir şekilde bakmalarını sağlamaktır. Preoperatif verilen eğitim, ebeveynlerin bebeklerinin postoperatif görünümüyle ilgili gerçekçi beklentiler içerisinde olmalarına yardımcı olabilmektedir [20:120]. Ameliyat sonrası bakımda amaç; onarımı korumak, ağrıyı en aza indirmek, iyi hava yolu yönetimi, bebeğin fiziksel ve psikolojik rahatlığını sağlamak olmalıdır [47].

Hastaneye yatış sırasında ebeveynlerin bakıma ve tedavi sürecine katılımı çok önemlidir. Dudak damak yarığı olan bebeklerin preoperatif ve postoperatif resimlerinin gösterilmesi, ebeveynlerin anksiyetesini önemli ölçüde azaltabilir. Benzer sorunlar yaşamış, bebeklerin defekti düzeltilmiş ve buna uyum sağlamış başka ebeveynlerle bir araya getirilmeleri ebeveynleri rahatlatılabilir [147]. Bu nedenle hemşireler bu dönemde ebeveynleri bu destek gruplarına yönlendirmelidir. Ebeveynlerin mümkün olduğu kadar bebeklerinin bakımına katılmaları için cesaretlendirilmelidir. Çocuğun dudak damak yarığı tanısı almasının özellikle ebeveynler üzerindeki etkilerinin belirlenerek uygun bakım verilmesi hem ebeveynler

hemde çocuklarda gelecekte görülebilecek sorunların önlenmesi açısından önemli bir konudur [20:120].

Ebeveynler için en yıkıcı, hayatlarını değiştiren olaylardan biri, çocuklarında konjenital bir anomalinin olduğunu öğrenmektir. Bu haberle birlikte ne yapacakları pek çok faktöre bağlıdır. Tanıyı koyanın bilgisi, tutumu ve iletişim tarzı bu durumu etkilemektedir. Aynı zamanda bu süreç tanı konulduktan sonra kişisel inançlardan, kültürden, eğitim seviyesinden ve ebeveynler için mevcut olan destekten etkilenmektedir [89]. Konjenital anomalili bir bebeği, annenin kabullenmesinde hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Bebeğin değerli bir varlık olduğu ve anomali dışındaki olumlu yönleri aileye vurgulanmalıdır [25]. Holm ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada konjenital anomalili bebeğe sahip ailelerin, sağlık çalışanlarından konjenital anomalinin yalnızca olumsuz yönleri ve sınırlamaları yerine, yaşam kalitesine ve çocukların neler başarabileceğine odaklanarak daha olumlu bilgiler talep ettiklerini bildirmişlerdir [88].

Benzer tanısı olan ebeveynlerle bir araya gelmelerine yardımcı olunarak rahatlaması sağlanmalıdır [25]. Böylece bu konuda daha kıdemli ebeveynlerin deneyimlerinden faydalanma, soru sorma fırsatını bulmalarına olanak sağlanmalıdır [89].

Postpartum dönemin oldukça stresli bir süreç olması nedeniyle, hemşire anneyi etkileyen her türlü etmeni göz önünde bulundurmalı ve bakım verici rolünü ön planda tutmalıdır [148]. Hemşire tarafından gebe kadının ve ailesinin doğru şekilde bilgilendirilmesi, danışmanlık yapılmasıyla birlikte, gebe kadının doğumda daha az stresli olduğu ve süreçle daha kolay başa çıkabildiği belirlenmiştir [149]. Bu zorlu dönemde hemşirelerin anneye güven veren bir yaklaşım sergilemesi, mahremiyetine dikkat etmesi ve karar verme sürecinde işbirliği içinde olması postpartum depresyonu azaltabilmektedir [150]. Hemşireler postpartum depresyon açısından riskli gruptaki anneleri ve ailelerini izlem sırasında iyi değerlendirmelidir. Doğuma hazırlık ve gebe eğitimi sınıflarında, anne adayları ve aileleri, doğum sonu depresyon konusunda bilgilendirilmelidir [151]. Hemşireler postpartum depresyon görülme oranının yüksek olduğu bölgelerde hastalığın belirti ve risk ve faktörleri açısından gebeleri değerlendirmelidir. Anneyi etkileyen çevresel ve psikolojik etmenler göz önünde bulundurulmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Anne duygu ve

düşüncelerini ifade etmesi konusunda desteklenmeli, süreç hakkında bilgilendirilmeli ve bakım sürecine dahil edilmelidir [152]. Doğum sonu dönemde olan annenin ihtiyaçları belirlenmeli, bebek ve anne için uygun ortam sağlanmalı, annelik rolüne uyumu desteklenmeli, doğum sonu dönemde görülebilecek problemler en aza indirgenerek doğum sonu depresyon engellenmelidir [153]. Postpartum depresyon belirtisi gösteren ya da risk grubunda olan anneler gerekli bilgilendirme ve destek sağlandıktan sonra ilgili tanı ve tedavisi için sağlık kurumlarına yönlendirilmelidir [151]. An ve arkadaşlarının (2021) 209 kadınla yaptıkları çalışmada anneler bebek yetiştirme, anne bebek koruma ve beslenme konularında sağlık hizmetine gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca postpartum depresyon pozitif olan grubun psikolojik rehabilitasyon rehberliği gereksinim ihtiyacı pozitif olmayan gruba oranla önemli ölçüde daha yüksek bildirilmiştir [154].

Macarthur ve arkadaşlarının (2002) yaptığı randomize kontrollü çalışmada doğum sonrası bakım alan kadınların, bakım almayan kadınlara kıyasla ruh sağlığı ölçümlerinin önemli ölçüde daha iyi olduğu bildirilmiştir [155].

Anneye doğum sonu dönemde verilen sosyal desteğin annenin duygu durumunu pozitif etkilediği bildirilmiştir [156]. Ayrıca postpartum depresyonun önlenmesinde eş desteği önemlidir. Babanın bebeği ve eşiyile ilgilenmesi halinde annenin yükü ve gerginliği azalmakta, daha hızlı iyileşme göstermektedir. Anneye bebekle bebeğin bakımında zorlanmasının normal olduğu, bebekle bağ kurmanın zaman aldığı ve bunun zamanla düzeleceği açıklanmalıdır. Yorulduğunu hissettiği anlarda eşinden ve ailesinden destek isteyebileceği konusunda bilgilendirilmelidir [157]. Baker ve arkadaşlarının (2009) dudak damak yarıklı bebeğe sahip ailelerle yaptığı çalışmada, sosyal desteği fazla olan ailelerin daha az sorun yaşadığı ve bebeğe daha kolay uyum sağladığı bildirilmiştir [16]. Fonseca ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmanın sonucunda ise daha yüksek düzeyde yüke sahip kadınların, daha yüksek ebeveynlik stresine sahip olduğunu bildirmiştir [158].

Bu süreçte bireyin kişilik özellikleri ve yaşam şekli göz önünde bulundurularak, kişiye özgü yöntemler uygulanarak yönetilmesi gereken bir süreçtir. Hemşireler tarafından annelere yenidoğanın bakımı konusunda eğitim verilmeli ve aklına takılanlar konusunda soru sormasına teşvik edilmelidir. Böylelikle annenin bebek bakımı

konusundaki stresi en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Annelere postpartum depresyonun bu dönemde sıklıkla görülebildiği ve bu durumdan utanmaması gerektiği belirtilmelidir. Anneye taburcu olmadan önce postpartum depresyonla ilgili bilgilendirmenin yer aldığı broşür verilmeli ve ihtiyaç duyduğunda ulaşabileceği telefon numaraları hakkında bilgilendirilmelidir [152].



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Dudak ve dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın türü tanımlayıcı kesitsel türde bir araştırmadır.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'ndan alınan izin doğrultusunda; 02.01.2023- 01.04.2023 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğinde yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalının moderatörlüğünü yaptığı multidisipliner ekip olan "Hacettepe Üniversitesi Dudak-Damak Yarığı ve Kraniyomaksillofasiyal Şekil Bozukluğu Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi" de bulunmaktadır. Bu merkez tedavisi multidisipliner olarak devam eden dudak ve/veya damak yarığı olan hastalara ve ailelerine hizmet vermektedir.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 01.01.2021- 01.01.2022 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine başvuru yapan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 2 Ocak 2023 - 1 Nisan 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine başvuru yapan 150 hastadan toplanmıştır.

### **3.4 Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni çalışmaya katılan annelerin postpartum depresyon düzeyleridir. Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durumu, akrabalık durumu, aile tipi, ekonomik durumu, eğitim seviyesi, eşin eğitim düzeyi, çalışıp- çalışmaması vb.), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istendik olup-olmaması, gebelikten memnuniyet durumu vb.) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

#### **3.4.1 Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri**

Araştırmaya dâhil olma kriterleri;

- Dudak, damak ya da dudak ve damak tanısı bir arada olan bebek annesi olması
- Postpartum 4-12. haftalarda olması
- Annenin psikolojik hastalık tanısı almamış olması
- Bebeğin dudak ve damak yarığı dışında tanısı olmaması
- Annenin 18 yaş ve üstünde olması
- Annede iletişim güçlüğü olmaması
- Annenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Annenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

### **3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanması için araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelemesi yapılarak oluşturulmuş Sosyo-demografik Özellikler Formu (Ek-A) ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği(Ek-B) kullanılmıştır.

#### **3.5.1 Sosyo-demografik Özellikler Formu(Ek-A)**

Postpartum depresyonu etkileyeceği düşünülen ve araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan tanımlayıcı özellikler yer almaktadır [31,122,124,130].

Annenin; doğum haftası, yaşı, eğitim durumu, obstetrik öyküsü, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, gelir durumu, gebeliğin istenme durumu, bebeğin cinsiyetinden memnun olup/olmama durumu, eşi ve evliliği ile ilgili sorular yer almakta olup toplamda 51 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler formu, alanında uzman 2 kişi tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeleri sonucunda forma bazı sorularda eklenmiştir.<sup>1, 2</sup>

### 3.5.2 Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek-B)

Postpartum Depresyon belirtisi varlığını değerlendirmek için Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılacaktır. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir [159]. Günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliği ve güvenilirliği çalışılmıştır. Toplum tabanlı Postpartum Depresyon riski taramasında kullanılabilir uygun bir araçtır. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğinin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından (1996) gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.79, güvenilirliği 0.80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0.84, özgüllüğü 0.88, olumlu öngörü değeri 0.69 ve olumsuz öngörü değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon  $R= 0.7$  ( $p<0.001$ ) bulunarak geçerli kabul edilmiştir. Engindeniz'in çalışmasından yola çıkılarak çalışmamızda postpartum 4-12 haftada olan kadınlarla görüşülmüştür. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği, 10 maddeden oluşan, dördümlü Likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1, 2 ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3 ve 5-10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır [160]. Postpartum Depresyonun değerlendirmesi yapılması T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde yer almaktadır. Rehberde annenin doğum sonrası 6. izlemde (30-42. günlerde) Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi, ölçekten 12 puan ve üzeri alanların sevk edilmesi yer almaktadır [161].

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Fatma Figen Özgür

<sup>2</sup> Doç. Dr. Sevil Çınar

### **3.6 Araştırma İzni**

Araştırmanın etik kurul izni Atılım Üniversitesi insan araştırmaları etik kurulundan alınmıştır (Tarih:05/12/2022, izin: E-59394181-604.01.02-50732) (Ek-D). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı 'ndan ve çalışmanın yapılacağı klinik ve servisler için gerekli izinler alınmıştır (Ek-E). Araştırma kapsamına alınan annelere veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve gönüllü onam formunun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-C).

### **3.7 Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından veri toplama formu ve ölçekler kullanılarak 2 Ocak 2023 – 1 Nisan 2023 tarihleri arasında anneler ile görüşülerek ve hastanın mahremiyeti dikkate alınarak toplanmıştır. Verilerin toplanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

### **3.8 Veri Analizi**

Çalışmanın istatistiksel analiz kısmında öncelikle araştırmaya katılan annelerin demografik bilgilerine ait istatistikler verilmiştir. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ile annelerin depresyon düzeyleri ölçülerek risk faktörü grupları (riskli, risksiz) elde edilmiştir. Daha sonra elde edilen risk grupları ile bireylere ait demografik özelliklerin grupları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve nxr şeklinde olan çapraz tablolara ait gözlemlerin beklenen değerleri göz önünde bulundurularak korelasyon analizleri yapılmıştır. Hücrelerin beklenen değerlerinden en az birinin 5'ten küçük olduğu durumlarda Fisher testi, 5'ten büyük olduğu durumlarda ise Pearson ki-kare bağımsızlık testi uygulanmıştır. Katılımcıların kişisel özellikleri ile depresyon skor puanları arasındaki ilişkiler ortalama karşılaştırma testleri ile sınanmıştır. Skor puanlarının normalliği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Depresyon skorlarına ait ortalama (Ort), standart sapma (SS), medyan (Med), minimum (Min) ve maksimum (Maks) şeklinde tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Normal dağılıma uygun olan verilerde bağımsız iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t-testi kullanılırken, normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olan özellikler için normal dağılan verilerde varyans analizi

(ANOVA), normal dağılmayan verilerde ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. ANOVA testinde varyansların homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiş; homojen varyans koşulu sağlanmayan durumlar için Welch testi sonucu kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda ANOVA için varyans homojenliği sağlandığında Tukey Kramer testi kullanılırken, varyanslar homojen dağılmadığında Tamhane testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinde çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli Dunn testi uygulanmıştır. İstatistiksel bulguların tamamı hata payı 0,05 baz alınarak R Project programı gerçekleştirilmiştir.



## 4. BULGULAR

Tablo 4.1: Araştırmaya katılan bireylere ait demografik özellikler

Özellik	N = 150 <sup>1</sup>
<b>Öğrenim durumu</b>	
Okuma yazma biliyor/İlkokul	15 (%10,00)
Ortaokul	26 (%17,33)
Lise	46 (%30,67)
Üniversite ve üzeri	63 (%42,00)
<b>Gelir sağladığı bir işin olma durumu</b>	
Evet	40 (%26,67)
Hayır	110 (%73,33)
<b>Eşin öğrenim durumu</b>	
Okuma-yazma biliyor/ İlkokul	13 (%8,67)
Ortaokul	22 (%14,67)
Lise	55 (%36,66)
Üniversite ve üzeri	60 (%40,00)
<b>Gelir gider durumu</b>	
Gelirim giderime eşit veya fazla	92 (%61,33)
Gelirim giderimden az	58 (%38,67)
<b>Yaşanılan yer</b>	
İl	71 (%47,33)
İlçe/Köy	79 (%52,67)
<b>Önceki gebeliklerde kayıp yaşama durumu</b>	
Evet	60 (%40,00)
Hayır	90 (%60,00)
<b>Gebelikte sigara kullanma durumu</b>	
Evet	31 (%20,67)
Hayır	119 (%79,33)
<b>Gebelik süresince kanama olma durumu</b>	
Evet	46 (%30,67)
Hayır	104 (%69,33)
<b>Gebelik süresince bulantı olma durumu</b>	
Evet	100 (%66,67)
Hayır	50 (%33,33)

Tablo 4.1: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylere ait demografik özellikler

<b>Gebelik süresince ilaç kullanma durumu</b>	
Evet	52 (%34,67)
Hayır	98 (%65,33)
<b>Gebelik süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumu</b>	
Evet	43 (%28,67)
Hayır	107 (%71,33)
<b>Bebeğin tanısını öğrenme zamanı</b>	
Doğumdan önce	79 (%52,67)
Doğumdan sonra	43 (%28,66)
Doğum sırasında	28 (%18,67)
<b>Gebeliğin sonlandırılması için seçenek sunulma durumu</b>	
Evet	40 (%50,63)
Hayır	39 (%49,37)
<b>Bebeğin yoğun bakımda kalma durumu</b>	
Evet	101 (%67,33)
Hayır	49 (%32,67)
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>	
Evet	98 (%65,33)
Hayır	52 (%34,67)
<b>Bebeği doğumdan ne kadar zaman sonra kucağa aldığı</b>	
İlk 30 dakikada	42 (%28,00)
30 dakika ve üzeri	108 (72%)
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>	
Kız	73 (%48,67)
Erkek	77 (%51,33)
<b>Dudak/damak yarık tipi</b>	
Damak yarığı	43 (%28,67)
Dudak ve damak yarığı	66 (%44,00)
Dudak yarığı	41 (%27,33)
<b>Bebeğin bakımında güçlük yaşama durumu</b>	
Evet	43 (%28,67)
Hayır	107 (%71,33)

Tablo 4.1: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylere ait demografik özellikler

<b>Bebek bakımında eşten destek alma durumu</b>	
Evet destek alıyorum	128 (%85,33)
Hayır destek almıyorum	22 (%14,67)
<b>Bebek bakımında annesinden/kayınvalideden destek alma durumu</b>	
Evet destek alıyorum	98 (%65,33)
Hayır destek almıyorum	52 (%34,67)
<b>Bebek bakımında benzer tanısı olan ailelerden destek alma durumu</b>	
Evet destek alıyorum	117 (%78,00)
Hayır destek almıyorum	33 (%22,00)
<b>Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeğine ait risk durumu</b>	
Yok	97 (%64,67)
Var	53 (%35,33)

N: Gözlem sayısı

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine ait frekans analizi sonuçları verilmiştir. Öğrenim durumuna göre, katılımcıların çoğunluğu (%42) üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Gelir sağladıkları bir işleri olanların oranı (%26,67) oldukça düşüktür. Eşlerin öğrenim durumu incelendiğinde ise, en yüksek oran (%40) üniversite ve üzeri eğitim almış olanlar için görülmektedir. Gelir-gider durumuyla ilgili olarak, katılımcıların %61,33’ü gelirinin giderine eşit veya daha fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%52,67) ilçe/köy gibi küçük yerleşim birimlerinde yaşamaktadır. Gebelik öncesi kayıp yaşayanların oranı %40, sigara kullananların oranı %20,67’dir. Gebeliğin süresince kanama yaşayanların oranı %30,67, bulantı yaşayanların oranı ise %66,67’dir. Gebelik süresince ilaç kullananların oranı %34,67, travmatik/üzücü olay yaşayanların oranı ise %28,67’dir. Bebeğin tanısını doğumdan önce öğrenenlerin oranı %52,67, planlı gebeliklerin oranı %65,33’tür. Bebeklerin %48,67’si kız, %51,33’ü erkektir. Dudak yarık tipine göre incelendiğinde, en yüksek oran (%44) dudak ve damak yarığı olan bebekler için görülmektedir. Katılımcıların %67,33’ü bebeğin yoğun bakımda kaldığını belirtmiştir. Bebek bakımında güçlük yaşayanların oranı %28,67 iken, %85,33’ü eşlerinden destek aldığını ifade etmiştir. Annelerin/kayınvalidelerin destek aldığı oran %65,33, benzer tanısı olan ailelerden destek alanların oranı ise %78’dir. Son olarak, katılımcıların

%64,67'si risksiz gruba, %35,33'ü ise riskli gruba dahil edilmiştir. Risksiz grubun ölçek puan ortalaması 7,49; risksiz grubun ölçek puan ortalaması ise 16,06 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2: Araştırmaya katılan bireylerin özellikleri ile risk durumu taşımaları arasındaki ilişkiler

Özellik	Risksiz (N = 97)	Riskli (N = 53)	Test istatistiği	p
<b>Öğrenim durumu</b>				
Okuma yazma biliyor/İlkokul	11 (%73,33)	4 (%26,67)	3,300	0,347 <sup>K</sup>
Ortaokul	13 (%50,00)	13 (%50,00)		
Lise	30 (%65,22)	16 (%34,78)		
Üniversite ve üzeri	43 (%68,25)	20 (%31,75)		
<b>Gelir sağladığı bir işin olma durumu</b>				
Evet	30 (%75)	10 (%25)	2,549	0,126 <sup>F</sup>
Hayır	67(%60,9)	43 (%39,1)		
<b>Eşin öğrenim durumu</b>				
Okuma-yazma biliyor/İlkokul	8 (%61,54)	5 (%38,46)	0,475	0,909 <sup>F</sup>
Ortaokul	13 (%59,09)	9 (%40,91)		
Lise	36 (%65,45)	19 (%34,55)		
Üniversite ve üzeri	40 (%66,67)	20 (%33,33)		
<b>Gelir gider durumu</b>				
Gelirim giderime eşit veya fazla	64 (%69,57)	28 (%30,43)	2,500	0,114 <sup>K</sup>
Gelirim giderimden az	33 (%56,90)	25 (%43,10)		
<b>Yaşanılan yer</b>				
İl	48 (%67,61)	23 (%32,39)	0,510	0,475 <sup>K</sup>
İlçe/Köy	49 (%62,03)	30 (%37,97)		
<b>Önceki gebeliklerde kayıp yaşama durumu</b>				
Evet	36 (%60,00)	24 (%40,00)	0,953	0,329 <sup>K</sup>
Hayır	61 (%67,78)	29 (%32,22)		
<b>Gebeliğinde sigara kullanma durumu</b>				
Evet	13 (%41,94)	18 (%58,06)	8,840	<b>0,003<sup>K</sup></b>
Hayır	84 (%70,59)	35 (%29,41)		

Tablo 4.2: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylerin özellikleri ile risk durumu taşımaları arasındaki ilişkiler

Özellik	Risksiz (N = 97)	Riskli (N = 53)	Test istatistiği	P
<b>Gebeliği süresince kanama olma durumu</b>				
Evet	28 (%60,87)	18 (%39,13)	0,419	0,518 <sup>K</sup>
Hayır	69 (%66,35)	35 (%33,65)		
<b>Gebeliği süresince bulantı olma durumu</b>				
Evet	61 (%61,00)	39 (%39,00)	1,770	0,184 <sup>K</sup>
Hayır	36 (%72,00)	14 (%28,00)		
<b>Gebeliği süresince ilaç kullanma durumu</b>				
Evet	30 (%57,69)	22 (%42,31)	1,690	0,193 <sup>K</sup>
Hayır	67 (%68,37)	31 (%31,63)		
<b>Gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumu</b>				
Evet	16 (%37,21)	27 (%62,79)	19,900	<0,001 <sup>K</sup>
Hayır	81 (%75,70)	26 (%24,30)		
<b>Bebeğin tanısını öğrenme zamanı</b>				
Doğumdan önce	55 (%69,62)	24 (%30,38)	9,420	0,009 <sup>K</sup>
Doğumdan sonra	20 (%46,51)	23 (%53,49)		
Doğum sırasında	22 (%78,57)	6 (%21,43)		
<b>Gebeliğin sonlandırılması için seçenek sunulma durumu</b>				
Evet	24 (%60,00)	16 (%40,00)	3,550	0,060 <sup>K</sup>
Hayır	31 (%79,49)	8 (%20,51)		
<b>Bebeğin yoğun bakımda kalma durumu</b>				
Evet	68 (%67,33)	33 (%32,67)	0,957	0,328 <sup>K</sup>
Hayır	29 (%59,18)	20 (%40,82)		
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>				
Evet	65 (%66,33)	33 (%33,67)	0,341	0,559 <sup>K</sup>
Hayır	32 (%61,54)	20 (%38,46)		

Tablo 4.2: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylerin özellikleri ile risk durumu taşımaları arasındaki ilişkiler

Özellik	Risksiz (N = 97)	Riskli (N = 53)	Test istatistiği	p
<b>Bebeğin doğumdan ne kadar zaman sonra kucağa aldığı</b>				
İlk 30 dakikada	27 (%64,29)	15 (%35,71)	0,044	0,951 <sup>K</sup>
30 dakika ve üzeri	70 (64,8%)	38 (35,2%)		
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>				
Kız	41 (%56,16)	32 (%43,84)	4,500	<b>0,034<sup>K</sup></b>
Erkek	56 (%72,73)	21 (%27,27)		
<b>Dudak damak yarık tipi</b>				
Damak yarığı	22 (%51,16)	21 (%48,84)	5,700	0,058 <sup>K</sup>
Dudak damak yarığı	44 (%66,67)	22 (%33,33)		
Dudak yarığı	31 (%75,61)	10 (%24,39)		
<b>Bebeğin bakımında güçlük yaşama durumu</b>				
Evet	25 (%58,14)	18 (%41,86)	1,120	0,289 <sup>K</sup>
Hayır	72 (%67,29)	35 (%32,71)		
<b>Bebek bakımında eşinden destek alma durumu</b>				
Evet destek alıyorum	84 (%65,62)	44 (%34,38)	0,351	0,554 <sup>K</sup>
Hayır destek almıyorum	13 (%59,09)	9 (%40,91)		
<b>Bebek bakımında anneden/kayınvalideden destek alma durumu</b>				
Evet destek alıyorum	60 (%61,22)	38 (%38,78)	1,470	0,226 <sup>K</sup>
Hayır destek almıyorum	37 (%71,15)	15 (%28,85)		
<b>Bebek bakımında benzer tanısı olan ailelerden destek alma durumu</b>				
Evet destek alıyorum	75 (%64,10)	42 (%35,90)	0,074	0,786 <sup>K</sup>
Hayır destek almıyorum	22 (%66,67)	11 (%33,33)		

Çapraz tablo bulguları n (%) şeklinde sunulmuştur. K: Ki-kare bağımsızlık testi, F: Fisher testi

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan annelere ait demografik gruplar bazında Edinburgh Depresyon Ölçeğine göre postpartum depresyon açısından riskli ve risksiz gruplar arasındaki ilişki sonuçları aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

Bu sonuçlara bakıldığında annelerin öğrenim durumu olan (okuma yazma biliyor/ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) gruplar ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerden gelir sağlayabilen, gelir sağlayamayan ve doğum izninde olan gruplar ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin eşlerinin öğrenim durumu olan (okuma yazma biliyor/ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) gruplar ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Bulgulara göre araştırmaya katılan annelerin geliri giderinden eşit/fazla ve geliri giderinden az olan gruplar ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin il ve ilçede yaşama durumlarına göre depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin önceki gebeliklerde kayıp yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşıyama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin sigara kullanma durumları ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Bu ilişki incelendiğinde sigara kullanan annelerin, kullanmayan annelere göre depresyon riski daha fazladır.

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince kanama yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşıyama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince bulantı yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşıyama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince ilaç kullanma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Bu bulgular incelendiğinde gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşayan annelerin depresyon riski daha fazladır.

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin bebek tanısını öğrenme zamanları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Bu ilişki incelendiğinde bebeğinin tanısını doğumdan önce öğrenen annelerin depresyon riski anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin gebeliğini sonlandırma seçeneği sunulmuş olma durumu ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin yoğun bakımda kalma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerini doğumdan ne kadar süre sonra gördükleri ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin cinsiyet grupları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Bu bulgular incelendiğinde kız bebeği olan annelerin depresyon riski erkek bebeği olan annelere göre daha fazladır.

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin dudak yarık tipi grupları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin bakımında güçlük çekme durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin bakımında eşlerinden destek alma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebek bakımında annelerinden/kayınvalidelerinden destek alma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebek bakımında benzer tanısı olan ailelerden destek alma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.3: Bireylere ait özelliklerin risk grupları bazında karşılaştırmaları

Değişken	Risksiz		Riskli		Test istatistiği	P
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaşı	29,412	4,862	29,547	5,587	-0,154	0,439
Eşinin yaşı	32,464	5,015	33,019	5,329	-0,634	0,264
Eşi ile evlilik süresi/yıl	5,959	4,387	6,453	4,854	-0,635	0,263

p: t-testi Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’de bireylere ait özelliklerin risk grupları bazında karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında araştırmaya dahil olan ve depresyon riski bulunan annelerin, depresyon riski bulunmayan annelere göre yaş, eşinin yaşı ve evlilik süresi (eşinizle kaç yıldır evlisiniz) değerlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.4: Araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine göre EPDÖ ölçeğinden elde edilen risk puanları arasındaki karşılaştırma sonuçları

Değişken	Ort	SS	Med	Min	Maks	Test istatistiği	p
<b>Öğrenim durumu</b>							
Okuma yazma biliyor/İlkokul	9.133	4.138	9	2	16	5.359	0.147 <sup>KW</sup>
Ortaokul	12.231	4.246	12.5	4	21		
Lise	10.565	4.861	10	2	21		
Üniversite ve üzeri	10.111	5.331	9	0	22		
<b>Gelir sağladığı bir işin olma durumu</b>							
Evet	9,725	5.330	10	0	22	2457,5	0.273 <sup>KW</sup>
Hayır	10,809	4.779	10	2	21		
<b>Eşin öğrenim durumu</b>							
Okuma-yazma biliyor/ İlkokul	10.077	4.071	10	2	16	2.496	0.476 <sup>KW</sup>
Ortaokul	11.727	3.326	11.5	6	18		
Lise	10.473	5.235	9	2	21		
Üniversite ve üzeri	10.217	5.336	10	0	22		
<b>Gelir gider durumu</b>							
Gelirim giderime eşit veya fazla	10.033	5.292	9	0	22	2142.000	0.042 <sup>MW</sup>
Gelirim giderimden az	11.293	4.243	11	2	21		
<b>Yaşanılan yer</b>							
İl	10.028	4.733	9	0	20	-1.158	0.249 <sup>T</sup>
İlçe/Köy	10.962	5.103	10	2	22		
<b>Önceki gebeliklerde kayıp yaşama durumu</b>							
Evet	10.800	5.128	10.000	0.000	22.000	0.566	0.572 <sup>T</sup>
Hayır	10.333	4.825	10.000	2.000	21.000		
<b>Gebelikte sigara kullanma durumu</b>							
Evet	12.903	3.833	13	4	21	2556.500	0.001 <sup>MW</sup>
Hayır	9.899	5.016	9	0	22		
<b>Gebelik süresince kanama yaşama durumu</b>							
Evet	10.283	4.801	10	0	19	2358.000	0.891 <sup>MW</sup>
Hayır	10.625	5.015	10	2	22		

Tablo 4.4: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine göre EPDÖ ölçeğinden elde edilen risk puanları arasındaki karşılaştırma sonuçları

Değişken	Ort	SS	Med	Min	Maks	Test istatistiği	p
<b>Gebelik süresince bulantı olma durumu</b>							
Evet	10.980	4.755	10	2	22	2887.500	0.122 <sup>MW</sup>
Hayır	9.600	5.210	9	0	21		
<b>Gebelik süresince ilaç kullanma durumu</b>							
Evet	11.712	5.241	11	2	22	2.180	<b>0.031<sup>T</sup></b>
Hayır	9.888	4.673	9.5	0	21		
<b>Gebelik süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumu</b>							
Evet	12.884	4.890	13	2	22	3198.500	<0.001 <sup>MW</sup>
Hayır	9.570	4.648	9	0	21		
<b>Bebeğin tanısını öğrenme zamanı</b>							
Doğumdan önce	10.177 <sup>b</sup>	4.935	10	0	21	5.918	<b>0.003<sup>ANV</sup></b>
Doğumdan sonra	12.419 <sup>a</sup>	4.934	13	4	22		
Doğum sırasında	8.571 <sup>b</sup>	4.032	7.5	2	18		
<b>Gebeliğin sonlandırılması için seçenek sunulma durumu</b>							
Evet	11.425	4.825	10.5	2	21	2.340	<b>0.022<sup>T</sup></b>
Hayır	8.897	4.773	9	0	20		
<b>Bebeğin yoğun bakımda kalma durumu</b>							
Evet	10.277	4.596	9	0	21	2325.500	0.551 <sup>MW</sup>
Hayır	11.020	5.592	11	2	22		
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>							
Evet	10.388	5.127	10	0	21	-0.449	0.654 <sup>T</sup>
Hayır	10.769	4.596	10	2	22		
<b>Bebeğini doğumdan ne kadar zaman sonra kucağına aldığı</b>							
İlk 30 dakikada	11,000	5,231	10.5	4	22	0.390	0.590 <sup>KW</sup>
30 dakika ve üzeri	10,333	4,829	10	0	21		

Tablo 4.4: (Devamı) Araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine göre EPDÖ ölçeğinden elde edilen risk puanları arasındaki karşılaştırma sonuçları

Değişken	Ort	SS	Med	Min	Maks	Test istatistiği	p
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>							
Kız	11.123	4.882	11	2	22	1.463	0.146 <sup>T</sup>
Erkek	9.948	4.952	9	0	21		
<b>Dudak / damak yarık tipi</b>							
Damak yarığı	11.605	4.792	12	4	22	1.538	0.218 <sup>ANV</sup>
Dudak damak yarığı	10.227	5.098	9	0	21		
Dudak yarığı	9.854	4.752	10	2	21		
<b>Bebeğin bakımında güçlük yaşama durumu</b>							
Evet	11.256	4.562	10	2	22	2590.000	0.146 <sup>T</sup>
Hayır	10.224	5.070	9	0	21		
<b>Bebek bakımında eşten destek alma durumu</b>							
Evet destek alıyorum	10.359	4.985	10	0	22	1223.500	0.327 <sup>MW</sup>
Hayır destek almıyorum	11.455	4.647	10	4	20		
<b>Bebek bakımında anneden/kayınvalideden destek alma durumu</b>							
Evet destek alıyorum	10.918	5.312	10	0	22	2831.500	0.263 <sup>MW</sup>
Hayır destek almıyorum	9.769	4.081	10	2	17		
<b>Bebek bakımında benzer tanısı olan ailelerden destek alma durumu</b>							
Evet destek alıyorum	10.530	4.999	10	0	21	1937.500	0.976 <sup>MW</sup>
Hayır destek almıyorum	10.485	4.784	10	3	22		

MW: Mann-Whitney U testi, t: Bağımsız örneklem t-testi, KW: Kruskal-Wallis testi ANV: ANOVA testi. Aynı harfli gruplar arasında anlamlı fark yoktur. EPDÖ: Edinburgh Depresyon Ölçeği

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan annelere ait demografik gruplar bazında Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasındaki karşılaştırma sonuçları aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

Bu sonuçlara bakıldığında annelerin öğrenim düzeylerine göre depresyon ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre gelir sağlayan bir işi bulunan, gelir sağlayan bir işi bulunmayan ve doğum izninde olan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin eşlerinin öğrenim durumu olan (okuma yazma biliyor/ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) gruplar ile Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Bulgulara göre araştırmaya katılan annelerin geliri giderinden eşit/fazla ve geliri giderinden az olan gruplar ile Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklar incelendiğinde geliri giderinden az olan annelerin depresyon risk puanları anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin il ve ilçede yaşama durumlarına göre Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre önceki gebeliklerde kayıp yaşayan ve yaşamayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında sigara kullanan ve kullanmayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklar incelendiğinde sigara kullanan annelerin depresyon riski puanlarının kullanmayan annelere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuçlara göre gebeliği süresince bulantı ve kanama yaşayan ve yaşamayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında gebeliği süresince ilaç kullanan ve kullanmayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklar incelendiğinde ilaç

kullanan annelerin depresyon riski puanlarının kullanmayan annelere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuçlara bakıldığında gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşayan ve yaşamayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklar incelendiğinde travmatik/üzücü olay yaşayan annelerin depresyon riski puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuçlara göre bebeğinin tanısını doğum öncesi, doğum sonrası ve doğum sırasında öğrenen annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklar incelendiğinde bebeğinin tanısını doğum sonrasında öğrenen annelerin depresyon riski puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuçlara bakıldığında gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan ve sunulmayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farklılıklara göre gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan annelerin depresyon riski puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuçlara göre bebeği yoğun bakımda kalan ve kalmayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında gebeliği planlı olan ve planlı olmayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre bebeğini ilk 30 dakikada gören, 31. Dakikadan sonra ve başka zaman gören anne gruplarının Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında bebeğinin cinsiyeti kız ve erkek olan anne gruplarının Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre bebeğinde damak yarığı, dudak damak yarığı ve dudak yarığı bulunan anne gruplarının Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında bebeğinin bakımında günlük yaşayan ve yaşamayan anne gruplarının Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre bebeğinin bakımında eşinden destek alan ve almayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara göre bebeğinin bakımında annesinden/kayınvalidesinden destek alan ve almayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Sonuçlara bakıldığında bebeğinin bakımında benzer tanı konulmuş ailelerden destek alan ve almayan annelerin Edinburgh Depresyon Ölçeğinden elde edilen risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Postpartum depresyon morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir hastalıktır. Bu durum anneyi, bebeği, anne-bebek arasındaki ilişkiyi ve aynı zamanda tüm aileyi olumsuz etkileyebilmektedir [104]. Postpartum depresyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonrası kadınlarda postpartum depresyon görülme olasılığının %15,54 ile %31,68 arasında olduğu belirlenmiştir [27,28,29,30,31]. Çalışmamızda Edinburg postpartum depresyon ölçeği kullanılmış ve postpartum depresyon görülme durumu %35.33 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

Konjenital anomalili bebeğe sahip olan annelerin postpartum depresyon düzeylerinin sağlıklı bir bebeğe sahip annelere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir [17,35,36]. Literatür araştırması yapıldığında konjenital anomalili bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon prevalansını ortaya koyan bir çalışma bulunamamıştır. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda bebek bakımında güçlük yaşama, konjenital anomalili bebeğe sahip olma, bebeklerin uzun süreli hastaneye yatış öyküsünün olmasının ve bebekte sağlık problemi olması durumu postpartum depresyonla ilişkili saptanmıştır [162,163,164,165]. Dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin bu güçlükleri yaşadığı göz önüne alındığında, bu annelerde postpartum depresyon prevalansının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin sosyodemografik özelliklerinden öğrenim durumu ile postpartum depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Postpartum depresyon ile öğrenim durumu arasındaki ilişki ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Verkek ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada da postpartum depresyon riski ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir [166]. İnandı ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışma sonucunda eğitim düzeyi azaldıkça postpartum depresyon düzeyinin arttığı bildirilmiştir [167]. Campell ve arkadaşlarının (1991) 1033 kadınla yaptıkları çalışmalarında ise eğitim seviyesi yüksek kadınların ebeveynliğe daha kolay uyum sağladığı, eğitim seviyesi düşük kadınların postpartum depresyona daha yatkın oldukları bildirilmiştir [168]. Nur ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [169].

Çalışmamızın sonuçlarına göre annenin çalışma durumu ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Gupta ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde annenin çalışma durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [170].

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin eşlerinin öğrenim durumu olan (okuma yazma biliyor/ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri) ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Tekinarslan'ın (2022) İstanbul ilinde yaptığı çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer şekilde eşin öğrenim durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [171]. Konuş'un (2020) yaptığı çalışmasında ise eşlerin öğrenim durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İlkokul ve ortaokul mezunu eşe sahip kadınlarda postpartum depresyon sıklığı yüksek, üniversite ve yüksek lisans mezunu eşe sahip kadınlarda postpartum depresyon sıklığı düşük olarak bildirilmiştir [116].

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin il ve ilçede yaşama durumlarına göre depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Pamuk'un (2021) İzmir'de yaptığı çalışmasında annenin yaşadığı yer ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [172]. Dinçtürk'ün (2019) yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızın tersine annenin ikamet ettiği yer ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonucunda ilçe de yaşayanlarda, belde de yaşayanlara oranla daha fazla depresif semptom tespit edilmiştir [173].

Günümüzde prenatal tanı yöntemleri oldukça gelişmiştir [174]. Prenetal tanı ebeveynin tedavi seçeneklerini değerlendirme ve gebeliği sonlandırmayı düşünme fırsatı verdiği için avantajlı bir durumdur [175]. Çalışmamızın sonucuna bakıldığında araştırmaya katılan annelerin bebek tanısını öğrenme zamanları ile depresyon riski taşıma ve taşıyama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Bu ilişki incelendiğinde bebeğinin

tanısını doğumdan önce öğrenen annelerde depresyon riski anlamlı ölçüde daha düşüktür. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Holm ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada doğum öncesi konjenital anomali teşhisi alan ebeveynlerin, kendilerini hazırlayabilmeleri için çocuk doğmadan önce bu teşhisi aldıkları için mutlu olduklarını bildirmişlerdir [88]. Çınar ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada ise anneler tanıyı doğum öncesi dönemde mi yoksa doğum sırasında mı öğrendiklerine bağlı olarak farklı duygular göstermişlerdir. Gebelikte yarık dudak damak teşhisi konması veya gözle görülür bir kusurun varlığı annelerin bebekle ilk temasını zorlaştırdığını bildirmişlerdir [22]. Nes ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hamileliği sırasında bebeğinde dudak damak yarığı anomalisi olduğunun öğrenen annelerin, sağlıklı bebeğe sahip annelere kıyasla daha fazla kaygı yaşadıkları bildirilmiştir [94]. Skari ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada doğum öncesi bebeğinde konjenital anomali tanısı alan aileler doğum anında konjenital anomali tanısı alan aileler karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise doğum öncesi tanı alan annelerin psikolojik sıkıntı düzeylerinin doğum sonrası tanı alan annelere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir [176]. Brosig ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise doğum öncesi tanı alma ile doğum sonrası tanı alma arasında psikolojik açıdan bir farklılık bildirilmemiştir [177].

Çalışmamızda annelerin %28,67'sinin gebeliği sırasında travmatik/üzücü olay yaşadığı belirlenmiştir. Annelere yaşadıkları travmatik/üzücü olayın detayı sorulduğunda; ailede vefat, ailede yaralanma, aile içi geçimsizlik, boşanma, ev kazası, riskli gebeliğe sahip olma ve diğer çocuğundan uzak kalma gibi durumlar belirtmişlerdir. Bazı anneler ise yaşadığı travmatik/üzücü olayın detayını belirtmek istememişlerdir. Araştırmamızın sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2). Bu bulgular incelendiğinde ise gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşayan annelerin depresyon riskinin daha fazla olduğu görülmektedir. Stone ve arkadaşının (2015) gebelikte yaşanan stresli olaylar ile postpartum depresyon arasında ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında 5.395 katılımcının %58'i stres etkeni (eş=%26, travmatik=%16, finansal=%29 ve duygusal=%30) bildirmiştir ve bu stres etkenleri artan postpartum depresyon prevalansı ile

ilişkilendirilmiştir. En güçlü ilişki ise partner stresi için bildirilmiştir [178]. Qobadi ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada doğumdan önceki bir yıl içinde farklı stresli yaşam olaylarının (finansal stres, ilişkiler ile ilgili stres, travma ve duygusal stres) postpartum depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. İlişkileri ile ilgili stres yaşayan kadınlarda ise postpartum depresyon riski daha yüksek bulunmuştur [179]. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada da partnerle ilgili, travmatik, duygusal ve mali dahil olmak üzere dört stres etkenine maruz kalmak, kadınlarda görülen postpartum depresyon ile ilişkilendirilmiştir [180]. Chandran ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, gebelikte karşılaşılan olumsuz yaşam olayları postpartum depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir [181]. Ward ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise partnerle tartışmalar, finansal zorluk ve ayrılma/boşanma, olaylarının doğum sonrası depresif belirtileri arttırdığı gözlenmiştir. Artan kümülatif stresli yaşam olayları sayısı ile artan doğum sonrası depresif belirtiler gözlemlenmiştir [182]. Kumar ve Robson'un (1984) yaptığı çalışmada ise evlilik çatışması ve yas olayları postpartum depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir [183]. Taşpınar ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada ise aile içi şiddet yaşayan kadınlarda (fiziksel, sözlü, ekonomik, cinsel) postpartum depresyon yaşama riski yüksek bulunmuştur [184]. Azale ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise zayıf evlilik ilişkisi ve yaşanan stresli olaylar postpartum depresyon açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir [185]. Wu ve arkadaşlarının (2022) Çinde yaklaşık 300.000 loğusa kadınla yaptığı çalışmada, doğum öncesi anksiyete yaşamının postpartum depresyon yaşama riskini 4.55 kat arttırdığı bildirilmiştir [186]. Yapılan başka bir çalışmada ise strese sebep olan bir olay karşısında, eşinin duygusal yakınlığının hisseden kadınların depresif semptomları daha az gösterdiği bildirilmiştir [187]. Pişirgen'in (2011) yaptığı çalışmasında yüksek riskli gebeliğe sahip olan kadınlardaki depresyon düzeyi, yüksek riskli gebeliğe sahip olmayan kadınlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [188]. Buna karşılık olarak Karabulutlu ve Yavuz'un (2021) yaptığı çalışmada ise yüksek riskli gebeliğe sahip olan bireylerle, sahip olmayan bireyler arasında postpartum depresyon açısından bir fark bulunamamıştır [189].

Çalışmamızın sonucuna göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin cinsiyet grupları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.2). Bu bulgular incelendiğinde kız

bebeği olan annelerin depresyon riski erkek bebeği olan annelere göre daha fazla bulunmuştur. Arap ülkeleri, Türkiye, Çin, Hindistan, Japonya, Tayvan, Kore, Hon Kong gibi ülkelerde, erkek çocuk lehine cinsiyet tercihi yapıldığı bilinmektedir. Bu durumun sebepleri toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Hint kültüründe erkek çocuğun ileriki zamanda ailedeki yaşlı bireylerle ilgilendiği, aileye ekonomik destek olduğu ve gelinin ailesine çeyiz ücreti ödeyerek maddiyat karşılığında gelin kazandıklarını düşünmeleridir. Çin toplumunda da kız çocuklarının evlendikten sonra erkeğin ailesine ait olduğu düşünülmekte, ailesine maddi destek sağlayamamaktadır. Erkek çocukları ise aile şirketlerini yönetmekte, ailesine ekonomik destek olmakta ve ailenin soy bağınmı devam ettirdiği inanılmaktadır [190,191,192]. Ataerkil toplumlarda bebeğin cinsiyetinin kız olmasının anne üzerinde sosyal bir baskıya neden olduğu ve bu durumunda postpartum depresyon görülme olasılığını arttırmaktadır [193]. Türkiye’de İnandı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada da kız bebeğe sahip annelerde, erkek çocuğa sahip annelere oranla postpartum depresyon görülme riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir [167]. Chandran ve arkadaşlarının (2002) Hindistan’da yaptığı çalışmaya göre de kız çocuk doğurmak postpartum depresyon açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir [181]. Ekuklu ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da yine kız çocuk doğurmak postpsrtum depresyon ile ilişkilendirilmiştir [194]. Bu bulguların aksine Demir ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır [156]. Yine Wang ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma sonucunda bebeğin cinsiyetinin postpartum depresyon görülme riskini etkilemediği bildirilmiştir [195]. Çalışmamızda kız çocuğuna sahip annelerde postpartum depresyon riskinin daha yüksek olmasının sebebinin, defektin görünür olması sebebi ile bu durumun toplumda kadınlarda beklenen güzellik algısını zedeleyeceği ve ileriki hayatında bu konuda sorun yaşayacağını düşünmeleri olduğu tahmin edilmektedir.

Yaptığımız araştırmaya katılan annelerin sigara kullanma durumları ile depresyon riski taşıyan ve taşımayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Bu ilişki incelendiğinde sigara kullanan annelerin, kullanmayan annelere göre depresyon riski daha fazladır. Ülkemizde Konuş’un (2020) Edirne ilinde yaptığı ve 412 annenin katıldığı çalışmada, çalışmamızı destekler şekilde, sigara kullanan annelerde, sigara kullanmayan annelere oranla postpartum

depresyon sıklığı daha yüksek sıklıkta izlenmiştir [116]. Yine Filha ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, sigara kullanımı ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [196]. Jansen ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da gebelerde sigara kullanımı ile depresyon belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur [197]. Bu duruma karşılık olarak literatür taraması yapıldığında sigara kullanımı ile postpartum depresyon riski taşıma arasında ilişki bulunmayan çalışmalarda mevcuttur [198,121,199]. Sonuç olarak gebeliğin ve konjenital anomali tanısı almanın zor ve annede anksiyeteye sebep olan bir süreç olduğu, sigara içen kişilerde anksiyetinin yüksek olduğu, bu nedenle bu kişilerde postpartum depresyon riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin önceki gebeliklerde kayıp yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Sünter ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızı destekler şekilde abortus ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [200]. Yine çalışmamıza benzer şekilde Kaya'nın (2021) yaptığı çalışmasında abortus ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir [201]. Ancak İnandı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ise önceki gebeliklerinde abortus öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon görülme sıklığı, abortus öyküsü olmayan kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur [167]. Buna karşılık Konuş'un (2020) yaptığı çalışmasında, abortus hikayesi olan annelerde postpartum depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur [116]. Yine Aslan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmaya göre, abortus hikayesine sahip kadınlarda, abortus hikayesi olmayan kadınlara oranla daha yüksek sıklıkta postpartum depresyon görülmüştür [202].

Araştırmaya katılan annelerin gebeliği süresince bulantı yaşama durumları ile depresyon riski taşıma ve taşımama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Aktaş'ın (2008) yaptığı çalışmasında da gebelikte bulantı kusma yaşama ile postpartum depresyon görülme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [203]. Çalışmamızın sonuçlarının tam tersine Köken ve arkadaşlarının (2008) kusmanın postpartum depresyonla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, gebelikte kusma ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir [134]. Gebelikte bulantı kusma yaşayan annenin

uyuma, beslenme, dinlenme gibi hayatın rutin ihtiyaçlarını karşılamada güçlük yaşayabileceği ve durumun postpartum depresyonu tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin yoğun bakımda kalma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşıyamama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kaya'nın (2021) yaptığı çalışmada, yenidoğanın yoğun bakımda kalma durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [201]. Bizim çalışmamıza karşıt şekilde Demir ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise bebeğin yoğun bakımda kalmasının annede postpartum depresyon görülme sıklığını 4,3 kat arttırdığı bildirilmiştir [156].

Çalışmamızın sonucunda ilaç kullanan annelerin postpartum depresyon riski puanlarının kullanmayan annelere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4). Keskin'in (2018) yaptığı çalışmada, gebelikte ilaç kullanma durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [204]. Literatür incelendiğinde ilaç kullanma ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğuna dair çalışma bulunmamıştır. Gebelikte ilaç kullanmanın bebekte teratojenik etkisi olduğu göz önüne alındığında, annenin ilaç kullanarak bebeğine zarar vereceğini düşünebileceği ve bu durumda annenin anksiyetesinin artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonucuna göre annelerin bebek bakımında destek alma durumu ile (eş desteği alma, kayınvalide/anne desteği alma ve benzer tanısı olan bireylerden destek alma) postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Bizim çalışmamızı destekler şekilde Kabakçıoğlu ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada bebeğin bakımı ile ilgili destek alma durumu ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir [205]. Filha ve arkadaşlarının (2016) Brezilya'da yaptıkları çalışmalarında ise çalışmamıza zıt şekilde, bebek bakımında destek alma ile postpartum depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu, destek alan annelerde postpartum depresyon görülme sıklığının daha düşük olduğu bildirilmiştir [196].

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan annelerin gebeliklerinin planlı olma durumları ile depresyon riski taşıma ve taşınamama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Taştekné'nin (2019) yaptığı çalışmasında gebeliğin planlı olması ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [206]. Çalışmamızın tam tersine Başer ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada gebeliğin planlı olması ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [143].

Sonuçlara göre araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin bakımında güçlük çekme durumları ile postpartum depresyon riski taşıma ve taşınamama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4). Bizim bulgularımızın tam tersine Türkoğlu ve arkadaşlarını (2014) yaptığı çalışmada sağlıklı bebeğe sahip anneler ile hasta çocuğa sahip annelerin doğum sonrası depresyon düzeyleri karşılaştırılmış ve hasta çocuğa sahip annelerin bebek bakımında daha fazla güçlük yaşadığı ve postpartum depresyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [207]. Aktaş'ın (2008) yaptığı çalışmasında da bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin postpartum depresyon ölçek puanlarının güçlük yaşamayan annelere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir [203].

Çalışmamızın sonucunda geliri giderinden az olan annelerin depresyon risk puanları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4). Norhayati ve arkadaşlarının (2015) yaptığı, 203 çalışmanın dahil edildiği araştırmalarında, gelir düzeyinin düşük olması ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir [208]. Özcan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı meta-analiz çalışmasında da düşük ekonomik düzey, postpartum depresyon açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir [114]. Yıldırım ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada da ekonomik düzeyin düşük olması ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır [209]. Bizim çalışmamızın aksine Kaya'nın (2021) yaptığı çalışmasında gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [201]. Yine Kolukırık'ın (2016) yaptığı çalışmasında da gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır [210]. Gelir durumunun iyi olmasının annenin gelecek kaygısı yaşamamasına, stresli durumlarla daha kolay başetmesine imkân sağladığı için postpartum depresyon görülme olasılığını azaltabileceği düşünülmektedir.

Sonuçlara bakıldığında gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan ve sunulmayan annelerin postpartum depresyon risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4). Buna göre gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan annelerin depresyon riski puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelemesi yapıldığında anneye gebeliği sonlandırma seçeneği sunulması ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğuna dair bir çalışma bulunamamıştır. Konjenital anomalili bebekten dolayı aileye gebeliği sonlandırma seçeneği sunulduğunda, bu durumun sorumluluğu önce anneye daha sonra aileye yüklenmektedir. Annenin bu zorlu karar verme sürecinde anksiyetesinin yükseldiği ve buna bağlı olarak postpartum depresyon risk puanı yüksek belirlendiği düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Dudak ve Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi” amacıyla yürütülmüş olan bu çalışmanın bulgularına göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Edinburg postpartum depresyon ölçeği kullanılmış ve postpartum depresyon görülme durumu %35.33 olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Annelerin eğitim düzeyleri %10'unun ilkokul, %17,33'ünün ortaokul, %30,67'sinin lise ve %42'sinin üniversite eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Çalışmanın sonucuna sigara kullanan annelerin, kullanmayan annelere göre depresyon riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4).
- Sonuçlara göre gebeliği süresince travmatik/üzücü olay yaşayan annelerin depresyon riskinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4).
- Sonuçlara bakıldığında bebeğinin tanısını doğumdan önce öğrenen annelerin depresyon riski anlamlı ölçüde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.4).
- Araştırmanın sonuçlarına göre kız bebeği olan annelerin depresyon riskinin erkek bebeği olan annelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.2).
- Bulgulara göre geliri giderinden az olan annelerin depresyon risk puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4).
- Çalışma sonucunda ilaç kullanan annelerin depresyon riski puanlarının kullanmayan annelere göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4).
- Sonuçlara bakıldığında gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan ve sunulmayan annelerin risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu farklılıklara göre gebeliği sonlandırma seçeneği sunulan annelerin depresyon riski puanlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4).

Bu sonuçlar kapsamında önerilerimiz;

- Konjenital anomalili bebek tanısı alan gebeler postpartum depresyon riski açısından, hemşireler tarafından yakından takip edilmelidir.
- Aile bireyleri postpartum depresyon konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmelidir. Anne mümkün olduğunca stresten uzak tutulmaya çalışmalıdır.
- Çalışma sonucunda gelir düzeyinin düşük olması postpartum depresyon açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir. Ülkemizde kız çocuklarının eğitime önem verilmesi, kadın istihdamının artırılması ve böylece kadının ekonomik refaha ulaşması sağlanmalıdır.
- Toplumumuzda ev işi, çocuk bakma gibi işlerin sorumluluğu kadına yüklenmektedir. Artan iş yükü annenin stresini arttıracak için, kadında depresyona yatkınlık görülebilir. Bu sebeple aile içinde bu işler paylaşılmalı ve annenin yükü azaltılmalıdır.
- Gebelik döneminde ve doğumdan sonra sigara kullanan anneler sigaranın bebeğe ve kendisine olan zararları konusunda bilgilendirilmeli ve sigara bırakma konusunda danışmanlık sağlanmalıdır.
- Hemşireler, bebek izlemi ve aşı konusunda sağlık kuruluşuna başvuran anneleri postpartum depresyon riski açısından değerlendirmeli, riskli gördüğü anneleri bu konuda profesyonel yardım alacağı birimlere yönlendirmelidir.
- Dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerde uygun ölçekler kullanılarak postpartum depresyon erken dönemde tespit edilmeye çalışılmalıdır
- Çalışmamızın verileri doğrultusunda dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerini araştırmaya yönelik çalışma sayısı artırılmalıdır.

## KAYNAKÇA

- [1] M.J. Hockenberry ve D. Wilson, *Wong's Nursing Care of Infants and Children-E-Book*. Elsevier Health Sciences, 2018.
- [2] P. Stanier, "Genetics of cleft lip and palate: Syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic clefts." *Hum Mol Genet.*, cilt 13, sayı 1, sf. 73-81, 2004.
- [3] J. Silbert ve A. Pilitteri, *Maternal&Child Health Nursing*. China: Wolters Kluwer, 2018, sf. 725.
- [4] N. Salari, N. Darvishi, M. Heydari, S. Bokaee, F. Darvishi ve M. Mohammadi, "Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis." *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 2021.
- [5] W.J. Chang, L.C. See ve L.J. Lo, "Time trend of incidence rates of cleft lip/palate in Taiwan from 1994 to 2013." *Biomedical Journal*, cilt 39, sayı 2, sf. 150-154, 2016.
- [6] R.R.H. Alonso ve G.P.S. Brigetty, "Analysis of the prevalence and incidence of cleft lip and palate in Colombia." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 57, sayı 5, sf. 552-559, 2020.
- [7] J.L. Matthews, E. Oddone-Paolucci ve R.A. Harrop, "The epidemiology of cleft lip and palate in Canada, 1998 to 2007." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 52, sayı 4, sf. 417-424, 2015.
- [8] J.C. Bell, C. Raynes-Greenow, C. Bower, R.M. Turner, C.L. Roberts ve N. Nassar, "Descriptive epidemiology of cleft lip and cleft palate in Western Australia." *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, cilt 97, sayı 2, sf. 101-108, 2013.
- [9] Y. Zhu, H. Miao, Q. Zeng, B. Li, D. Wang, X. Yu, F. Liu vd. "Prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Guangdong province, China, 2015–2018: A spatio-temporal descriptive analysis." *BMJ Open*, cilt 11, sayı 8, 2021.
- [10] H. Altunhan, A. Annagür, M. Konak, S. Ertuğrul, R. Örs ve H. Koç, "Türkiye'nin Konya bölgesindeki yenidoğanlarda yarık damak/yarık dudak damak ile ilişkili konjenital anomalilerin insidansı." *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, cilt 50, sayı 6, sf. 541-544, 2012.
- [11] A. Nowak, J.R. Christensen, T.R. Mabry, J.A. Townsend ve M.H. Wells, (Ed.), *Pediatric Dentistry-E-Book: Infancy Through Adolescence*. Elsevier Health Sciences, 2018, sf. 77.
- [12] A. Küçükgüven, M. Çalış ve F. Özgür, "Dudak ve/veya damak yarığı olan Türk bebeklerinde beslenme ve beslenme girişimlerinin değerlendirilmesi." *Pediatric Hemşireliği Dergisi*, cilt 51, sf. 39-44, 2020.
- [13] F.J. Kramer, C. Baethge, B. Sinikovic ve H. Schliephake, "An analysis of quality of life in 130 families having small children with cleft lip/palate using the impact on family scale." *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, cilt 36, sayı 12, sf. 1146-1152, 2007.
- [14] Y. Sato, E. Yoshioka, Y. Saijo, Y. Kato, K. Nagaya, S. Takahashi, Japan Environment and Children's Study (JECS) Group, vd. "Associated congenital anomalies and syndromes of 248 infants with orofacial clefts born between 2011 and 2014 in the Japan environment and children's study." *Congenital Anomalies*, cilt 63, sayı 1, sf. 9-15, 2023.

- [15] S.N. Berry ve K. Colorafi, "The impact of communication surrounding intrauterine congenital anomaly diagnoses: An integrative review." *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, cilt 33, sayı 4, sf. 301-311, 2019.
- [16] S.R. Baker, J. Owens, M. Stern ve D. Willmot, "Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 46, sayı 3, sf. 229-236, 2009.
- [17] F. Bevilacqua, F. Morini, B. Ragni, A. Braguglia, S. Gentile, A. Zaccara, L. Aite vd. "Pediatric medical traumatic stress (PMTS) in parents of newborns with a congenital anomaly requiring surgery at birth." *Journal of Pediatric Surgery*, cilt 56, sayı 3, sf. 471-475, 2021.
- [18] V.P. Sreejith, V. Arun, A.P. Devarajan, A. Gopinath ve M. Sunil, "Psychological effect of prenatal diagnosis of cleft lip and palate: A systematic review." *Contemporary Clinical Dentistry*, cilt 9, sayı 2, sf. 304, 2018.
- [19] A.J. Kim, L. Servino, S. Bircher, C. Feist, R.E. Rdesinski, S. Dukhovny, S.N. Saxton, vd. "Depression and socioeconomic stressors in expectant parents with fetal congenital anomalies." *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, cilt 35, sayı 25, sf. 8645-8651, 2022.
- [20] F.F. Özgür, *Dudak ve Damak Yarıkları Hacettepe Ekip Yaklaşımı*. İstanbul: Hekim Tıp Kitabevi, 2020, sf. 52,54,72,73,120,138,147,152,153,155,231, 414,415.
- [21] A.J. Lisanti, A.C. Demianczyk, K. Vaughan, G.F. Martino, R.S. Ohrenschall, R. Quinn, B. Medoff-Cooper, vd. "Parental role alteration strongly influences depressive symptoms in mothers of preoperative infants with congenital heart disease." *Heart & Lung*, cilt 50, sayı 2, sf. 235-241, 2021.
- [22] S. Çınar, A. Ay, H. Boztepe ve E. Gürten, "Beklenmeyen olay: Dudak ve/veya damak yarığı olan bebek sahibi olmak." *Doğumsal Anomaliler*, cilt 61, sayı 2, sf. 38-45, 2021.
- [23] V. Martin ve S. Greatrex-White, "An evaluation of factors influencing feeding in babies with a cleft palate with and without a cleft lip." *Journal of Child Health Care*, cilt 18, sayı 1, sf. 72-83, 2014.
- [24] L.L. Madhoun, C.E. Crerand, M. O'Brien ve A.L. Baylis, "Feeding and growth in infants with cleft lip and/or palate: Relationships with maternal distress." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 58, sayı 4, ss. 470-478, 2021.
- [25] S. Çınar ve G. Koç, "Dudak ve damak yarığı olan bebeklerin ebeveynlerinin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı." *Sağlık ve Toplum*, cilt 52, 2021.
- [26] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5. baskı, Arlington (VA): American Psychiatric Publishing, 2013.
- [27] J. Hahn-Holbrook, T. Cornwell-Hinrichs, ve I. Anaya, "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*, cilt 8, ss. 248, 2018.
- [28] S. Tebeka, Y. Le Strat, A.D.P. Higgons, A. Benachi, M. Dommergues, G. Kayem, A. de Premorel, vd. "Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort." *Journal of Psychiatric Research*, cilt 138, ss. 366-374, 2021.

- [29] Z. Wang, J. Liu, H. Shuai, Z. Cai, X. Fu, Y. Liu, B.X. Yang, vd. "Mapping global prevalence of depression among postpartum women." *Translational Psychiatry*, cilt 11, sayı 1, ss. 1-13, 2021.
- [30] R.A. Alrehaili ve R. Albelowi, "The prevalence of postpartum depression and the related risk factors in primary health care, Al-Madinah, Saudi Arabia." *Cureus*, cilt 14, sayı 2, 2022.
- [31] A.D. Wubetu, N.A. Engidaw ve K.D. Gizachew, "Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018." *BMC Pregnancy and Childbirth*, cilt 20, sayı 1, s. 1-9, 2020.
- [32] M. Abenova, A. Myssayev, L. Kanya, M.N. Turliuc, ve U. Jamedinova, "Prevalence of postpartum depression and its associated factors within a year after birth in Semey, Kazakhstan: A cross sectional study." *Clinical Epidemiology and Global Health*, cilt 16, s. 101103, 2022.
- [33] X. Liu, S. Wang ve G. Wang, "Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Clinical Nursing*, 2021.
- [34] N.S. Ali, B. S. Ali ve I.S. Azam, "Post partum anxiety and depression in peri-urban communities of Karachi, Pakistan: A quasi-experimental study." *BMC Public Health*, cilt 9, sayı 1, ss. 1-10, 2009.
- [35] A. Kubota, S. Yamakawa, E. Yamamoto, M. Kosugi, S. Hirano, J. Shiraishi, H. Yamaue, vd. "Major neonatal surgery: Psychosocial consequence of the patient and mothers." *Journal of Pediatric Surgery*, cilt 51, sayı 3, ss. 364-367, 2016.
- [36] Ø. Solberg, M.T. Grønning Dale, H. Holmstrøm, L.T. Eskedal, M.A. Landolt ve M.E. Vollrath, "Long-term symptoms of depression and anxiety in mothers of infants with congenital heart defects." *Journal Of Pediatric Psychology*, cilt 36, sayı 2, ss.179-187, 2011.
- [37] B. Grollemund, C. Dissaux, P. Gavelle, C.P. Martínez, J. Mullaert, T. Alfaiate ve A. Guedeney, "The impact of having a baby with cleft lip and palate on parents and on parent-baby relationship: The first French prospective multicentre study." *BMC Pediatrics*, cilt 20, sayı 1, ss.1-11, 2020.
- [38] A.L. Johns, J.A. Hershfield, N.M. Seifu ve K.A. Haynes, "Postpartum depression in mothers of infants with cleft lip and/or palate." *Journal of Craniofacial Surgery*, cilt 29, sayı 4, ss. e354-e358, 2018.
- [39] H. Boztepe, S. Çınar ve F.F. Özgür, "Dudak ve/veya damak yarık bebekleri olan Türk annelerinde ebeveynlik stresi." *Yarık Damak-Kraniyofasiyal Dergisi*, cilt 57 sayı 6, ss. 753-761, 2020.
- [40] M.C. Lovejoy, P.A. Graczyk, E. O'Hare ve G. Neuman, "Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review." *Clinical Psychology Review*, cilt 20, sayı 5, ss. 561-592, 2000.
- [41] G. Nasreddine, J. El Hajj ve M. Ghassibe-Sabbagh, "Orofacial clefts embryology, classification, epidemiology, and genetics." *Mutation Research/Reviews in Mutation Research*, cilt 787, ss.108373, 2021.
- [42] S. Berkowitz, *Cleft Lip and Palate: Diagnosis and Management*. Springer Science & Business Media, 2006, sf. 315-353.
- [43] H. Kianifar, N. Hasanzadeh, A. Jahanbin, A. Ezzati ve H. Kianifar, "Cleft lip and palate: A 30-year epidemiologic study in north-east of Iran." *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, cilt 27, sayı 78, ss. 35, 2015.

- [44] IPDTC Working Group. "Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: Data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC)." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 48, sayı 1, ss. 66-81, 2011.
- [45] P.A. Mossey, J. Little, R.G. Munger, M.J. Dixon ve W.C. Shaw, "Cleft lip and palate." *The Lancet*, cilt 374, sayı 9703, ss. 1773-1785, 2009.
- [46] E. Calzolari, A. Pierini, G. Astolfi, F. Bianchi, A.J. Neville, F. Rivieri ve EUROCAT Working Group, "Associated anomalies in multi-malformed infants with cleft lip and palate: An epidemiologic study of nearly 6 million births in 23 EUROCAT registries." *American Journal of Medical Genetics Part A*, cilt 143, sayı 6, ss. 528-537, 2007.
- [47] U. Raghavan, V. Vijayadev, D. Rao ve G. Ullas, "Postoperative management of cleft lip and palate surgery." *Facial Plastic Surgery*, cilt 34, sayı 6, ss. 605-611, 2018.
- [48] D. Fan, S. Wu, L. Liu, Q. Xia, G. Tian, W. Wang, Z. Liu vd. "Prevalence of non-syndromic orofacial clefts: Based on 15,094,978 Chinese perinatal infants." *Oncotarget*, cilt 9, sayı 17, 2018.
- [49] R.H. Belcher, S.A. Patel, M. Kynes, J.G. Carlucci, E. Hodson, S. Zhao, D.C. Heimburger vd. "Demographics and trends of cleft lip and palate patients born in Tennessee from 2000 to 2017." *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, cilt 163, 2022.
- [50] S.E. Watkins, R.E. Meyer, R.P. Strauss ve A.S. Aylsworth, "Classification, epidemiology, and genetics of orofacial clefts." *Clinics in Plastic Surgery*, cilt 41, sayı 2, ss. 149-163, 2014.
- [51] A. Biri, M.A. Onan, Ü. Korucuoğlu, B. Tiras ve Ö. Himmetoğlu, "Bir üniversite hastanesinde konjenital malformasyonların görülme sıklığı ve dağılımı." *Perinatoloji Dergisi*, cilt 13, sayı 2, ss. 86-90, 2005.
- [52] G. Tunçbilek, F. Özgür ve S. Balcı, "1229 yarık dudak ve damak hastasında görülen ek malformasyon ve sendromlar." *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, cilt 47, ss. 172-6, 2004.
- [53] A.K. Yiğit, Ş.S. Oğuz ve U. Dilmen, "Dudak ve yarıkları olan vakaların derlenmesi ve büyümelerinin izlemi." *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, cilt 12, sayı 2, ss. 80-82, 2015.
- [54] L. Park-Wyllie, P. Mazzotta, A. Pastuszak, M.E. Moretti, L. Beique, L. Hunnisett, G. Koren, vd. "Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: Prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies." *Teratology*, cilt 62, sayı 6, ss. 385-392, 2000.
- [55] C.Y. Johnson ve J. Little, "Folate intake, markers of folate status and oral clefts: Is the evidence converging?" *International Journal of Epidemiology*, cilt 37, sayı 5, ss.1041-1058, 2008.
- [56] J.F. Bezerra, G.H.M. Oliveira, C.D. Soares, M.L. Cardoso, M.A.G. Ururahy, F.P.F. Neto, M. H. Hirata vd. "Genetic and non-genetic factors that increase the risk of non-syndromic cleft lip and/or palate development." *Oral Diseases*, cilt 21, sayı 3, ss. 393-399, 2015.
- [57] R. Blanco, A. Colombo ve J. Suazo, "Maternal obesity is a risk factor for orofacial clefts: A meta-analysis." *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, cilt 53, sayı 8, ss. 699-704, 2015.

- [58] J. Little, A. Cardy ve R.G. Munger, "Tobacco smoking and oral clefts: A meta-analysis." *Bulletin of the World Health Organization*, cilt 82, sayı 3, ss. 213-218, 2004.
- [59] N.V. Hermann, T.A. Darvann, A. Munch ve S. Kreiborg, "Parental age in relation to the severity of cleft lip and/or palate." *Orthodontics & Craniofacial Research*, cilt 21, sayı 4, ss. 236-241, 2018.
- [60] J. O'Neill, "Do folic acid supplements reduce facial clefts?" *Evidence-Based Dentistry*, cilt 9, sayı 3, ss. 82-83, 2008.
- [61] M.J. Dixon, M.L. Marazita, T.H. Beaty ve J.C. Murray, "Cleft lip and palate: Understanding genetic and environmental influences." *Nature Reviews Genetics*, cilt 12, sayı 3, ss. 167-178, 2011.
- [62] N. Acs, Bánhidly, F.E. Puhó ve A.E. Czeizel, "Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring." *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, cilt 73, sayı 12, ss. 989-996, 2005.
- [63] S. Ueki, A. Fujita, Y. Kumagai, Y. Hirai, E. Tashiro ve J. Miyataa, "Bottle-feeding techniques for children with cleft lip and palate experiencing feeding difficulties." *International Journal of Nursing Sciences*. 2022.
- [64] L. Murray, F. Hentges, J. Hill, J. Karpf, B. Mistry, M. Kreutz, Cleft Lip and Palate Study Team, vd. "The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother–infant interactions and infant development." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, cilt 49, sayı 2, ss. 115-123, 2008.
- [65] J. Reid, N. Kilpatrick ve S. Reilly, "A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 43, sayı 6, ss. 702-709, 2006.
- [66] I.A.C. De Vries, C.C. Breugem, A.M.B. Van der Heul, M.J.C. Eijkemans, M. Kon ve A.M. van der Molen, "Prevalence of feeding disorders in children with cleft palate only: A retrospective study." *Clinical Oral Investigations*, cilt 18, ss.1507-1515, 2014.
- [67] M. Tungotyo, D. Atwine, D. Nanjebe, A. Hodges ve M. Situma, "The prevalence and factors associated with malnutrition among infants with cleft palate and/or lip at a hospital in Uganda: A cross-sectional study." *BMC Pediatrics*, cilt 17, sayı 1, ss. 1-7, 2017.
- [68] E.K. Kim, T.J. Lee ve S.W. Chae, "Effect of unrestricted bottle-feeding on early postoperative course after cleft palate repair." *Journal of Craniofacial Surgery*, cilt 20, sayı 8, ss., 2009.
- [69] I.N. Ize-Iyamu ve B.D. Saheeb, "Feeding intervention in cleft lip and palate babies: A practical approach to feeding efficiency and weight gain." *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, cilt 40, sayı 9, ss. 916-919, 2011.
- [70] K.F.M. Britton, S.H. McDonald ve R.R. Welbury, "An investigation into infant feeding in children born with a cleft lip and/or palate in the West of Scotland." *European Archives of Paediatric Dentistry*, cilt 12, ss. 250-255, 2011.
- [71] I. Burianova, K. Kulihoval, V. Vitkova ve J. Janota, "Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a baby-friendly designated hospital." *Journal of Human Lactation*, cilt 33, sayı 3, ss. 504-508, 2017.

- [72] L.W. Garcez ve E.R. Giugliani, "Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 42, sayı 6, ss. 687-693, 2005.
- [73] N. Lindberg ve A.L. Berglund, "Mothers' experiences of feeding babies born with cleft lip and palate." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, cilt 28, sayı 1, ss. 66-73, 2014.
- [74] M.R. Greives, C.L. Anderson, R.A. Dean, M.L. Scerbo, I.L. Doringo, M.W. Bebbington ve J.F. Teichgraeber, "Survey of parent experiences in prenatal visits for infants with cleft lip and palate." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 54, sayı 6, ss. 668-673, 2017.
- [75] R. Feldman, M. Keren, O. Gross-Rozval ve S.A.M. Tyano, "Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: Relation to maternal, child, and environmental factors." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, cilt 43, sayı 9, ss. 1089-1097, 2004.
- [76] N.V. Hermann, S. Kreiborg, T.A. Darvann, B.L. Jensen, E. Dahl ve S. Bolund, "Early craniofacial morphology and growth in children with unoperated isolated cleft palate." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 39, sayı 6, ss. 604-622, 2002.
- [77] M. Daniel, S. Bailey, K. Walker, R. Hensley, C. Kol-Castro, N. Badawi, K. Waters vd. "Airway, feeding and growth in infants with Robin sequence and sleep apnoea." *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, cilt 77, sayı 4, ss. 499-503, 2013.
- [78] T. Flynn, C. Möller, R. Jönsson ve A. Lohmander, "The high prevalence of otitis media with effusion in children with cleft lip and palate as compared to children without clefts." *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, cilt 73, sayı 10, ss. 2009.
- [79] Y.W. Chen, K.T. Philip Chen, P.H. Chang, J.L. Su, C.C. Huang ve T.J. Lee, "Is otitis media with effusion almost always accompanying cleft palate in children? The experience of 319 Asian patients." *The Laryngoscope*, cilt 122, sayı 1, ss. 220-224, 2012.
- [80] Ö. Çağlar, F. Bülbül ve L. Sennaroğlu, "Dudak damak tipi yarıklı çocuklarda efüzyonlu otitis media insidansı ve uzun dönem klinik bulguları." *Türk Kulak Burun Boğaz Dergisi*, cilt 23, sayı 5, ss. 268-274, 2013.
- [81] N. Viswanathan, M. Vidler ve B. Richard, "Hearing thresholds in newborns with a cleft palate assessed by auditory brain stem response." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 45, sayı 2, ss. 187-192, 2008.
- [82] L. Bell, D. St-Cyr Tribble, D. Paul ve A. Lang, "A concept analysis of parent-infant attachment." *Journal of Advanced Nursing*, cilt 28, sayı 5, 1998.
- [83] A. Ghadery-Sefat, Z. Abdeyazdan, Z. Badiie ve A. Zargham-Boroujeni, "Relationship between parent-infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, cilt 21, sayı 1, ss. 71, 2016.
- [84] G. Yıldırım ve Ş. Gökyıldız, "Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunlar." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, cilt 7, sayı 3, 2004.
- [85] P. Nelson, A.M. Glenney, S. Kirk ve A.L. Caress, "Parents' experiences of caring for a child with a cleft lip and/or palate: A review of the literature." *Child: Care, Health and Development*, cilt 38, sayı 1, ss. 6-20, 2012.

- [86] A. Catlin, B. Áskelsdóttir, S. Conroy ve G. Rempel, "From diagnosis to birth: Parents' experience when expecting a child with congenital anomaly." *Advances in Neonatal Care*, cilt 8, sayı 6, ss. 348-354, 2008.
- [87] J.S. Fonda Allen ve L.C. Mulhauser, "Genetic counseling after abnormal prenatal diagnosis: Facilitating coping in families who continue their pregnancies." *Journal of Genetic Counseling*, cilt 4, ss. 251-265, 1995.
- [88] K.G. Holm, A.J. Neville, A. Pierini, A. Latos Bielenska, A. Jamry-Dziurla, C. Cavero-Carbonell, J. Clemensen, vd. "The voice of parents of children with a congenital anomaly—a EUROlinkCAT study". *Frontiers in Pediatrics*, cilt 9, 2021.
- [89] J. Lemacks, K. Fowles, A. Mateus, ve K. Thomas, "Insights from parents about caring for a child with birth defects." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, cilt 10, sayı 8, 2013.
- [90] N. McClung, J. Glidewell ve S.L. Farr, "Financial burdens and mental health needs in families of children with congenital heart disease." *Congenital Heart Disease*, cilt 13, sayı 4, ss. 554-562, 2018.
- [91] N. Amin, W.W. Tam ve S. Shorey, "Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and meta-analysis of universal parent education interventions' efficacy." *International Journal of Nursing Studies*, cilt 82, ss. 149-162, 2018.
- [92] S.F. Lan, P.F. Mu ve K.S. Hsieh, Maternal experiences making a decision about heart surgery for their young children with congenital heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, cilt 16, sayı 12, ss. 2323-2330, 2007.
- [93] L.S. Franck, A. Mcquillan, J. Wray, M.P. Grocott ve A. Goldman, "Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery." *Pediatric Cardiology*, cilt 31, ss. 961-968, 2010.
- [94] R.B. Nes, E. Røysamb, L.J. Hauge, T. Kornstad, M.A. Landolt, L.M. Irgens, M.E. Vollrath, vd. "Adaptation to the birth of a child with a congenital anomaly: A prospective longitudinal study of maternal well-being and psychological distress." *Developmental Psychology*, cilt 50, sayı 6, ss.1827, 2014.
- [95] H. Boztepe, A. Ay, G. Kerimoğlu Yıldız ve S. Çınar, "Doğumsal bir anomalinin görünürlüğü anne-bebek bağlanma düzeylerini etkiler mi?" *Pediatric Hemşireliği Uzmanları Dergisi*, cilt 21, sayı 4, ss. 200-211, 2016.
- [96] A.W. Pope, K. Tillman ve H.T. Snyder, "Parenting stress in infancy and psychosocial adjustment in toddlerhood: A longitudinal study of children with craniofacial anomalies." *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 42, sayı 5, ss. 556-559, 2005.
- [97] C.I. Emeka, W.L. Adeyemo, A.L. Ladeinde ve A. Butali, "A comparative study of quality of life of families with children born with cleft lip and/or palate before and after surgical treatment." *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, cilt 43, sayı 4, ss. 247, 2017.
- [98] B. Johansson ve K.C. Ringsberg, "Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate." *Journal of Advanced Nursing*, cilt 47, sayı 2, ss. 165-173, 2004.
- [99] J. Despars, C. Peter, A. Borghini, B. Pierrehumbert, S. Habersaat, C. Müller-Nix, J. Hohlfeld vd. "Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and

- attachment representations.” *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, cilt 48, sayı 4, ss. 419-424, 2011.
- [100] N. Nidey Moreno, L.M. Uribe, M.M. Marazita, G.L. Wehby, “Psychosocial well-being of parents of children with oral clefts.” *Child Care Health Dev*, cilt 42, sayı 1, ss. 42–50, 2016.
- [101] S.E. Woolf-King, A. Anger, E.A. Arnold, S.J. Weiss ve D. “Teitel, Mental health among parents of children with critical congenital heart defects: A systematic review.” *Journal of the American Heart Association*, cilt 6, sayı 2, 2017.
- [102] A.R. Waldrop, E.B. Sherwin, J.N. Anderson, J.C. Boissiere, S.R. Hintz, S.A. Maskatia, Y.J. Blumenfeld, vd. “Postpartum depression in mothers with pregnancies complicated by fetal cardiac anomaly.” *Journal of Perinatology*, cilt 41, sayı 7, 2021.
- [103] E. Sunal Aktürk, E.D. Şeker, D. Çapkın ve M.S. Kütük, “Dudak yarığı olan ve olmayan damak yarıklı yeni doğan bebeklerin Türk anne babalarında anksiyetenin değerlendirilmesi.” *Yarık Damak Kraniofasiyal Günlüğü*, ss. 2023.
- [104] Ö. Erdem, P.G.E. Bucaktepe, “Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri/The prevalence and screening methods of postpartum depression.” *Dicle Tıp Dergisi*, cilt 39, sayı 3, 2012
- [105] F. Ay, E. Tektaş, A. Mak ve N. Aktay, “Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları.” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, cilt 9, sayı 3, ss. 147-152, 2018.
- [106] E. Özyön, “Doğum Eyleminde İndüksiyon Kullanım Sıklığı ve Postpartum Depresyon Skoruyla İlişkisi.” Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2019.
- [107] D.E. Stewart, A. Gagnon, J.F. Saucier, O. Wahoush ve G. Dougherty, “Postpartum depression symptoms in newcomers.” *The Canadian Journal of Psychiatry*, cilt 53, sayı 2, ss. 121-124, 2008.
- [108] M.N. Yavuz ve Ç. Bilge, “Annelik hüznünden doğum sonu depresyon ve Psikoza.” *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, cilt 5, sayı 1, ss. 1-10, 2022.
- [109] D. Şayık, S. Arı, Y. Kaya ve E. KAYA, “Gebe eğitiminin anne ve babanın anksiyete, depresyon düzeylerine etkisi.” *Osmangazi Tıp Dergisi*, cilt 41, sayı 1, ss. 23-30, 2019.
- [110] M.W. O'hara ve A.M. Swain, “Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis.” *International Review of Psychiatry*, cilt 8, sayı 1, ss. 37-54, 1996.
- [111] S. Shorey, C.Y.I. Chee, E.D. Ng, Y.H. Chan, W.W. San Tam ve Y.S. Chong, “Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis.” *Journal of Psychiatric Research*, cilt 104, ss. 235-248, 2018.
- [112] B.L. Bauman, J.Y. Ko, S. Cox, D.V. D'Angelo, L. Warner, S. Folger, W.D. Barfield vd. “Vital signs: Postpartum depressive symptoms and provider discussions about perinatal depression—United States, 2018.” *Morbidity and Mortality Weekly Report*, cilt 69, sayı 19, ss. 575, 2018.
- [113] Q. Fan, Q. Long, V. De Silva, N. Gunarathna, U. Jayathilaka, T. Dabrera, T. Østbye vd. “Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri

- Lanka: A population-based study.” *Asian Journal of Psychiatry*, cilt 47, ss, 2020.
- [114] N.K. Özcan, N.E. Boyacıoğlu ve H. Dinç, “Türkiye’de doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri: Sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz.” *Psikiyatri Hemşireliği Arşivleri*, cilt 31, sayı 4, ss. 420-428, 2017.
- [115] S. Sütçü ve B. Çatak, “Burdur ilinde Postpartum depresyon prevalansı ve etki eden faktörler.” *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, cilt 7, sayı 3, ss. 220-224, 2017.
- [116] Y. Konuş, “Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı, Risk Faktörleri ve Gebelik Okulunun Etkisi.” Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2020.
- [117] M.N. Sezer, “Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler= Frequency of Anxiety And Depression and Related Factors in Postpartic Women in Sakarya.” Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 2021.
- [118] J.W. Rich-Edwards, K. Kleinman, A. Abrams, B.L. Harlow, T.J. McLaughlin, H. Joffe ve M.W. Gillman, “Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice.” *Journal of Epidemiology & Community Health*, cilt 60, sayı 3, ss. 221-227, 2006.
- [119] M.A. Kurçer ve E. Keleş, “Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve 60. günlerdeki etkisinin karşılaştırılması.” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, cilt 8, sayı 4, 2009.
- [120] O. Bernazzani, S. Conroy, M.N. Marks, K.A. Siddle, N. Guedeney, A. Bifulco, C.A. Henshaw vd. “Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research.” *The British Journal of Psychiatry*, cilt 184, sayı 46, ss. 24-30, 2004.
- [121] Ü. Kolukırık, H. Şimşek ve A. Ergör, “Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma.” *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, cilt 33, sayı 1, ss. 1- 8, 2018.
- [122] A. B. Gümüş, G. Keskin, N. Alp, S. Özyar ve A. Karsa, “Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler.” *Yeni Symposium*, cilt 50, sayı 3, 2012.
- [123] A. Josefsson ve G. Sydsjö, “A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years.” *Archives of Women's Mental Health*, cilt 10, ss.141-145, 2007.
- [124] H.L. Davey, S.C. Tough, C.E. Adair ve K.M. Benzies, “Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women.” *Maternal and Child Health Journal*, cilt 15, ss. 866-875, 2011.
- [125] A.G. Poçan, Ö.E. Aki, A.H. Parlakgümüş, Ç. Gereklioglu ve A.B. Dolgun, “The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey.” *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, cilt 46, sayı 2, ss. 179-194, 2013.
- [126] T.H. Tung, D. Jiesisibieke, Q. Xu, Y.C. Chuang ve Z.L. Jiesisibieke, “Relationship between seasons and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of cohort studies.” *Brain and Behavior*, cilt 12, sayı 6, ss. e2583, 2022.

- [127] M. Bloch, R.C. Daly ve D.R. Rubinow, "Endocrine factors in the etiology of postpartum depression." *Comprehensive Psychiatry*, cilt 44, sayı 3, ss. 234-246, 2003.
- [128] E.M. Byrnes, J.J. Byrnes ve R.S. Bridges, "Increased sensitivity of dopamine systems following reproductive experience in rats." *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, cilt 68, sayı 3, ss. 481-489, 2001.
- [129] M. Skrundz, M. Bolten, I. Nast, D.H. Hellhammer ve G. Meinlschmidt, "Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression." *Neuropsychopharmacology*, cilt 36, sayı 9, ss. 2011.
- [130] M.E. Silverman, A. Reichenberg, D.A. Savitz, S. Cnattingius, P. Lichtenstein, C.M. Hultman, S. Sandin, vd. "The risk factors for postpartum depression: A population-based study." *Depression and Anxiety*, cilt 34, sayı 2, ss. 178-187, 2017.
- [131] W. Pedersen, "Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women." *Scandinavian Journal of Public Health*, cilt 36, sayı 4, ss. 424-428, 2008.
- [132] J.R. Cougle, D.C. Reardon, P.K. Coleman, "Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort." *Signature*, cilt 9, sayı 4, ss.164, 2003.
- [133] R. Can, F.D. Sayiner, A. Ünsal ve Ü. Ayrancı, "Postpartum dönemdeki kadınların depresyon ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi." *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, cilt 2, sayı 2, ss. 73-80, 2020.
- [134] G. Köken, M. Yilmazer, E.N. Cosar, F.G.K. Sahin, S. Çevrioglu ve Ö. Geçici, "Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, cilt 29, sayı 2, ss. 91-95, 2008.
- [135] J.A.F. Paula Eduardo, M.G. de Rezende, P.R. Menezes ve C.M. Del-Ben, "Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Affective Disorders*, cilt 259, ss. 392-403, 2019.
- [136] D.A. Salsabilla, H. Prasetya ve B. Murti, "The effect of unplanned pregnancy on postpartum depression: A meta-analysis." *Journal of Maternal and Child Health*, cilt 5, sayı 5, ss. 500-513, 2020.
- [137] C. Gastaldon, M. Solmi, C.U. Correll, C. Barbui ve G. Schoretsanitis, "Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies." *The British Journal of Psychiatry*, ss. 1-12, 2022.
- [138] E. Kınık ve H. Özcan, "Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve primiparlarda maternal bağlanma durumu." *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, cilt 2, sayı 1, ss. 47-53, 2020.
- [139] Z. Özşahin, E. Akça ve N. Gökbulut, "Postpartum depresyon düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişki." *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, cilt 8, sayı 3, ss. 715-724, 2020.
- [140] S. Çankaya, S.D. Yılmaz, N.D. Ruveyde ve C. Kodaz, "Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi." *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, sayı 4, ss. 232-240, 2017.
- [141] T. Field, "Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review." *Infant Behavior and Development*, cilt 33, sayı 1, ss. 1-6, 2010.

- [142] S.H. Goodman ve I.H. Gotlib, "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission." *Psychological Review*, cilt 106, sayı 3, ss. 458, 1999.
- [143] D.A. Başer, "Postpartum depresyon ile emzirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi." *Ankara Medical Journal*, cilt 18, sayı 3, ss. 276-285, 2018.
- [144] O.G. Falceto, E.R. Giugliani ve C.L.C. Fernandes, "Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: A case-control study." *The Journal of the American Board of Family Practice*, cilt 17, sayı 3, ss. 173-183, 2004.
- [145] S.S. Murray ve E.S. McKinney, *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences, 2013.
- [146] N.E. Lindberg, N.M. Kynø, K. Billaud Feragen, A.H. Pripp ve K.A. Tønseth, "Early follow-up of parents by a specialized cleft nurse after the birth of an infant with cleft lip and/or palate." *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, ss, 2023.
- [147] N. Hasanzadeh, M.O. Khoda, A. Jahanbin ve M. Vatankhah, "Coping strategies and psychological distress among mothers of patients with nonsyndromic cleft lip and palate and the family impact of this disorder." *Journal of Craniofacial Surgery*, cilt 25, sayı 2, ss. 441-445, 2014.
- [148] A. Tezel ve S. Gözüm, "Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı." *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, cilt 12, sayı 2, ss. 62-68, 2005.
- [149] Ö. Kapısız, A. Karaca, F.S. Özkan ve H.G. Savaş, "Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı." *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, cilt 7, sayı 3, ss. 156-160, 2017.
- [150] A.F. Bell ve E. Andersson, "The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review." *Midwifery*, cilt 39, ss. 112-123, 2016.
- [151] M. Seven ve A. Akyüz, "Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: İnfertilite." *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, cilt 10, sayı 3, ss. 7-11, 2013.
- [152] G. Durmazoğlu, A.K. Oktay, S. Toksoy, M. Serttaş, F. Göçmen, S. Bezirgan ve A. Tatarlar, "Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülebilmesi." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, cilt 19, 2016.
- [153] E.Y. Özorhan, S.E. Apay ve Ö.Ş. Altun, "Gebelikte ruh sağlığı." *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, cilt 2, sayı 3, 2014.
- [154] R. An, X. Chen, Y. Wu, J. Liu, C. Deng, Y. Liu ve H. Guo, "A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19." *Archives of Psychiatric Nursing*, cilt 35, sayı 2, ss. 172-177, 2021.
- [155] C. MacArthur, H.R. Winter, D.E. Bick, H. Knowles, R. Lilford, C. Henderson, H. Gee, vd. "Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: A cluster randomised controlled trial." *The Lancet*, cilt 359, sayı 9304, ss. 378-385, 2002.
- [156] S. Demir, M.B. Şentürk, Y. Çakmak ve M. Altay, "Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler." *Med Bull Haseki*, cilt 54, ss. 83-9, 2016.

- [157] Ç. Gereklioğlu, A.G Poçan ve Đ. Başhan, “Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları.” *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, cilt 17, ss. 126-133, 2007.
- [158] A. Fonseca, B. Nazaré ve M.C. Canavarro, “Parenting an infant with a congenital anomaly: How are perceived burden and perceived personal benefits related to parenting stress?” *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, cilt 22, ss. 64-76, 2015.
- [159] J.L. Cox, J.M. Holden ve R. Sagovsky, “Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale.” *The British Journal of Psychiatry*, cilt 150, sayı 6, ss. 782-786, 1987.
- [160] A.N. Engindeniz, L. Küey ve S. Kültür, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.” *Bahar Sempozyumları*, cilt 1, ss. 51-52, 1996.
- [161] T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, sf. 34-39. 2018.
- [162] N. Karahan, N.S. Gençalp, F. Bingöl, R. Aydın ve A.R. Benli, “Postpartum depresyonun bebekle ilişkili risk faktörleri.” *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, cilt 19, sayı 3, ss. 204-213, 2017.
- [163] S. Hergüner, A. Annagür, H. Altunhan, E. Çiçek ve R. Örs, “Doğum ağırlığı çok düşük olan bebeklerin annelerinde geçmiş doğum depresyonu. ” cilt 50, sf. 30-66, 2013
- [164] F. Şimşek Orhon, B. Ulukol ve A. Soykan, “Risk factors for postpartum depression in a well-child clinic: Maternal and infant characteristics.” *Ankara University Faculty of Medicine Journal*, cilt 61, sayı 1, ss. 7-12, 2008.
- [165] A.L. Walker, de S.R. Rooij, M.V. Dimitrova, A.B. Witteveen, C.J. Verhoeven, A. de Jonge, J. Henrichs, vd. “Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study.” *Comprehensive Psychiatry*, cilt 108, ss, 2021.
- [166] G.J. Verkerk, J. Denollet, G.L. Van Heck, M.J. Van Son ve V.J. Pop, “Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high-risk women.” *Journal of Affective Disorders*, cilt 83, sayı 1, ss. 43-48, 2004.
- [167] T. İnandı, O.C. Elçi, A. Öztürk, M. Eğri, A. Polat ve T.K. Şahin, “Türkiye'nin doğusunda doğum sonrası ilk yılda depresyon için risk faktörleri.” *Uluslararası Epidemiyoloji Dergisi*, cilt 31, sayı 6, ss. 1201-1207, 2002.
- [168] S.B. Campbell ve J.F. Cohn, “Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers.” *Journal of Abnormal Psychology*, cilt 100, sayı 4, ss. 594, 1991.
- [169] N. Nur, S. Çetinkaya, D.A. Bakır ve Y. Demirel, “Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri.” *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, cilt 26, sayı 2, ss. 55-59, 2004.
- [170] S. Gupta, J. Kishore, Y.M. Mala, S. Ramji ve R. Aggarwal, “Postpartum depression in north Indian women: Prevalence and risk factors.” *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, cilt 63, ss. 223-229, 2013.
- [171] Tekinarslan. M, “Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesine Bağlı Bağcılar ve Gaziosmanpaşa Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 0-12 Ay Bebeği Olan Kadınlarda Postpartum Depresyon; Sıklığı, Anne-Bebek Bağlanma Düzeyine

- Etkisi, Risk Faktörleri.” Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 2022.
- [172] G. Pamuk, “İzmir Buca 12 No’lu Fırat Aile Sağlığı Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Eşlik Eden Faktörler.” Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimler Üniversitesi, İzmir, 2021.
- [173] S. Dinçtürk, “Akşehir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.” Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- [174] E. Pala, K. Yiğitbaş, M.A. Alın, M. Demirkol, E.G. Olcar, F.B. Cesur, O. Soran, vd. “Gebelerde prenatal tanı testlerinin ve sonuçlarının farkındalığı: Gaziantep’te yapılan kesitsel bir çalışma.” *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, sayı 14, sayı 1, ss. 1-6, 2021.
- [175] T.M. Marteau, M. Johnston, R.W. Shaw, S. Michie, J. Kidd ve M. New, “The impact of prenatal screening and diagnostic testing upon the cognitions, emotions and behaviour of pregnant women.” *Journal of Psychosomatic Research*, cilt 33, sayı 1, ss. 7-16, 1989.
- [176] H. Skari, U.F. Malt, K. Bjornland, T. Egeland, G. Haugen, M. Skreden, R. Emblem, vd. “Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress—a prospective longitudinal cohort.” 2006.
- [177] C.L. Brosig, B.N. Whitstone, M.A. Frommelt, S.J. Frisbee ve S.R. Leuthner, “Psychological distress in parents of children with severe congenital heart disease: The impact of prenatal versus postnatal diagnosis.” *Journal of Perinatology*, cilt 27, sayı 11, ss. 687-692, 2007.
- [178] S.L. Stone, H. Diop, E. Declercq, H.J. Cabral, M.P. Fox ve L.A. Wise, “Stressful events during pregnancy and postpartum depressive symptoms.” *Journal of Women's Health*, cilt 24, sayı 5, ss. 384-393, 2015.
- [179] M. Qobadi, C. Collier ve L. Zhang, “The effect of stressful life events on postpartum depression: Findings from the 2009–2011 Mississippi pregnancy risk assessment monitoring system.” *Maternal and Child Health Journal*, cilt 20, ss.164-172, 2016.
- [180] S. Mukherjee, S. Coxe, K. Fennie, P. Madhivanan ve M.J. Trepka, “Antenatal stressful life events and postpartum depressive symptoms in the United States: The role of women's socioeconomic status indices at the state level.” *Journal of Women's Health*, cilt 26, sayı 3, ss. 276-285, 2017.
- [181] M. Chandran, P. Tharyan, J. Muliylil ve S. Abraham, “Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors.” *The British Journal of Psychiatry*, cilt 181, sayı 6, ss. 499-504, 2002.
- [182] T. Salm Ward, F.A. Kanu ve S.W. Robb, “Prevalence of stressful life events during pregnancy and its association with postpartum depressive symptoms.” *Archives of Women's Mental Health*, cilt 20, ss. 161-171, 2017.
- [183] R. Kumar ve K.M. Robson, “A prospective study of emotional disorders in childbearing women.” *The British Journal of Psychiatry*, cilt 144, sayı 1, ss. 35-47, 1984.
- [184] A. Taşpınar, S.S. Karabudak, A. Çoban ve F. Adana, “Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın postpartum depresyon ve maternal bağlanmaya etkisi.” *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, cilt 7, sayı 1, ss. 94- 102, 2021.

- [185] T. Azale, A. Fekadu ve C. Hanlon, "Postpartum depressive symptoms in the context of high social adversity and reproductive health threats: A population-based study." *International Journal of Mental Health Systems*, cilt 12 sayı 1, ss. 1-10, 2018.
- [186] W. Wu, J. Sun, H. Liu, B. Chen, Z. Gao, Y. Chen, H. Wang, vd." Physical growth status and feeding methods of Chinese infants with cleft lip with or without cleft palate under 1 year of age." *Frontiers in Pediatrics*, cilt 8, ss.194, 2022.
- [187] P. Çağ ve İ. Yıldırım, "Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler." *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, cilt 4, sayı 39, 2013.
- [188] T.N. Pişirgen, "Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi." Tıpta uzmanlık tezi. T.C. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2011.
- [189] Ö. Karabulutlu ve C. Yavuz, "Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi." *Caucasian Journal of Science*, cilt 8, sayı 1, ss. 51-69, 2021.
- [190] P. Klainin ve D.G. Arthur, "Postpartum depression in Asian cultures: A literature review." *International Journal of Nursing Studies*, cilt 46, sayı 10, ss. 1355-1373, 2009.
- [191] S.S. Heh, L. Coombes ve H. Bartlett, "The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month." *International Journal of Nursing Studies*, cilt 41, sayı 5, ss. 573-579, 2004.
- [192] K. Yoshida, M.N. Marks, N. Kibe, R. Kumar, H. Nakano ve N. Tashiro, "Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England." *Journal of Affective Disorders*, cilt 43, sayı 1, ss. 69-77, 1997.
- [193] O. Öztürk, R. Kavlak ve Ü. Sevil, "Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, cilt 28, sayı 3, ss.107-116, 2012.
- [194] G. Ekuklu, B. Tokuç, M. Eskiocak, U. Berberoğlu ve A. Saltık, "Türkiye Edirne'de doğum sonu depresyon yaygınlığı ve etkileyen faktörler." *Üreme Tıbbi Dergisi*, cilt 49, sayı 11, ss. 908-914, 2004.
- [195] S.Y. Wang, C.H. Chen, C.C. Chin ve S.L. Lee, "Impact of postpartum depression on the Mother-Infant couple." *Birth*, cilt 32, sayı 1, ss. 39-44, 2005.
- [196] M.M.T. Filha, S. Ayers, S.G.N. da Gama ve M. do Carmo Leal, "Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national research study, 2011/2012." *Journal of Affective Disorders*, cilt 194, ss.159-167, 2016.
- [197] K. Jansen, A.R. Curra, L.D.D.M. Souza, R.T. Pinheiro, I.G.D.S. Moraes, M.S.D. Cunha ve R.A.D. Silva, "Tobacco smoking and depression during pregnancy." *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, cilt 32, ss. 44-47, 2010.
- [198] P.Y. Lin, T.H. Chiu, M. Ho, J.P.C. Chang, C.H.C. Chang ve K.P. Su, "Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan." *Journal of the Formosan Medical Association*, cilt 118, sayı 11, ss. 1551-9, 2019.

- [199] D. Gülnar, D. Sunay ve A. Çaylan, “Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri.” *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, cilt 20, sayı 3, ss. 141-148, 2010.
- [200] A.T. Sünter, H. Güz, S. Canbaz ve C. Dünder, “Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri.” *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, cilt 3, sayı 1, ss. 26-31, 2006.
- [201] M.S. Kaya, “Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Postpartum Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler”, Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, 2021.
- [202] P. Akçalı Aslan, N. Aydın, E. Yazıcı, A.N. Aksoy, T.S. Kırkan ve G.A. Daloğlu, “Erzurum ilinde gebeliğin ilk üç ayındaki kadınlarda depresif bozukluk sıklığı ve ilişkili faktörler.” *Uluslararası Sosyal Psikiyatri Dergisi*, cilt 60, sayı 8, ss. 809-817, 2014.
- [203] D. Aktaş, “Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri.” Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2008.
- [204] N. Keskin, “İstanbul’un Bir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi.” Uzmanlık tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2018.
- [205] F. Kabakcıoğlu Parlak, “Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği’ne Başvuran 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerde Depresyon Prevalansı, Risk Faktörleri ve Sosyal Destek Düzeyi.” Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 2015.
- [206] F. Taşteknec, “Postpartum Depresyonun Gelişimindeki Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler.” Yüksek Lisans Tezi, İbn Haldun Üniversitesi, İstanbul, 2019.
- [207] N. Türkoğlu, H.Y. Baysal ve S. Küçüköğlü, “Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması.” *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, cilt 3, sayı 1, ss. 1-8, 2014.
- [208] M.N. Norhayati, N.N. Hazlina, A.R. Asrenee ve W.W. Emilin, “Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.” *Journal of affective Disorders*, cilt 175, ss. 34-52, 2015.
- [209] A. Yıldırım, R. Hacıhasanoğlu ve P. Karakurt, “Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler.” *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, cilt 8, sayı 1, ss. 31-46, 2011.
- [210] Ü. Kolukırık, “Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme ile İlişkisi.” Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2016.

## EKLER

### EK-A: SOSYODEMOGRAFİK FORM

1. Yaşınız? .....
2. Uyruğunuz? .....
3. Eşinizin kaç eşi var?  
a) Tek b) Birden fazla Belirtiniz:
4. Medeni durumunuz?  
a) Evli b) Bekar c) Diğer:
5. Öğrenim durumunuz?  
a) Okuma yazma bilmiyor/biliyor b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri
6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır c) Doğum iznindeyim
7. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?  
a) Evet (Lütfen akrabalık derecenizi belirtiniz... ..) b) Hayır
8. Eşinizin yaşı? .....
9. Eşinizin öğrenim durumu?  
a) Okuma yazma bilmiyor/biliyor b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri
10. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?  
a) Evet b) Hayır
11. Sağlık güvenceniz var mı?  
a) Evet b) Hayır
12. Gelir ve gider durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Gelirim giderimden fazla  
b) Gelirim giderime eşit  
c) Gelirim giderimden az
13. Nerede yaşıyorsunuz?  
a) İl b) İlçe c) Köy
14. Aile tipiniz nedir?  
a) Çekirdek b) Geniş (Kimlerle yaşıyorsunuz?.....)  
c) Diğer (Belirtiniz. ....)
15. Kaç çocuğunuz var? Çocuklarınızın yaşları nelerdir?

16. Diğer çocuklarınızda sağlık sorunu ve/veya doğumsal sorunlar/ anomali var mı?  
(Birden fazla çocuğu olanlara sorulacaktır).  
a) Evet (Belirtiniz:..... ) b)Hayır
17. Daha önceki gebeliklerinizde hipertansiyon,gebelik diyabeti,kayıp,abortus(düşük)  
vb. komplikasyon(sorun) yaşadınız mı?  
a) Evet (Belirtiniz:..... ) b)Hayır
18. Doğum öncesinde kontrollerinize düzenli gittiniz mi?  
a)Evet b)Hayır
19. Gebeliğinizde sigara kullandınız mı?  
a)Evet b) Hayır
20. Gebeliğiniz süresince kanamanız oldu mu?  
a)Evet b) Hayır
21. Gebeliğiniz süresince bulantınız oldu mu?  
a)Evet (İlaç ismi belirtiniz... ..) b) Hayır
22. Gebeliğiniz öncesinde veya sonrasında folik asit kullandınız mı ?  
a)Evet b)Hayır
23. Folik asit başlama zamanı/kullanım süresini yazınız.  
.....
24. Gebeliğiniz süresince ilaç kullandınız mı?  
a)Evet b)Hayır
25. Kullandığınız ilacın ismi/kullanma zamanı/kullanım süresini yazınız.  
.....
26. Gebeliğiniz süresinde film çektiniz mi veya radyasyona maruz kaldınız mı?  
a)Evet b)Hayır
27. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında film çekildi ya da radyasyona maruz kaldınız  
.....
28. Gebeliğiniz sırasında travmatik veya stresli/üzücü bir olay yaşadınız mı?  
a) Evet (Belirtiniz:..... ) b) Hayır
29. Depresyon hikayeniz var mı?  
a) Evet b) Hayır
30. Ailenizde depresyon hikayesi olan birey var mı?  
a)evet b)hayır
31. Bebeğinizin tanısını ne zaman öğrendiniz?

a) Doğumdan önce (Gebelik haftası..... ) (32. soruya geçiniz)

b) Doğumdan sonra (35.soruya geçiniz)

c) Doğum sırasında (35.soruya geçiniz)

32. Gebeliğin sonlandırılması için size bir seçenek olarak sunuldu mu?

a) Evet (34. soruya geçiniz) b)Hayır (33. soruya geçiniz)

33. Gebeliğin sonlandırılması için size bir seçenek olarak sunulmasını ister miydiniz?

a) Evet (Nedenini açıklayınız.....)

b) Hayır (Nedenini açıklayınız.....)

34. Gebeliği devam ettirme kararınızın nedenini açıklar mısınız?

.....

35.Bebeğiniz yoğun bakımda kaldı mı?

a)Evet b)Hayır

36.Gebeliğiniz planlı mı?

a)Evet b)Hayır

37.Eşiniz gebeliğinizi istiyor muydu?

a)Evet b) Hayır

38.Eşinizle ne kadar süredir evlisiniz?

Belirtiniz.....

39.Evliliğinizde problem var mı?

a)Evet b)Hayır

40.Gebeliğiniz süresince şiddete maruz kaldınız mı?

a)Evet b) Hayır

41. Daha önce anomalili bir bebeğe sahip oldunuz mu?

a) Evet b) Hayır

42. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza aldınız?

a) İlk 30 dakikada

b) 31. dakikadan sonra

c) Diğer (Belirtiniz... ..)

43. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

a)Kız b) Erkek

44. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz ?

a) Evet b) Hayır

45. Bebeğiniz kaç aylık?.....

46. Bebeğinizin doğum haftası nedir?

Belirtiniz.....

47. Bebeğinizin başka tanısı var mı?

a) Evet b) Hayır

48. Bebeğinizdeki dudak ve damak yarığının tipi nedir?

a) Tek taraflı damak yarığı

b) Çift taraflı damak yarığı

c) Tek taraflı dudak+damak yarığı

d) Çift taraflı dudak+damak yarığı

e) Çift taraflı dudak yarığı

f) Tek taraflı dudak yarığı

g) Dudak yan veya yüz yarığı

h) Diğer(Belirtiniz... ..)

49. Bebeğinize primer(öncelikli) bakım veren kişi/kişiler kimdir?

a) Ben b) Eşim c) Ben ve eşim birlikte d) Diğer (Belirtiniz.....)

50. Bebeğinizin bakımında günlük yaşıyor musunuz?

a) Evet (Belirtiniz... ..) b)Hayır

51. Bebeğinizin bakımıyla ilgili kimlerden destek aldığınızı veya almadığınızı lütfen işaretleyiniz.

	Evet destek alıyorum	Hayır destek almıyorum
Eşim		
Annem/eşimin annesi		
Arkadaşlarım		
Bakıcı		
Benzer tanısı olan ebeveynlerden(ailelerden)		
Diğer (belirtiniz)		

## EK-B: EDİNBURGH POSTPARTUM 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 o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

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

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla



## EK-C: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Dudak ve damak yarığı olan bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından yürütülmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla dudak ve/veya dudak damak yarıklı bebeğe sahip annelerin postpartum depresyon düzeylerinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formlar aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla veya “bilimsel amaçlar için” kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya formları doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Toplam iki adet formumuz bulunmaktadır. Yaklaşık olarak 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Seçtiğiniz cevabınızın yanında “belirtiniz” ifadesi mevcutsa seçtiğiniz yanıtı seçme nedeninizi kısaca açıklayınız.

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler “Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan” alınmıştır. Formları yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmacıların Adı: Nuray Aslankaya

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve imzanızı atınız.

Teşekkürler

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

Tarih:

İmza:

Katılımcının adı soyadı:

## EK-D: ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-59394181-604.01.02-50732  
Konu : Nuray Aslankaya Etik Kurul Raporu

05.12.2022

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, 2132101003 numaralı öğrencisi Nuray Aslankaya'nın, "Dudak ve Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi " başlıklı tez çalışması kapsamında yapmayı planladığı anket çalışması, "Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu" üyeleri tarafından onaylanmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Serkan ERYILMAZ  
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Nuray Aslankaya rapor (1 sayfa)
- 2- Nuray Aslankaya başvuru (24 sayfa)

**İki belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Bilgi Teknolojileri Fakültesi - 0312 407 50 00

Bilgi Teknolojileri Fakültesi - İletişim - [iletisim@atilim.edu.tr](mailto:iletisim@atilim.edu.tr)

## EK-E: HASTANE ÇALIŞMA İZİNİ

### ATILIM ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Nuray Aslankaya'nın Doç. Dr. Handan Boztepe ve Dr. Öğretim Üyesi Cansu Akdağ Topal danışmanlığında yaptığı "Dudak ve Damak Yarığı Olan Bebeğe Sahip Annelerin Postpartum Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli tez çalışmasının Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda 15 Ekim 2022- 15 Nisan 2023 tarihleri arasında yapılması uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. F.Figen ÖZGÜR  
Diploma No : 864157  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ