

T. C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM SONU DEPRESYON RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

Derya ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

MERSİN – 2012

T. C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUM SONU DEPRESYON RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Derya ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

Tez No: 217

MERSİN – 2012

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan **“Doğum Sonu Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi”** başlıklı çalışma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/ 06/ 2012

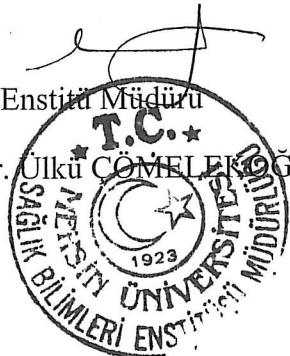
Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 20.06./2012 tarih ve 2012/113 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Ülku ÇEMELEK ÖĞLU



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında katkıda bulunan ve rol modelim olan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul'a,
Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun değerli hocalarına,

Tezimin isttistiksel analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen Arő. Gör. Dr. Naif alıő'a,

Veri toplama aşamasında Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toroslar ve Akdeniz ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarına,

Çalıőmama katılmayı kabul eden annelere,

Maddi, manevi her türlü desteklerini benden esirgemeyen ve hayatımın en değerli varlıkları olan anneme, babama, ablama, eniőtme, erkek kardeőime ve canım yeğenim Deniz Yeőilayır'a

Teőekkürlerimi sunarım.

Derya Arslan

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1 Doğum Sonu Dönem.....	5
2.1.1.Doğum Sonu Dönemde Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	6
2.1.2. Doğum Sonu Dönem Sağlık Problemleri.....	10
2.2. Doğum Sonu Ruhsal Bozukluklar.....	10
2.2.1. Epidemiyoloji.....	11
2.2.2. Sınıflandırma.....	12
2.3. Doğum Sonu Depresyon	12
2.3.1. Hazırlayıcı Faktörler	13
2.3.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı	18
2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Özellikleri	19
2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi	20
2.3.5. Doğum Sonu Depresyon ve Ebelik Bakımı	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Amacı	23
3.2. Araştırmanın Şekli	23
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	23
3.4. Araştırmanın Evreni	23
3.5. Araştırmanın Örneklemi	24
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Veri Toplama Araçları	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	26
3.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	27
3.11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi	27
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	29
4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri	31
4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Özellikleri.....	33
4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri.....	34
4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski.....	35
4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	36
4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	38
4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	39

4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	40
4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	41
4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	43
4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	45
4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi	46
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
6.1. Sonuçlar	64
6.2. Öneriler	66
7. KAYNAKLAR	67
EKLER	76
EK- 1 Anne Tanıtım Formu	76
EK- 2 Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Bilgilendirme Formu	80
EK- 3 Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği	82
EK- 4 Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Onayı	85
EK- 5 Mersin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	87
EK- 6 Gebe-Bebek-Çocuk Psikososyal İzleme Formu	88
EK- 7 Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Verileri	92
8. ÖZGEÇMİŞ	93

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	27
Çizelge 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	29
Çizelge 4. 2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri.....	31
Çizelge4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Özellikleri	33
Çizelge 4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri.....	34
Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski	35
Çizelge 4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	36
Çizelge 4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	38
Çizelge 4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	39
Çizelge 4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	40
Çizelge 4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	41
Çizelge 4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	43
Çizelge 4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	45
Çizelge 4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH: Adrenokortikotrofik Hormon

ATP: Adenozin 5'-trifosfat

cAMP: Adenozin Monofosfat

CRH: Kortokotropin Relasing Hormon

DSD: Doğum Sonu Depresyon

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvülzif Tedavi

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

ICD: International Classification of Diseases

NE: Norepinefrin

5-HT: Serotonin

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TRH: Tiroid Relasing Hormon

TSA: Trisiklik Antidepresanlar

TSH: Tiroid Stimüle Hormon

ÖZET

Doğum Sonu Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Derya Arslan. Araştırma, Mersin İli Toroslar ve Akdeniz İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerinde doğum sonu depresyon gelişme riskini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan analitik ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini, Mersin ili Toroslar ve Akdeniz ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük çocuğu olan gönüllü 250 anne oluşturdu. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulan anne tanıtım formu ve annelerin kendileri tarafından doldurulan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile toplandı. Ölçek kesme puanı 12 ve üstü olarak alındı. Veriler SPSS for Windows 11,5 programında; ortalama, yüzdeler, sayılar, Pearson Chi-Square testi kullanılarak değerlendirildi. Epidemiyolojik ölçüt olarak %95 güven aralığı (GA) içinde Odds Ratio (OR) belirtildi.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre doğum sonu depresyon riski %28,4 olarak bulundu. Annenin mesleği, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, akraba evliliği, ailede yaşayan kişi sayısı, şiddet görme durumu, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, doğum sonu süre, doğum öncesi ve doğum sonu dönem ruhsal sorun yaşanma varlığı gibi değişkenler depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 kez daha fazla ve şiddet görenlerde görmeyenlere göre 2,489 kez daha fazla bulundu. Çalışmada doğum sonu depresyon görülme riskinin; aile tipi, annenin yaşı, sağlık güvencesinin olması, annenin ölü doğum öyküsünün olması, doğum öncesi bakım alması gibi değişkenlerden etkilenmediği saptandı ($p > 0,05$).

Doğum sonu depresyon açısından lohusa izlemlerinin risk yaklaşımı doğrultusunda yapılması ve sağlık çalışanlarının özellikle ebelerin danışmanlık hizmetinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonu depresyon, risk faktörleri, EPDS ölçeği, ebelik

ABSTRACT

The Risk Of Postpartum Depression And Determine The Factors Related

Derya Arslan. Study is held to identify the frequency of postpartum depression and the related factors in the Family Health Centers in the districts of Akdeniz and Toroslar, Mersin. The 250 mothers, applied to Toroslar and Akdeniz Family Health centers in Mersin city, who has younger than 1 year old babies formed a basis for this study as the universe. After the mother were informed about the the research subject, they are asked to sign approval forms. By the help of face to face interview method, mother introduction form and EPDS form were filled by mothers. The cut-off point of EPDS was taken as 12 and over. The data is analyzed by the program of SPSS for Windows 11,5 (Statistical Package for Social Sciences) using the tests of average, percentage numbers, Pearson Chi-Square. Epidemiological criteria within the confidence interval (GA) as the Odds Ratio (OR) was specified.

According to EPDS, the incidence of postpartum depression is % 28,4. Mother's occupation, mother's education level, co-educational status, age at first marriage, marriage between relatives, the number of people living in the family, violence, status, pregnancy, live birth, of children living in low numbers, complicit pregnancy and health problems during pregnancy, postpartum period, pre-natal of experiencing psychological problems and the postnatal period compared with the presence of significant differences in terms of variables such as the risk of depression ($p < 0.05$). The risk of postpartum depression 2,144 times more likely than those without consanguinity and 2.489 times higher than found in predisposed violence who do not. Maternal age, family type, health insurance, stillbirth, pre-natal care, the baby's gender variables are statistically significant differences were found for the risk of depression ($p > 0.05$).

Postpartum depression in mothers often assessed in terms of consultancy services and health care workers should be strengthened, especially midwives.

Key Words: Postpartum depression, risk factors, EPDS scale, midwifery

1. GİRİŞ

Aile toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan soyunun devamını sağlamlasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir (1, 2). Doğurganlık fonksiyonunda en büyük rol ve sorumluluğu üstlenen kadın, yaşam süreci boyunca üreme ile ilgili olaylardan farklı şekillerde etkilenmektedir (2, 3, 4).

Kadın, yaşam sürecinde, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (5, 6). Özellikle, 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk döneminde yer alan gebelik ve doğum sonu dönem, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem olabilmektedir (7, 8). Bu dönemde kadın, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla doğum sonrası dönem anne ve bebek açısından uyum yapılması gereken hem fiziksel hem de duygusal anlamda riskli bir dönemdir (9). Yeni doğum yapan kadın için doğum sonu dönem çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, bir kriz dönemi de olabilmektedir (10).

Doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarını arttıran birçok faktör bulunmaktadır. Doğum sonu dönemde kadında, hormonal (nöroendokrin) değişimlere bağlı olarak genital organlar gebelik öncesi duruma dönerken, gebelik döneminde endokrin sistemde de artmış olan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine inmektedir. Bu fizyolojik faktörler, doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarının gelişimini etkileyebilmektedir. Kadının evlilik durumu, aile içi çatışmaların varlığı, kadının yaşı, kişilik yapısı, ailenin tüm sorumluluklarını üzerinde bulundurma durumu, ekonomik sıkıntılar, sosyal destek eksikliğinin olması gibi ailesel faktörlerde doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozuklukları gelişimini etkileyebilmektedir. Ayrıca, daha önceden geçirilmiş ruhsal sorunlar, şimdiki yaşamında depresyon hikâyesinin bulunma durumu, doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyete /depresyon (yaşam stresi, annelik rolüne adapte olamama, çocuk bakımının yarattığı stres) gibi psikolojik faktörlerde

kadında doğum sonu dönemde duygulanım bozuklukları gelişmesine neden olabilmektedir. Gebelik ve çocuk sayısı, istenmeyen ve riskli gebelikler, adölesan gebelikler, zor doğum eylemi gibi diğer faktörlerde doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarını gelişimini etkileyebilmektedir (6, 11, 12, 13, 14, 15).

Kadınlar, özellikle doğumdan itibaren ilk yıl içinde duygulanımbozuklukları açısından risk altındadırlar (10, 13, 14, 15). Bu duygulanımbozuklukları; annelik hüznü ile başlayarak, doğum sonu depresyon vepsikoza kadar ilerleyebilmektedir (9, 13, 14).

Bu duygulanım bozuklukları içersinde yer alan doğum sonudepresyon kadınlarda en fazla görülen sağlık sorununu oluşturmakta ve nedeni kesin olarak bilinmemektedir (15). Doğum sonu depresyon, yeni doğum yapan kadında, yeme bozuklukları, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, kadınlarda anksiyete atakları, yoğun umutsuzluk ve kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, yalnızlık, korku, değersizlik hissi, kendine güvensizlik, konsantre olamama ve kendiliğinden ağlama gibi durumlara da yol açmaktadır. Ayrıca, annelerde bebeğine karşı ilgisizlik ya da aşırı endişelenme, bebeğine karşı ızarar verme ile ilgili obsesif düşünceler, öz kıyım düşünceleri gibi durumlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır (7, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Amerika ve Avrupa toplumlarında yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyonun görülme sıklığı ise, %3,5-17,5 arasında değişmektedir (22, 23). Ülkemizde doğum sonu depresyon ile ilgili standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (24). Bu çalışmalarda, annelerin %21,2-58'inde doğum sonu depresyon belirtilerinin bulunduğu bildirilmektedir (6,11). Dündar ve ark.'nın (11) çalışmasında %36,9, Buğdaycı ve ark.'nın (24) çalışmasında yaklaşık %33, Ekuklu ve Tokuç' nun (25) çalışmasında %40,4, Uyar 'nın (26) çalışmasında %28,5, Ayvaz ve ark. 'nın (27) %28,1, Dönmez'in (28) çalışmasında %22,9, Aydemir'in (29) çalışmasında %30,6, Aktaş'ın (30) çalışmasında yaklaşık %18,5, Serhan'ın (31) çalışmasında %9,1'dir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen MentalBozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and StatisticalManual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)) kriterlerine göre ,depresyon belirtilerinin doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda "doğum sonu depresyon" olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (30). Ancak Kennedy ve Suddenfield'in (32) çalışmalarında, doğum sonu depresyon belirtilerinin başlangıç döneminindaha çok doğumu takiben 6-12. haftadan başlayarak bir yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği belirtilmektedir. Kara ve

Çakmaklı'nın yaptıkları bir diğer çalışmada da doğum sonu depresyon belirtilerinin doğumdan sonra 2-8. haftalar içinde başladığı, doğum sonu depresyonun başlangıç aşamasında genellikle belirti vermediği ve annelerin %80'inde haftalar, aylar içinde yavaş olarak arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, yeni doğum yapmış kadınlarda doğum sonu depresyonun en erken 2 hafta, en geç 1 yıl kadar sürdüğü de belirtilmektedir (30).

Doğum sonu dönemde yeni doğum yapmış kadında, görülen duygusal sorunların erken belirlenmesi önemlidir. Ancak, yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon sık görülmesine karşın çoğu kez tanı konulamadığı belirlenmiştir (31, 32). İngiltere'de yaşayan kadınlar ile yapılan bir çalışmada, doğum sonu depresyonlu kadınların %90'ının bir şeylerin yanlış gittiğini fark ettikleri halde, sadece %25'inin doğum sonu depresyon yaşadığına inandığı ve %20'sinde bu rahatsızlığın tanılandığı bildirilmiştir (33).

Doğum sonu depresyonun annelerde erken tanılanmamasının başlıca nedeni; annenin "bebek sürekli ağlıyor ve bebeğe vurma isteği duyuyorum" bebek, zamanımı çalan "tehlikeli bir hırsız" gibi negatif duygu ve düşüncelerinden suçluluk, utanç ve izolasyon duygusu yaşamalarıdır (9, 10, 11). Anneler bu duygu ve düşüncelerini toplum tarafından sosyal damgalanma korkusu nedeniyle gizli olarak yaşamaktadırlar. Bazı anneler, yaşadığı bu negatif duyguların farkında bile olmayarak destek arayışına girmemektedir (7). Bu nedenlerle anneler, profesyonel yardım aramayı geciktirmekte ya da hiç profesyonel yardım almak için başvuruda bulunmamaktadır (8). Doğum sonrası depresyonun erken tanılanmasının en önemli amacı, tedavi edilmemiş depresyonu olan annenin ve bebeğin sağlığını korumak ve bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (10). Diğer yandan, anne ile bebek arasında kurulan ilişkiye, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesine olumsuz etkilerini önlemek, annenin, bebeğinve ailenin psikolojik, sosyal yönden çeşitli güçlükler yaşamasını en aza indirmektir (30, 34).

Doğum sonu dönemde görülen duygusal sorunların saptanmasında, yeni doğum yapmış kadınlara gerekli yardımın ve desteğin sağlanması gerekmektedir (9). Yeni doğum yapmış kadın için en önemli destekleyici kişi ebedir (7, 8). Ebelerin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluklarının yanı sıra annenin ruhsal sorunları ile başatmesinde de yardımcı olma sorumluluğu da vardır.

Ülkemizde anne/bebek sağlığının korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen ebeler (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge), Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) her alanında, hizmet verdikleri kadınları doğum sonu depresyon yönünden

değerlendirebilir ve yardıma ihtiyacı olanlara uygun girişimlerde bulunabilirler. Rutin sağlık kontrolleri ve bağışıklama amacı ile bebeği ziyaret eden ebeler, anneyi doğum sonu depresyon açısından değerlendirebilirler. Ebeler doğum sonu depresyonu tanımlamak için; doğum sonu dönemde bakım verdiği kadınlara, ipucu oluşturabilecek sorular sorarak doğum sonu depresyon için risk taşıyan anneleri belirleyebilirler. Ziyaret sürecindeki devamlılık kadını olumsuz düşüncelerden uzaklaştırabileceği gibi anne bebek ilişkisini de kuvvetlendirebilir, kadının algıladığı sosyal desteği de güçlendirebilmektedir (35, 36).

Ayrıca doğum sonu depresyon sürecindeki kadını ve ailesini ebeler depresyon belirtisi ve tedavisi hakkında bilgilendirmelidir (37). Aynı zamanda ülkemizde doğum sonu kontrol, doğumu takiben altıncı haftada yapılmaktadır. Bu zamanın da, annede doğum sonu depresyon belirtilerini saptamak için çok önemli bir fırsat olduğu düşünülmektedir. Böylece, doğum sonu dönemde görülen depresyon durumu zamanında müdahale edilerek, etkili bir ebelik bakımı ve eğitimi ile önlenebilir, ve ayrıca erken tanı konmasını sağlayarak tedavi sürecini hızlandırır (37, 38, 39).

Görüldüğü gibi, doğum sonu dönemde kadının ve bebeğinin sağlığını önemli ölçüde etkileyebilen ve sık karşılaşılan doğum sonu depresyonun görülme sıklığı ve etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi, kadının ve bebeğinin sağlığını değerlendirme, sorunları erken dönemde saptama ve uygun müdahaleleri başlatma, anne ve bebeklerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu bakımdan çalışmamızın bu alandaki ebelik hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde rehber olması düşünülmektedir.

Araştırmaya yön veren sorular?

1. Annelerde doğum sonu depresyon var mıdır?
2. Annelerde doğum sonu depresyonu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum eyleminin sona ererek bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra doğum sonu dönem başlar. Doğum sonu dönem, bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri bir zaman periyodudur. Bu dönem 6 haftalık bir süreyi kapsamaktadır. Doğum sonu dönem annede meydana gelen gerileyici ve ilerleyici değişikliklerle karakterize olup gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organ ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler emzirmeye hazırlanan göğüslerde meydana gelir. Bu hızlı fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annelerde fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal değişiklikler de gözlenir (34, 35, 36, 37)

Doğum sonu dönem genellikle 3'e ayrılır; doğumdan hemen sonrası dönem (doğum sonrası ilk 24 saati içine alır), erken doğum sonrası dönem (doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır), geç doğum sonrası dönem (doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir) (38).

Doğum sonrası dönemdeki geçiş dönemi kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem ile 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu dönemlerden oluşmaktadır. Doğum sonu dönemdeki gereksinimler ve sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (39, 40, 41, 42).

Christie ve ark. (43) tarafından doğum sonu gereksinimler "hayatta kalma ve büyüme gelişme" ana teması altında, 3 alt tema ile sıralanmıştır. Bu 3 alt tema: "bebeği besleme ve büyütme" (bağlılık, uyuma, ağlama, besleme ve bebeğin sağlık sorunları gibi gereksinimleri içerir), "yaşam değişiklikler" (fiziksel sağlık, duygular/ ruhsal iyilik hali, eş ilişkileri, sosyal aktiviteler ve durumlar gibi gereksinimleri içerir) ve "baş etme ve kaynaklara uyum" dur.

Bu dönemde anne ve yeni doğana yönelik komplikasyonların önlenmesi, oluşmuş ise erken tanı ve tedavi sağlanması açısından, anne ve bebeğin yakından izlenmesi, bakımlarının sağlanması ile annenin eğitimi ve desteklenmesi gerekmektedir. Ebelerin doğum sonu döneme ait normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, bu konuda gerekli girişimlerde bulunabilmesi için doğum sonu oluşan normal anatomik, fizyolojik, psikolojik değişimleri bilmesi gerekmektedir (33, 35, 38, 39).

2.1.1. Doğum Sonu Dönemde Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Gebelik boyunca anne vücudunda meydana gelen değişiklikler doğum sonu dönemde eski haline döner. Bu geriye dönüş sürecine involüsyon denir. Annede oluşan bu değişiklikler üreme sisteminde ve diğer sistemlerde olmak üzere iki ayrı bölümde incelenebilir (30, 31).

Üreme Sistemi: Doğumdan hemen sonra plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonraki değişiklikler ise daha yavaştır. İnvolüsyonun en önemli sebebi östrojen ve progesteronun ani düşmesi sonucu oluşan endometrium içindeki proteolitik enzimlerin salgılanmasıdır (38)

Doğumdan sonra uterus kasılmayla sertleşmeye başlar. Fundus sert olarak ele gelir ve miyometrial kasılmalar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerinin hızlı olarak küçülmesine ve uterusun küresel ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur (39).

Doğum sonrası 4-6. günlerde servikste 'eksternal os' gevşek olup 2 parmağın kolaylıkla içeriye girmesine izin verir. Daha sonra hızla kalınlaşır, daralır ve sertleşir. Gebelik öncesi 'servikal os' yuvarlıktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi (Emmet yırtığı) şeklindedir. Bununla düz çizgi vajinal doğum yapıldığını gösteren bir belirtidir (40, 41).

Vajinal kasılma dereceli olarak 3-4.haftada normale döner. Doğumun neden olduğu aşınma ve yırtıklar doğumdan kısa bir süre sonra kendiliğinden iyileşir. Vajinal doğumu izleyen 3. haftada gebelik öncesi boyutlarına ulaşır (41,42).

Doğumdan sonra 5. günden itibaren perineal kasılmanın büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemindeki durumdan daha gevşek olur. Perinede varis, büyük kesikler veya epizyotomi bölgesinde genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve çürük vardır (38).

Başlangıçta miktarı fazla olan loşia, lohusalığın ilerleyen dönemlerinde miktarı azalır ve özelliği değişir. Multiparlarda (birden fazla doğum yapan) primiparlara (ilk çocuğunu doğuran) göre daha fazla olup ayakta hareketli iken ve emzirme esnasında miktarı artabilir. Doğumdan sonraki ilk üç gündeki kırmızı renkteki akıntıya 'loşi rubra', 4-10 günler arasındaki pembe renkli akıntıya 'loşi seroza', 11. günden lohusalığın sonuna kadar süren kirli beyaz-sarımtırak veya renksiz olan akıntıya 'loşi alba'denir (40).

Epizyotomi varlığında ağrı, acıma, hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, epizyotomi yeri için tamamıyla iyileşme 4-6 ay kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin anneye, fetusa ve doğuma yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, perineal kanama riskinde artma, idrar ve dışkılama yapma isteğini baskılama gibi riskleri de vardır (39).

Doğumdan sonra plasenta ürünü olan östrojen ve progesteron düzeylerinin düşmesiyle daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salgılanmasını başlatır. Doğum yapan kadında emzirme doğumu izleyen 24-72 saat içinde başlar. Emzirmeye başlamadan önce memelerde ödem, yerel ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (30, 31, 34, 44).

Kardiyovasküler Sistem: Erken doğum sonu dönemde total kan volümü yüksek kalır. Östrojen düzeyinin düşmesi sonucu, meydana gelen belirgin bir diürezden sonra, kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü düzeyine düşer. Eritrosit sayısı ve hemoglobinin düzeyi 5. haftadan sonar normale döner. Nabız postpartum 6-8. gün düşüktür (50-70/dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybı, enfeksiyon, ağrı, kaygı veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir (30, 40).

Solunum Sistemi: Gebelikte büyüyen uterusun diyafragma bası yapması nedeniyle annede solunum sıkıntısı görülebilir. Doğum sonrası basının ortadan kalkması, plasentanın ayrılmasıyla progesteron üretimindeki kayıp sonucu toraks kapasitesindeki artışla birlikte pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası karın solunumu yapmaya başlar. Akciğer fonksiyonlarının gebelik öncesi döneme dönmesi yaklaşık 6 aylık bir süreyi bulur (29, 30, 31, 34, 40, 45).

Gastrointestinal Sistem: Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağrılı olması ile epizyotomi varlığı erken dışkılamayı engeller. Doğum sonu ilk günlerde iştahta bir azalma görülmekle birlikte daha sonraki günlerde iştah artışı olabilir. Doğum eylemindeki sıvı kısıtlaması, involüsyon süreci, aşırı diürez ve terlemeyle sıvı kaybının olması gibi nedenlerle ilk günlerde fazla su içme isteği olabilir (30, 34, 40, 45).

Üriner Sistem: Gebelikte oluşan üriner yolların genişlemesi, böbrek kapasitesi, böbrek genişlemesi regresyonu yavaştır, doğum öncesi duruma ancak 3 ayda ulaşabilir. Kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme sürekli kalabilir. Mesanenin kasılması ve mesanenin yeterli boşalabilmesi 5-7 gün içerisinde gerçekleşir. Mesanenin şişmesi uzun sürerse idrar yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir (29, 30, 31, 34, 40).

Kas-İskelet Sistemi: Hormonların etkisiyle yumuşayan ve gevşeyen eklemler ile pelvis kemiği postpartum 6-8 haftada eski haline dönmeye başlar. Uterus, vajen, rektum, mesane ve üretraya olan aşırı baskı ve gerilimler ilerleyen yıllarda idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (46).

Nöromüsküler ve Duyusal Sistem: Annede büyüyen uterus ve su tutulumunun, brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı bası sonucu ellerde, parmaklarda görülen, uyuşma, karıncalanma ve bacaklardaki kramplar ortadan kalkar. Sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları sıktır. Kadınlar ilk birkaç hafta içinde uterus kasılmaları, meme problemleri, basur, epizyotomi ağrısını sık hissetmektedirler (46, 47, 48).

Endokrin Sistem: Plesantanın doğmasıyla plesantadan salgılanan hormonlar ortadan kalkar. Hipofiz ön ve arka lob hormonları yükselir. Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre farklılık göstermektedir. Emzirme hem prolaktin hormonunu uyarır, hem de hipofiz arka lobundan oksitosin salgılatarak kanallarda biriken sütün boşalmasını sağlar. Gebelik boyunca anne metabolizmasında kullanımı engellenen insülin hormonu postpartum dönemde normal işlevine döner ve gebelikteki diyabetojen etki kaybolur (34, 46, 47).

Psikolojik Durum: Doğumdan hemen sonra anne bebeği ile tanışmak ister. Ebe bebeği annenin yanına vererek anne ile bebek arasındaki ilk ilişkiyi başlatmış olur. Lohusalığın özellikle ilk 1 haftası fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir (43, 44). Lohusalıkta geçiş dönemi, kişilere göre farklılık gösterebilen ve 2-3 gün süren pasif ve bağımlı (taking-in) dönemi ile 10 gün süren otonom annelik davranışlarının olduğu (taking-hold) döneminden oluşmaktadır. Sistemdeki hızlı değişimler ve hormonların ani çekilmesi yanında içinde bulunduğu ağrı, yorgunluk gibi fiziksel şartlar ve bebek bakımında karşılaştığı zorluklar anneyi postpartum depresyona itebilir (43, 44, 45).

Bu nedenle hastaneden taburcu olduktan sonra annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı özellikle ilk 6 hafta, bebek sağlığı da ilk 3-4 ayda yakın takip edilmelidir (43).

2.1.2. Doğum Sonu Dönem Sağlık Problemleri

Gebelik, doğum ve doğum sonu süreleri normal süreçte geçse bile kadın bedeninde büyük değişikliklerle ilişkili olup anneve fonksiyonların sağlığını etkileyebilir.

Doğum sonu 6 haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrasidönemde kadının komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler doğum sonu dönemdeki değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yeni doğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres faktörü olarak etki ederler. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler (42, 44, 45).

Literatürde doğum sonu dönemde anneler için başlıca sağlık sorunları şöyle sıralanabilir: Yorgunluk, baş ağrısı, depresyon, uyku problemleri, omuz-boyun ağrısı, bel ağrısı, ağrılı meme ucu, meme ucu çöküklüğü, mastit, disparoni, ameliyat yerinde ağrı, perineal ağrı, stres inkontinans, cinsel ilişki esnasında inkontinans, dizüri, perineal kanama, hemoroid, konstipasyon, diyare, abdominal distansiyon, anal ve flatus inkontinansı, bulantıdır (49, 50).

2.2. Doğum Sonu Ruhsal Bozukluklar

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (48). Gebelikte evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili birçok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (49, 50). Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastaneye başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (51).

Birçok kadın gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarında ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazılarında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir.

Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaların çoğu ilk başvurunun genellikle doğum sonu ilk dört haftada pik yaptığını göstermektedir (52).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-IV) (Amerikan Psikiyatri Derneği 1994) göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik gerek psikotik olmayan majör depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılır. ICD-10'da (International Classification of Diseases) ise 'lohusalıkla bağlantılı ve bir başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır ve doğum sonrası olarak özgülleştirilebilmesi için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır (53).

2.2.1. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda doğum sonu psikiyatrik bozukluğun ilk üç ayda belirginleştiği belirtilmektedir. Tüm depresif anneler belirtilerin 4-6 hafta sonra başladığını ifade etmektedir. Doğumdan sonraki 1-3 aylık dönem doğum sonu depresyon açısından en riskli dönemdir. Pitt doğumun ilk aylarında psikiyatrik bozuklukların %24, 3.ayda %40, doğum sonu son ayında ise %27 olduğunu bildirmiştir. Başta duygusal bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların doğumu takiben iki yıl içinde artan bir sıklık gösterdiği tespit edilmiştir. Kumar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresif hastalık sıklığı erken gebelikte %10, doğum sonu ilk 3 ayda %14 olarak tespit edilmiştir (27).

2.2.2.Sınıflandırma

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte, konuyla ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde, belirtilerin özelliklerine, tedavilerine, seyrine göre tanımlanarak annelik hüznü (*maternity blues*), doğum sonrası depresyonu (*postpartum depression*) ve doğum sonrası psikozu (*postpartum psychosis*) olmak üzere başlıca üç grupta toplandıkları görülmektedir (46). Parry söz konusu belirtilerin öncelikle psikotik olan ve olmayan duygu durum bozuklukları olduğuna dikkat çekmiştir (51).

Klinik:

- 1) Annelik Hüznü (Postpartum Blues): İlk 7-10 günde görülen duygusal tepkilerde bozulma, ağlamaklı oluşla karakterize sık görülen bir tablodur.
- 2) Doğum Sonu Depresyon: Ağır depresif bozukluktan ayrılamayacağı ve doğum sonu iki yıla kadar görülebileceği şeklinde tanımlanmaktadır.
- 3) Doğum Sonu Psikoz: Her bin doğumdan 1-2'sinde birkaç hafta içinde ortaya çıkmaktadır.

2.3. Doğum Sonu Depresyon

Doğum sonu depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen bir ruhsal hastalıktır. (9)

Ayrıca doğum sonu depresyon, annenin bebeği ile birlikte olmayı düşündüğü zamanı çalan "tehlikeli bir hırsız" olarak da betimlenmektedir (8).

Literatürde, doğum sonu dönemde depresyon yaşayan annelerin kendilerini 'hayatta olmaktan korkma ve ölüme ısınma' dönemi olarak ifade ettikleri belirtilmektedir (8, 9, 24).

Birçok kadının doğum sonrası dönemde mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (3). Nicolson postpartum depresyonu açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak

tanımlarken, sosyal model de doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin ötesinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir (15, 51).

Buna göre, postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (3, 37).

Balkaya (53), Koç (50), Aktaş (30) ‘ın tespitlerine göre doğum sonu depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzeler.

2.3.1. Hazırlayıcı Faktörler

Doğum sonu depresyonun hazırlayıcı faktörleri tam olarak bilinmemekle birlikte; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır (26).

Biyolojik faktörler; beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Bu nörotransmitterler şunlardır (51); Prolaktin, progesteron, tryptophan, kortizol, TSH, apomorfın, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), dopamin, asetilkolin ve gaba’dır.

Hipotalamus tarafından salgılanan dopamin, hipofiz ön lobundan salgılanan prolaktin hormonunun salgılanmasını düzenlenmektedir. Prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojen düzeyinin azalmasına ters olarak artmaktadır. Ancak emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşmesine bağlı olarak doğum sonu depresyon gelişebildiği bildirilmektedir (54, 55). Bu dönemde depresyon belirtileri belirlenen kadınlarda, dopamin düzeyinin de düşük olduğu belirlenmiştir (56, 57).

Dopaminin azalması (bedende, kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (bedende, kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. GABA, NE ve serotonin etkinliğini düzenlemektedir. GABA'nın artması, NE ve serotonin etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Bu da depresyon gelişimi için risk yaratmaktadır (58).

Adrenal korteks'ten salınan ve gebeliğin devamını sağlamakla görevli olan östrojen ve progesteron hormonları da gebelik süresince yaklaşık 10 kat artış göstermektedir ve doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeylerine düşmektedir. Bu durum kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 10 gün içinde depresyon gelişme olasılığını artırmaktadır (56). Haris ve arkadaşları (11) DSD ile tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon sağaltımının farklı olabileceği öne sürülmüştür (1).

Tryptophan, insan dahil pek çok organizma için gerekli 20 amino asitten biridir, serotonin (5-HT) gibi bazı merkezi sinir sistemi nörotransmitterlerinin sentezi için gereklidir. Serbest plazma tryptophan düzeyinin azalması, 5-HT sentezinin azalmasına neden olacaktır. Dolayısıyla depresyonlu hastalarda serotonin etkinliğinde azalma olması en çok bilinen bulgulardan biri olarak kabul görmektedir (56, 57, 58).

Doğum yapmaya katkıda bulunan hipotalamik-pituiter-adrenal döngüdeki (kortizol, aldesteron ve glikoz toleransı) değişiklikler, depresyonlu kadınlardaki değişiklikler ile benzerlik göstermektedir (26). Bu alandaki çalışmalar, doğum sonrasında dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan adrenokortikotrofik hormon (ACTH) salınımının azaldığını, Kortokotropin Relasing Hormonun (CRH) fazla salgılandığını ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığını ve glikoz metabolizmasında azalma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda depresyonda kortizolün artması ile birlikte etkinliğinin de bozulduğu belirlenmiştir (60, 61).

Doğum sonrasında dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan ACTH salınımının azalmasına bağlı olarak Tiroid Relasing Hormon (TRH) ve hipofiz ön lobundan salınan Tiroid stimüle edici hormon (TSH) salınımının azaldığını göstermektedir. Depresyon belirtisi bulunan bireylerde, kandaki T4 değerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Özellikle

kronik depresyonlu hastalarda, hafif düzeyde hipotiroidizm ihtimalinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (56, 61).

Doğum sonu dönemde majör depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfının bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını artırmaktadır. Ancak, dopamin salgılanmasında artma olmasına rağmen etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır (56, 60).

Apomorfın salgılanmasının artmasının, hipofiz ön lobundan salınan büyüme hormonuna cevabın azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (61). Depresyonda, büyüme hormonunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte az salındığı belirtilmektedir. Depresyonun etiolojisinde, büyüme hormonu salgılanmasının azalmasında, özellikle norepinefrin düzeyinin azalması ve hipotalamik lezyonların rol oynadığına yönelik bulgular mevcuttur (26, 61).

Sosyal faktörler; Ebeveyn olma kararı insan yaşamındaki önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır (59).

Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak istemektedir (60).

Gebe kadının gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Hemen her toplumda özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı altında bulunmaktadır (59, 61). Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da kadınların çocuk

sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (62, 63, 64, 65, 66).

Literatürde doğum sonu depresyon tanısı almış hastaların algılanan arkadaş ve aile desteği puanlarının, normallere kıyasla anlamlı biçimde düşük olduğu, bunun yanında sosyal desteğin kişinin sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu saptanmış, destek için en etkili kaynağın çekirdek aile üyeleri ve akrabalar olduğu bildirilmiştir. Sosyal destek kaynaklarının hastalık öncesinde, sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkileri olduğunu ileri sürenler sıklıktaadır. Sosyal kaynakların niteliği ile depresif semptomların ilişkisi pek az araştırmanın odaklandığı bir konudur. Sosyal kaynakların her zaman destekleyici değil aksine stres kaynağı haline gelebildiğini de gösteren çalışmalar olmuştur (7, 33, 67).

Sosyal çevre içindeki önemli faktörlerden diğeri kadının içinde bulunduğu kültürel yapıdır. Kültür, tüm duygusal yaşantılar için önemli bir kavram olup, depresyon yaşama; bireyin bilişsel yapısı, inanç ve uygulamaları, duygusal tepki ve davranışlarını etkilemekte ve yardım arama davranışı kültürel farklılıklar göstermektedir. Birçok toplumda, bebeğin mükemmel olduğu, anneliğin iç güdüsel olarak doğum sonu erken dönemde geliştiği, anne-bebek arasındaki bağın kendiliğinden oluştuğu, anne olmanın her zaman mutluluk verici bir olay olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, bu toplumlarda, annenin bebeği anne sütü ile beslemesinin doğal ve kolay olduğu, pek çok annenin bebeğine bakabileceği ve doğum sonu altı hafta sonra kadının cinsel yaşamının normale döneceği gibi güçlü beklentiler de belirtilmektedir. Oysaki gerçek yaşamda bu beklentilere ulaşamamaya da beklentilerin gerçekleşmemesi annelerin kendilerini başarısız, yetersiz, tükenmiş ve ezilmiş hissetmelerine neden olabilmektedir (61, 64, 68, 69, 70).

Psikolojik faktörler; Doğum sonu dönemde, yeni doğum yapmış annede, doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen faktörden bir diğeri de psikolojik faktörlerdir. Psikolojik faktörler; annenin doğum sonu dönemde yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyonunu, benlik saygısını, aile ve çocukları ile ilgili sorumluluklarını ve gelişebilecek olan sorunlarla baş etme becerisini etkilemesi açısından biyolojik ve sosyal faktörler kadar önemlidir. Doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen psikolojik faktörler şunlardır (61, 62); Evlilik ilişkisinin zayıf olması, stresli yaşam olayları oluşturan durumların varlığı, benlik saygısının

düşük olması, beden imgesinde değişiklikler, prenatal (doğum öncesi) ve postnatal (doğum sonrası) depresyon ve anksiyetenin varlığı, ailede depresyon öyküsünün bulunmasıdır.

Nur ve ark. (71) yaptığı çalışmada eşin ilgisinin az olmasının doğum sonrası depresyon oranını 2.73 kat arttırdığını bulunmuştur.

Duygusal sorunlar yalnızca yeni doğum yapmış anneyi değil, aynı zamanda tüm aile üyelerini de etkilemektedir. Gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan çeşitli düzeylerdeki duygusal sorunlar, aile için sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi ve güvenliğini bozmasından dolayı önemlidir (61). Doğum sonu depresyon ile ilgili yapılan bir çalışmada, doğum sonu depresyon yaşayan kadınların eşlerinin, doğum sonu depresyon yaşamayan kadınların eşlerine göre daha fazla psikolojik problem ve eşlerinden memnuniyetsizlik yaşadıkları saptanmıştır (23).

Diğer faktörler; yeni doğum yapan annede, doğum sonu depresyon gelişimini biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler kadar etkileyebilen başka risk faktörleri de bildirilmektedir. Bunlar (61); Kadının yaşı, eğitim düzeyi, gebelik komplikasyonları, hiperemesis, doğum sayısı, prematüre doğum, adolesan doğumlar, emzirmeme, stresle baş etme yöntemleri, erkek bebek beklentisinin olması, fiziksel yardım eksikliği, göçtür.

Bu faktörler de, annenin benlik saygısını, kendini ifade edebilme durumunu, stresle baş etme yöntemlerini, çocuklarının bakımını, aile ile ilgisorumluluklarını ve rollerini olumsuz yönde etkilemesi açısından önemlidir (8, 9, 10). Örneğin; kadının eğitim durumunun doğum sonu dönemde, doğum sonu depresyon açısından risk yaratan önemli faktörlerinden olduğu bildirilmektedir (2, 8, 28). Kadınların, eğitim seviyelerinin yüksek olmasının, sosyo-kültürel ve ekonomik statülerinin artmasına, sorun çözme ve kendini ifade edebilme becerilerinin güçlenmesine olanak sağlayacağı belirtilmektedir (9). Kadının yaşı da, doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen risk faktörleri arasında sayılabilir. Gebelik ve doğum sonudönemler, özellikle adolesan annelerde hızlı fiziksel ve psikolojik gelişimin yanında yeni annelik rolüne uyumu ve uyumun getirdiği fiziksel ve ruhsal sorunlarla baş etmeyi de güçleştirebilmektedir (1, 2, 8, 9).

Göç eden bireylerde fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik rahatsızlıkların da görüldüğü bilinmektedir. Bu ruhsal çöküntüden en fazla kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Kadınlar post travmatik stres bozukluğu, kültürel çatışma, aile rollerinde

değişim, aile içi şiddet gibi nedenlerle birçok ruhsal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (70, 71, 72, 73).

Sağlık açısından incelendiğinde göç süreci içerisinde göç eden bireyler birçok stresörle karşı karşıya kalmakta, stresin sağlık üzerindeki negatif etkisine ve stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğine bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik kökenli birçok sağlık problemi ile karşılaşmaktadırlar (74). Topçu (75) tarafından yapılan çalışmalarda da göç eden kadınların stresle baş etme konusunda diğer bireylere göre daha yetersiz oldukları saptanmıştır.

2.3.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı

DSD ile ilgili çalışmaların çoğu batı kültürünün egemen olduğu ülkelerde yapılmıştır. Bu çalışmalara göre DSD, beyaz kadınların %15'ini, batıdaki beyaz olmayan kadınların %30'unu etkilemektedir. Doğu toplumlarındaki oran %0-40 arasında değişmektedir. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli ülkelerde yapılan yaygınlık çalışmalarında farklı oranlar saptanmıştır. Örneğin; Ülkelere göre EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon sıklıkları: Nepal'da %4,9, Avustralya'da %8, Birleşik Arap Emirliği'nde %22, Endonezya'da % 8,4, Çin'de % 15,6, İran'da % 22, Hindistan'da %23, Pakistan'da %56, Guyana'da %57, Kosta Rika'da 1. çalışmada %34, 2. çalışmada %46, İtalya'da yaklaşık %38,1, Şili'de yaklaşık %37,4, Florenzano'da %50, Vietnam'da %33, Lübnan'da %21, Fas'ta yaklaşık %14, İsviçre'de %6,7 Danimarka'da %5,Avusturya'da %5 Malta'da %3,9, Almanya'da yaklaşık %4,2, Fransa'da yaklaşık %8,5, Meksika'da %15,4, Norveç 'te yaklaşık %9,3, İsveç'te yaklaşık %12,3, Birleşik krallık' ta yaklaşık %12,8, Finlandiya'da yaklaşık %16,6'dır (76-84).

Türkiye'de bu konuda yapılan bazı çalışmalarda DSD sıklığı oranları %14- 40,4 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Çalışmalarda bulunan sonuçlar şöyledir: Buğdaycı ve ark. (24) %33, Ekuklu ve Tokuç (25) %40,4, Uyar (26) %28,5, Ayvaz ve ark. (27) %22,9, Aydemir'in (29) %30,6, Aktaş'ın (30) yaklaşık %18,5, Serhan'ın (31) çalışmasında ise doğum sonu depresyon riski %9,1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda farklı sonuçların çıkması, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılmasına,

kesme puanının değişik kullanılmasına ve çalışılan toplumun kültürel farklılıklarına bağlı olacağı düşünülmektedir.

2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik zellikleri

Doğum sonu depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar, fakat doğumdan sonra 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzeler. Bazen doğumdan sonraki 4-5.aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (15, 20).

Doğum sonu depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif belirtilere benzemektedir. Bunlar; ağlamalı hal ve kontrolsüzce ağlama, uyku bozuklukları, yeme (iştah) bozuklukları (ok az veya fazla yeme), kendini değersiz hissetme, anksiyete ve hatta panik ataklar, suçluluk, bebekle ilgili endişeler, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, cinsel isteksizliktir (11, 28, 86).

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif belirtiler arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe doğum sonu depresyon bulguları olmakla birlikte, normal doğum sonu dönemde de görülebilir. Doğum sonu depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (28).

2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağıaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (87, 88). Doğum sonu depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülf tedavi (EKT) yararlanılabilmektedir (11).

Psikoterapi, davranışsal terapi, evlilik ve aile terapileri doğum sonu depresyondaki anne ve babaya ya da her ikisine birlikte uygulanabilir. Psikoterapi, anne ya da babanın kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularına, duygularını anlamalarına ve iç çatışmalarını dışa vurmalarına, kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olur. Evlilik ve aile terapisi ebeveynlerin, depresyonun nedenlerini anlamalarına, suçluluk ve utanma duygularının azalmasına yardımcı olabilir. Psikoterapi ve diğer terapiler tek başlarına hafif şiddetteki depresyonun iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir. Psikoterapi ve farmakolojik tedavi birlikte uygulanması depresyonun tedavisinde daha etkilidir (89, 90).

Doğum sonu depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSG) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir.

EKT ise doğum sonu depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir. Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünölmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hâkimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (90).

Hamilton 300 postpartum depresyon vakasının %95'inde 6-7 hafta içinde elektrokonvülf tedavi uygulaması ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak

elektrokonvülf tedavi, doğumu takip eden ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde elektrokonvülf tedavi uygulanmasının derin ven trombozu ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (89).

2.3.5. Doğum Sonu Depresyon ve Ebelik Bakımı:

Doğum sonu dönemde görülen depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Doğum sonu depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir (98). Bu nedenle doğum sonu depresyon açısından riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavi sağlanması önemlidir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne sağlığını koruma ve yükseltme gibi sorumluluklara sahip olan ebelere bu konuda da önemli görevler düşmektedir. Yasal olarak ebeler birinci basamakta gebeleri 0-32'inci haftalar arasında 4 haftada bir, 32-36'ıncı haftalar arası 2 haftada bir, 36'ıncı haftadan doğuma kadar haftada bir olacak şekildedir. Loğusa izlemi doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ve doğumdan sonraki 2.ve 4. haftalarda izlenmelidir (92).

Ülkemizde doğumdan önce ve sonra birçok kez anne ile etkileşim içinde olan ebe doğum sonu depresyon yönünden değerlendirmelidir. Bunu sağlamada, doğum öncesi, doğum sonu depresyon açısından riskli durumlar belirlenmeli doğum sonu dönemde ise hem riskler hem de belirtiler yönünden izlenmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebeler doğum öncesi ve sonrası anneye ve aileye ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımına ihtiyacı olan kadınları tanımlamak için, doğum sonu depresyon göstergesi olabilecek belirti ve davranışları gözlemelidirler. Daha önce anksiyete, depresyon veya bipolar bozukluk gibi mental hastalıklar geçirenler, doğumlarından sonra annelik hüznü veya doğum sonu depresyon geçirenler, gebeliği süresince huzursuzluk ve endişe yaşayanlar, yüksek riskli bir gebelik geçirenler, evlilik veya iş değişikliği gibi yaşam stresleri / krizleri yaşayanlar, eşi ile iletişim zorlukları, değer çatışması, karar verme uyumsuzlukları, sevgi eksikliği gibi evlilikten memnuniyetsizliği olanlar, aile ve yakın arkadaşlarından algıladığı sosyal destek varlığı olmayanlar, bebeğin bakımını eşi olmadan tek başına yürütenler, istenmeyen ve planmayan gebelik yaşayanlar, eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük olanlar, annelik rolüne uyum

sağlamayan anneler doğum sonu depresyon için riskli grup olduğundan ebelerin bu anneleri daha yakından izlemeleri gerekmektedir. (88).

Doğum sonu depresyon tanısı Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği ve Beck Pospartum Depresyon Skalası gibi değerlendirme araçları ile konulabilir (89). Ebeler doğum sonrası ev ziyaretlerinde, doğum sonrası rutin sağlık kontrolleri veya bağışıklama sırasında riskli buldukları annelere değerlendirme araçlarını uygulayabilirler. Ziyaret sürecindeki devamlılık kadının güvende hissetmesini sağlayacağı gibi, algıladığı sosyal desteği güçlendirebilir. Kadının algıladığı sosyal destek, doğum sonu depresyona karşı koruyucu rol oynamaktadır (26).

Görüldüğü gibi annenin taşıdığı doğum sonu depresyon risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, tedavi edici müdahaleye katkıda bulunma ve gerekli bulduğunda sevk etme ebelerin sorumluluklarındandır. Tüm bunları yerine getirebilmede en önemli etkenlerden biri de ebelerin doğum sonu depresyon konusunda farkındalıklarıdır. Bu amaçla ebeler doğum sonu depresyonun risk faktörlerini, belirtilerini tanılama yöntemini ve verdiği zararları iyi bilmeli, her anneyi bu açıdan izlem altına alabilme bilgi ve becerisine sahip olmalıdır.

Ülkemizde ebeler koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde yer almakla yükümlüdürler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar (87). Ülkemizde 2009 Haziran ayından itibaren aile hekimliği uygulamasında gebe izlem formları ruh sağlığının sorgulanmasına yönelik düzenlenmiştir (EK -6). Depresyonu olan hastaların yaşadıkları umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, güçsüzlük, rol kaybı, uyku sürecinde bozulma, beslenmede değişim gibi sorunlar birer ebelik tanısı olarak ele alınmakta ve ebelerin müdahale edebilecekleri sorunlar arasında yer almaktadır. Ebenin depresyonu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle depresyon ve depresyonu olan bireye bakım konusunda bilgisini ve iletişim becerilerini kullanması gerekir (89, 90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Mersin il merkezindeki Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riskini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve analitik tipte bir araştırmadır. Mersin il merkezindeki Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riskini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Mersin il merkezlerindeki rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerinin 01.08.2011-15.10.2011 tarihlerinde bir yaşından küçük bebeklerini aile sağlığı merkezlerine getiren annelere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mersin il merkezinde Toroslar, Akdeniz, Mezitli ve Yenişehir olmak üzere toplam 4 merkez ilçe bulunmaktadır. Bu ilçelerinden rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş olan Toroslar ve Akdeniz merkez ilçelerine bağlı 37 Aile Sağlığı Merkezlerinde 2010 yılına ait Mersin İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre

bir yaşımdan küçük bebeği olan 11196 anne araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (EK-7).

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Mersin il merkezindeki rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş Akdeniz ve Toroslar 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşımdan küçük bebekleri olan annelerden araştırmayı kabul eden kişiler oluşturmuştur. 2010 yılına ait Mersin İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Akdeniz’de 6216, Toroslar’da 4980 kayıtlı 1 yaşımdan küçük bebek vardır.Toplam sayı 11196’dır.

Danacı ve ark.2002’de (91) Türkiye’de doğum sonu depresyon oranını %15, İnandı ve ark. 2005’te (92) yaptıkları araştırmalarında %30 olarak belirlenmiştir.Örnekleme kapsamına alınacak birey sayısının belirlenmesinde, depresyongörölme oranı %15 üzerinden hesaplanmıştır.Bu veriler doğrultusunda, örnekleme alınacak kişi sayısı, aşağıdaki formül kullanılarak belirlenmiştir.

$$n: N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (11196)

p: İncelenen olayın görölüş sıklığı (0,15)

q: İncelenen olayın görölmememe sıklığı (1-p = 0,85)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05).

$$n: 11196 X (1,96)^2 X 0,15 X 0,85 / (0,05)^2 X 11195 X 0,15 X 0,85= 203$$

Örnekleme kapsamına alınması gereken kadın sayısı, 203 olarak belirlenmiştir. Ancak araştırmanın değerlendirilmesinde kolaylık sağlaması açısından çalışmaya 270 kişiye ulaşılıncaya kadar devam edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 20 anne olmuştur.

3.5.1.Örneklem Seçim Kriterleri

Görüşme yapmayı ve veri toplama formundaki soruları anlamaya engelleyecek düzeyde zihinsel yetersizliği olmayan, ruhsal hastalık tanısı olmayan, 0-12 aylık sağlıklı bebeği olan anneler çalışmaya katılma konusunda bir ölçüt olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler annelerden mesai saatleri içinde toplanmıştır. Araştırma için gerekli verilerinin toplanması amacıyla 2 form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan annelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanan ‘anne tanıtım formu’, ikinci form ise doğum sonu depresyon riskini belirleyen ‘EPDS’ (EK-3) dir. Araştırmacılar tarafından örnekleme alınan annelerden yazılı olarak izinleri alınarak, aynı gün içinde anketler uygulanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla, birinci form doğum sonrası depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin oluşması ve ikinci form ise EPDS’dir. Önce anne tanıtıcı formu doğum sonu depresyon oluşumunu etkileyen faktörler ve risk faktörlerinin sorulduğu anne tanıtım formu doldurulmuştur. Anne tanıtım formu (yaş, eğitim, meslek, eş mesleği, eş eğitimi, sağlık güvencesi, doğum şekli, aile tipi vb.) 33 adet sorudan oluşmuştur. EPDS 1987’de Cox tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (86).

EPDS'nin Türkçe formunun adı 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)' dir (25). Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EPDS'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (86).

EPDS 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6.,7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir.Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (29, 30). Çalışmada EPDS puanı 12 alınmış ve 12 ve üzeri puan alan kadınlar doğum sonu depresyon açısından riskli kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan annelerden gerekli açıklama yapıldıktan sonra yazılı izin alınmıştır.

3.9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplamada sosyo-demografik özellikler soru formu işlerliğini anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Şevket Sümer Mahallesi'nde 15 anneye ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonuçları doğrultusunda gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada kullanılan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasına araştırmanın uygulanacağı kurumlardan kurum onayı alındıktan sonra başlanmıştır .Araştırma verileri annelerin tüm işlemleri bittikten sonra yazılı ve sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniğiyle uygun bir odada toplanmıştır.

3.11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 11.5 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Epidemiyolojik ölçüt olarak %95 güven aralığı (GA) içinde Odds Ratio (OR) ayrıca belirtildi.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çizelge 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Şubat- Mart 2011	Nisan- Mayıs 2011	Haziran - Temmuz 2011	Ağustos- Eylül 2011	Ekim- Aralık 2011	Ocak- Nisan 2012
Planlama, izinler						
Anket hazırlama						
Literatür taranması						

Verilerin toplanması						
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol						
İstatistiksel analiz						
Tez yazımı						

4. BULGULAR:

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler			Özellikler		
Yaş	Sayı	Yüzde	İlk evlenme yaşı	Sayı	Yüzde
19 yaş ve altı	21	8,4	18 yaş altı	110	44
20-30 yaş	161	64,4	19-30 yaş	137	54,8
31 yaş ve üzeri	68	27,2	31 yaş ve üzeri	3	1,2
Annenin gelir getiren bir işte çalışma durumu			Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Var	31	12,4	Var	229	91,6
Yok	219	87,6	Yok	21	8,4
Eğitim durumu			Eş eğitim durumu		
Okuryazar değil	38	15,2	Okuryazar değil	18	7,2
Okuryazar	22	8,8	Okuryazar	4	1,6
İlköğretim	121	48,4	İlköğretim	171	68,4
Lise ve üzeri	69	27,6	Lise ve üzeri	57	22,8
Mersin'de yaşadıkları süre			Doğum yeri Mersin		
5 yıldan az	4	1,6	Evet	141	56,4
5 yıl ve üzeri	246	98,4	Hayır	109	43,6
Şiddet durumu			Sağlık güvencesi		
Var	32	12,8	Var	241	96,4
Yok	218	87,2	Yok	9	3,6
Aile Tipi			Ailede yaşayan kişi sayısı		
Çekirdek aile	186	74,4	3	78	31,2
Geniş aile	64	26,6	4-7	119	47,6
			8 ve üzeri	53	21,2
Toplam	250	100	Toplam	250	100

Annelerin yaş ortalaması $26,70 \pm 5,93$ (median: 26, min: 17, max: 42), %94,8'i evli, %87,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %32'si ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin %91,6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, eğitim durumlarının %38,4'ü ilkokul, %41,2'si lise ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin evlenme yaş ortalamaları $20,19 \pm 4,059$ (median: 19, min: 14, max: 40), %70'i akraba evliliği yapmamış, %74,4'ü çekirdek aile tipine sahip ve ailede yaşayan kişi sayısı da ortalama $5,00 \pm 2,49$ (median: 5, min: 3, max: 15) belirlenmiştir. En uzun yaşadıkları yerleşim birimlerine göre %47,2'si ilçe merkezinde, %81,2'si 5 yıldan daha fazla, Mersin'de yaşadığı, %56,4'ünün doğum yeri Mersin olduğu belirlenmiştir. Şiddet görme durumları incelendiğinde %87,2'sinin eşlerinden şiddet görmedikleri belirlenmiştir. Sağlık güvencesi durumlarına bakıldığında %96,4'nün sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Tabloda gösterilmemekle birlikte kadınların %26,6'sında tanısı konulan sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Bu sağlık sorunlarından ilk üç tanesi; Anemi, hipertansiyon ve diyabettir.

4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri

Çizelge 4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri

Özellikler			Özellikler		
Son gebelikte sağlık sorunu	Sayı	Yüzde	Gebeliği isteme durumu	Sayı	Yüzde
Var	89	35,6	Evet	180	72
Yok	161	64,4	Hayır	70	28
Toplam	250	100	Toplam	250	100
Gebelik sayısı			Yaşayan çocuk sayısı		
1	102	40,8	1	110	44,0
2-3	112	44,8	2-3	109	43,6
4 ve üzeri	36	14,4	4 ve üzeri	31	12,4
Toplam	250	100	Toplam	250	100
Canlı doğum sayısı			İki gebelik arasındaki süre*		
1	110	44,0	2 yıl ve daha az	10	6,8
2-3	111	44,4	2 yıldan fazla	138	93,2
4 ve üzeri	29	11,6			
Toplam	250	100	Toplam	148	100
Düşük sayısı *			Ölü doğum*		
Var	33	22,2	Var	20	13,5
Yok	115	77,8	Yok	128	86,5
Toplam	148	100	Toplam	148	100

*Bu sorulara ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

Annelerin %74,4'ünde tanısı konulan herhangi bir sağlık sorunu yok, %44,8'nin gebelik sayısı 2-3, %44,4'ünün canlı doğum sayısı 2-3, %8'inin ölü doğumu var, %44'nün yaşayan çocuk sayısı 1%93,2'sinin iki gebelik arasındaki süre 2 yıldan fazla ve %13,2'sinin isteyerek düşüğü vardır. Doğumla sonuçlanan son gebeliğı (bu gebeliğı) isteyip istemediğıne bakıldığında %72'sinin bu gebeliğı istediğı belirlenmiştir. Gebeliğı istememe nedenleri çocuk sayısının yeterli olması, diğer çocuğun yaşının küçük olması, evliliğinin yeni olması, önceki doğumlarının ölü olması ve ekonomik sebeplerden bu gebeliğı istemediğı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Tabloda gösterilmemekle birlikte kadınların %98'i doğum öncesi bakım almıştır. Alınan bakım yeri incelendiğinde %66,5'u hastanede bakım almıştır. Bakım alma sayıları incelendiğinde ortalama $3,00 \pm 0,12$ (median:3, min: 2,00 max: 4,00) bulundu.

4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özellikleri

Çizelge 4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Doğum zamanı		
Miadında	214	85,6
Erken doğum	24	9,6
Geç doğum	12	4,8
Doğum şekli		
Normal doğum	157	62,8
Sezaryen	93	37,2
Bebek cinsiyeti		
Kız	110	44,0
Erkek	140	56,0
Bebekte problem		
Var	82	32,8
Yok	168	67,2
Doğum sonu süre		
1.ay	139	55,6
2-6 ay arası	62	24,8
7-12 ay arası	49	19,2
Toplam	250	100

Annelerin %85,6'sının doğumu miadında, %62'sinin hastanede normal doğum yaptığı, %56,0'nın erkek %44,0'nın kız bebeğe sahip olduğu, %32,8'nin bebeklerinde problem olduğu, %55,6'sının 0-1ay, %24,8'nin 2-6 ay, %19,2'sinin 7-12 ayda oldukları belirlenmiştir. Bebekteki problemler; emme problemi, sarılık, doğum travması, çok zayıf veya iri bebek ve diğer (pnömoni vb.) dir (Çizelge 4.3).

4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri

Çizelge 4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Ailede ruhsal hastalık		
Var	16	6,4
Yok	234	93,6
Toplam	250	100
Doğum öncesi ve doğum sonu dönemde ruhsal sorun*		
Var	35	23,6
Yok	113	76,4
Toplam	148	100
Psikolojik bir problemde destek alma durumu**	n (35)	
Psikolog -Psikiyatrist	6	17,1
Diğer (eş, anne, kardeş, komşu)	19	54,4
Yardım almadım	10	28,5
Toplam	35	100

* Bu soruya 148 anne cevap vermiştir.

** Bu soruya 35 anne cevap vermiştir.

Ailede ruhsal hastalık durumu incelendiğinde %93,6'sının ailesinde ruhsal hastalığın olmadığı, %76,4'ü önceki gebeliklerinde ya da doğumlarında herhangi bir ruhsal sorun yaşamadığı ve psikolojik bir problemde %54,2'si diğer (eş, anne, komşu, akraba) kişilerden, %28,5'si hiç yardım almadığı ve %17,1'i psikiyatrist ve psikologdan destek aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.4).

4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.5.Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski

Doğum sonu depresyon riski	Sayı	Yüzde
Yok	179	71,6
Var	71	28,4
Toplam	250	100

EPDS kesme puanı 12 ve üzeri alındığında, annelerin %71,6'sında doğum sonu depresyon riskinin olmadığı ve %28,4'ünde doğum sonu depresyon riskinin olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski (n =71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Anne yaşı					
19 yaş altı	3	14,3	18	85,7	0,057
20-30 yaş	42	26,1	119	73,9	
31 yaş üzeri	26	38,2	42	61,8	
Medeni durum					
Evli	71	30	166	70	0,020
Bekar	0	0	13	100	
Anne gelir getiren işte					
Çalışıyor	4	12,9	166	70	0,020
Çalışmıyor	67	30,6	13	100	
Anne eğitim durumu					
Okur-yazar değil	19	50	19	50	0,00
Okur-yazar	9	40,9	13	59,1	
İlköğretim	27	66,3	53	33,8	
Lise ve üzeri	16	14,5	94	85,5	
Eş eğitim durumu					
Okur- yazar değil	9	50	9	50	0,006
Okur- yazar	2	50	2	50	
İlköğretim	34	35,4	62	64,6	
Lise ve üzeri	26	19,7	106	80,3	
Eş gelir getiren işte					
Çalışıyor	65	91,5	164	91,6	0,985
Çalışmıyor	6	8,5	15	32,4	
Evlenme yaşı					
18 yaş ve altı	44	61,9	66	37	0,009
19-30 yaş	27	38,1	110	61,4	
31 yaş ve üzeri	0	0	3	1,6	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski belirlenen annelerin %26,1'i 20-30 yaş arasında, %38,2'sinin 31 yaş ve üzerinde olduğu ve %28,6'sının eşinin gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Ancak farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Evlilerin %30'nun, eğitim durumu ilköğretim olanların %66,3'nün, eşinin eğitim durumu okur-yazar olan ve olmayanların %50'sinin ve 18 yaş ve altında evlenen annelerin %40'nın depresyon riski olduğu belirlenmiştir ve farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (izelge 4.6).

4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Aile özelliklerine göre doğum sonu depresyon riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Akraba evliliği					p-value
Var	34	45,3	41	54,7	0,001
Yok	37	21,1	138	78,9	
Aile tipi					
Çekirdek aile	47	25,3	139	74,7	0.061
Geniş aile	24	37,5	40	62,5	
Ailede yaşayan kişi sayısı					
3	7	8,9	72	91,1	0,001
4-7	37	31,4	81	68,6	
8 ve üzeri	27	50,9	26	49,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski taşıyan annelerin %21,1'nin akraba evliliği yaptığı belirlendi ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin %37,5'nun geniş ailede yaşadığı belirlendi. Ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Annelerin %31,4'nün ailesinde yaşayan kişi sayısı 4-7 kişidir ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.7).

4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.8.Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
En uzun yaşadıkları yer					
İl merkezinde,	35	34,7	66	65,3	0,156
İlçe merkezinde	27	22,9	91	77,1	
Köy ve ya bucakta	9	29	22	71	
Mersin’de yaşadıkları süre					
5 yıldan az	4	100	0	0	0,001
5 yıl ve üzeri	67	27,2	179	72,8	
Doğum yeri Mersin					
Evet	34	24,1	107	75,9	0,087
Hayır	37	33,9	72	66,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %34,7’i en uzun süre yaşadıkları yerin il merkezi olduğu ve %33,9’nun doğum yerinin Mersin olmadığı belirlenmiştir. Ancak farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kaç yıldır Mersin’de yaşadıkları incelendiğinde%100’ünün 5 yıldan daha az süredir Mersin’de yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.8).

4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n =71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Var	19	59,4	13	40,6	0,001
Yok	52	23,9	166	76,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %59,4'ünün eşlerinden şiddet gördükleri ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.9).

4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n =179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Gebelik sayısı					
1	10	9,8	92	90,2	0,000
2-3	36	32,1	76	67,9	
4 ve üzeri	25	69,4	11	30,6	
Canlı doğum sayısı					
1	12	10,9	98	89,1	0,000
2-3	40	36	71	64	
4 ve üzeri	19	66,5	10	34,5	
Ölü doğum sayısı**					
Var	10	50	10	50	0,391
Yok	51	39,8	77	60,2	
Düşük sayısı**					
Var	20	60,6	13	39,4	0,010
Yok	41	35,7	74	64,3	
Yaşayan çocuk					
1	12	10,9	98	89,1	0,000
2-3	38	34,9	71	65,1	
4 ve üzeri	21	67,7	10	32,3	
Gebelik süresi**					
2 yıl ve daha az	6	60	4	40	0,211
2 yıldan fazla	55	39,9	83	60,1	
Gebeliği isteme					
Evet	32	17,8	148	82,2	0,000
Hayır	39	55,7	31	44,3	
Gebelikte sağlık sorunu					
Var	37	41,6	52	58,4	0,001
Yok	34	21,1	126	78,9	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

**Bu sorulara ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

Depresyon riski saptanan annelerin doğurganlık özellikleri incelendiğinde %50,7'sinin gebelik sayısı 2-3 olduğu, %66,5'unun 4 ve üzeri canlı doğumu ve %67,7'sinin 4 ve üzeri yaşayan çocuğunun olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölü doğum varlığına bakıldığında %50'sinin ölü doğumunun olduğu belirlenmesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p>0,05$). İsteyerek düşük varlığına bakıldığında %60,6'sının düşüğünün olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gebelik sürelerine bakıldığında %60'nın gebelik süresinin 2 yıl ve daha az olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gebelikte sağlık sorunları incelendiğinde %41,6'sının gebeliğinde sağlık sorunun olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.10).

Tabloda gösterilmemekle birlikte depresyon riski saptanan annelerin %28,6'sı doğum öncesi bakım almış olup fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). %30,1'i hastanede ve %28,2'si 5 ve üzeri doğum öncesi bakım aldığı bulunmuştur. Ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğum zamanı					p-value
Miadında	63	29,4	151	70,6	0,390
Erken doğum	4	16,7	20	83,3	
Geç doğum	4	33,3	8	66,7	
Doğum şekli					
Normal doğum	44	28	113	72	0,865
Sezaryen	27	29	66	71	
Bebeginin cinsiyeti					
Kız	32	29,1	78	70,9	0,830
Erkek	39	27,9	101	72,1	
Bebekte sağlık sorunu					
Var	24	33,8	58	66,2	0,436
Yok	47	28	121	72	
Doğum sonu süre					
Doğum sonu 0-1 ay	29	20,9	110	79,1	0,004
Doğum sonu 2-6 ay	20	32,3	42	67,7	
Doğum sonu 7-12 ay	22	44,9	27	55,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 : Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %88,7'sinin doğumunun miadında, %29'unun sezaryen ile doğum yaptığı, %54,9'u erkek, %45,1'i kız bebeğe sahip olduğu, %66,2'sinin bebeğinde sağlık sorununun (emme problemi, sarılık, doğum travması vb.) olmadığı belirlenmiştir. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Doğum sonu sürelerine bakıldığında %44,9'u doğum sonu 7-12 ay arasında ve fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.11).

4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n =71)		Depresyon riski yok (n =179)		p-value
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value*
Ailede ruhsal hastalık					
Var	7	43,8	9	56,2	0,163
Yok	64	27,4	170	72,6	
Doğum öncesi ve doğum sonu dönem ruhsal sorun**					
Var	22	62,9	13	37,1	0,007
Yok	39	34,5	74	65,5	
Psikolojik sorunla baş etme durumları***					
Psikiyatri-psikolog	3	75	1	25	0,414
Diğer (eş, anne, akraba)	12	54,5	10	45,5	
Yardım alamadım	7	77,8	2	22,2	

* χ^2 : Ki kare test ile bulunan p değeridir.

**Bu soruya ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

***Bu soruya önceki gebeliklerinde ya da önceki doğumlarda ruhsal sorun yaşayan 35 kişi cevap vermiştir.

Depresyon riski saptanan annelerin %43,8'nin ailesinde ruhsal hastalığın olduğu, psikolojik sorunla baş etme durumları incelendiğinde %54,5'nun diğer kişilerden (eş, anne, akraba) destek aldıkları ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$). Doğum öncesi ve doğum sonu ruhsal sorun yaşama durumları incelendiğinde %62,9'nun ruhsal sorun yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$) (Çizelge 4.12).

4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi

Çizelge 4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi

Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi	Depresyon var (n=71)	%	Depresyon yok (n =179)	%	OR	%95 Güven aralığı (GA)
Akraba evliliği						
Var	34	45,3	41	54,7	2,144	(1,468-3,132)
Yok	37	21,1	138	78,9		
Şiddet durumu						
Var	19	59,4	13	40,6	2,489	(1,716-3,611)
Yok	52	23,9	166	76,1		
Bebek cinsiyeti						
Kız	32	29,1	78	70,9	1,044	(0,703-1,550)
Erkek	39	27,9	101	72,1		
Ailede ruhsal sorun						
Var	7	43,8	9	56,2	1,600	(0,884-2,896)
Yok	64	27,4	170	72,6		
Annede ruhsal sorun						
Var	22	62,9	13	37,1	1,821	(1,271-2,610)
Yok	39	34,5	74	65,5		

Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 (%95 GA (1,468-3,132) kez daha fazla idi. Şiddet görenlerde depresyon riski şiddet görmeyenlere göre 2,489 (%95 GA (1,716-3,611) kez daha fazla idi. Bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 (%95 GA (0,703-1,550) kez daha fazla idi. Ailede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,600 (%95 GA (0,884-2,896) kez daha fazla idi. Annede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,821 (%95 GA (1,271-2,610) kez daha fazla idi (Çizelge 4.13).

5. TARTIŞMA

Gebelik, doğum ve özellikle de doğum sonu dönem kadınlar için fizyolojik, ruhsal ve sosyal sorunların yaşandığı bir kriz dönemi olmaktadır (53). Doğum sonu dönemde anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla doğum sonu dönem kadın için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, bu rollere alışılmayan, zorlukları ve güçlükleri beraberinde getiren ruhsal sıkıntıların yaşanabileceği bir dönem de olabilmektedir (6,9). Bu nedenle kadınlar, doğum sonrası ilk bir yıl içinde psikiyatrik hastalıklar özellikle anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren de psikoz açısından risk altındadırlar. Literatürde, bu hastalıklar içerisinde yer alan doğum sonu depresyonun en fazla görülen sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir (15).

Araştırma kapsamına alınan Mersin ili Akdeniz ve Toroslar İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 1 yaşından küçük bebeği olan 250 kadında EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon riski %28,4 olarak saptandı. EPDS kesme puanı 12 ve üstü alındı.

EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon riski ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, Nepal'da %4,9, Avustralya'da %8, Endonezya'da %8,4, Meksika'da %15,4, Çin'de %15,6, İran'da %22, Hindistan'da %23, Pakistan'da %56, Guyana'da %57' tür (76-84).

Türkiye'de DSD sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bazı çalışmalarda, DSD sıklığı %14-40,4 gibi geniş bir aralıkta belirlenmiştir(12). Manisa'da, %36,9, İzmir' de %29 Samsun'da %23,1 olarak belirlenmiştir (30). Mersin'de Buğdaycı ve ark. (24) çalışmasında doğum sonu depresyon riski yaklaşık %33 bulunmuştur.

Anne yaşı DSD görülme durumunu etkileyebilen önemli risk faktörlerindedir. Çalışmamızda anne yaşı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki rastlanmamıştır. ($p>0,05$).

Aydemir'in (29), Aktaş'ın (30), Serhan'ın (31), Durukan'ın (94), Efe ve ark.ve Özdemir'in (95) çalışmalarında da anne yaşının doğum sonu depresyon sıklığını

etkilemediği saptanmıştır. Verkerk ve ark. (96) Hollanda'da yaptıkları çalışmada yaş ile EPDS skorları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuşlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

İnandı ve ark. (108) çalışmasında da küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bulgulardaki farklılığın çalışmamızdaki annelerin ağırlıklı olarak adölesanları kapsamadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumu DSD görülme olasılığını artırabilen diğer bir risk faktörüdür. Çalışan kadınların, temel gereksinimlerini karşılama, yaşamsal güçlüklerle baş edebilme, sosyo-ekonomik sorunları daha azyaşama ve ev ortamı dışında kendi iş çevresi ile iletişim halinde olmaları nedeniyle DSD görülme riski çalışmayan kadınlardan daha az olabilmektedir(110). Çalışmamızda kadınların çalışma durumu ile depresyon riski arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p<0,05$). Ancak konu ile literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Özdemir'in (95) ve Serhan'ın (31) Konya ilindeki çalışmalarında, Aktaş'ın (30) ve Durukan'ın (94) Ankara'daki çalışmalarında da annenin mesleği ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, Nur ve ark. (71) Sivas'ta, İnandı ve ark. (92) Türkiye'nin orta ve doğusunda yaptıkları çalışmalarda doğum sonu depresyon riski ile annenin çalışmaması arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Atasoy ve ark. ise çalışan annelerde doğum sonu depresyon riski çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (30).

Bizim çalışmamızda annelerin çoğunluğu ev hanımı olduğundan doğum sonu depresyon ile ilişki kurulamamıştır. Ayrıca çalışan kadınların doğum sonu erken dönemde çalışma yaşamına yenidenbaşlamaları, bebeğin bakım sorumlulukları nedeniyle sık sık iş yerinden izinalmak zorunda kalmaları ve bunun sonucunda işveren ve iş arkadaşlarınınolumsuz tutumlarıyla karşılaşabilme olasılıklarının artması, çalışmayan annelerin de ekonomik zorluklar nedeniyle depresyon görülme olasılığının artması ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların öğrenim düzeyi, DSD görülme durumunu etkileyebilen risk faktörleri arasındadır (8). Literatürde, kadınların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, sosyo-kültürel ve ekonomik statülerinin artmasına, problem çözmebecerisinin güçlenmesine, gelecek kaygısını daha az yaşamalarına ve kendilerine güvenlerinin artmasına neden olacağı bildirilmektedir (98). Çalışmamızda anne eğitim durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Durukan'ın (94) İstanbul'daki, Sünter'in (98) Samsun'daki çalışmalarında annenin eğitim düzeyi ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Dünder (85) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi ile DSD puanları arasında bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça doğum sonu depresyon puanının azaldığını saptamıştır. İnandı ve ark. (92) çalışmalarında da eğitim düzeyi azaldıkça DSD oranının arttığı bildirilmiştir. Aktaş'ın (30) Ankara'daki çalışmasında annenin eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Okuryazar olmayan kadınların doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS' den aldıkları puan ortalamaları, ilköğretim ve lise ve üzeri öğrenim düzeylerine sahip olan kadınlara göre yüksektir. Campbell ve ark. (97) 1033 kadında yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aderibigbe ve ark.(107) Nijeryalı 53 kadınla yaptıkları çalışmada eğitim süresi 6 yıl ve daha altında olan annelerin DSD puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir

Ekuklu ve ark. (25) Edirne'de yaptıkları çalışmada, Serhan'ın (31) ve Özdemir'in (95) Konya ilindeki, Nur ve ark. (71)Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında, Verkerk ve ark. (96) Hollanda da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Öğrenim düzeyi arttıkça kadınların doğum sonu dönemde yaşabilecekleri sorunları ifade edebilme, depresyonu algılama ve anlamlandırmada daha etkin olabileceklerini düşündürmektedir.

Eşin çalışma durumu doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda eşin çalışma durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir'in (95) Konya'daki, Dünder'ın (85) Manisa'daki çalışmaları eşlerin çalışma durumu ile DSD riski arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur.Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ekuklu ve ark. (25) Edirne'deki çalışmalarında, eşleri çalışmayan annelerde DSD riskinin arttığını saptamışlardır. Nur ve ark. (71) Sivas'taki, Serhan'ın (31) Konya'daki, Durukan'ın (94) ve Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında DSD riski ile eşlerin çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınlarda DSD daha çok görülmüştür.Aydın ve Tokuç da yaptıkları çalışmalarda eş işsizliğini DSD için risk faktörü olarak saptamışlardır. Düşük ekonomik statüdeki

kadınlarda kötü yaşam koşullarının depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Fakirlik depresyon için kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir (30).

Ekonomik gelirleri eş çalışmamasına bağlı olan kadınlardaki düşük gelir düzeyinin neden olduğu kötü yaşam koşullarının depresyon için risk faktörü olduğunu ve bu kadınların ayrıntılı değerlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Eşin eğitim durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Eşin eğitim durumu ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Özdemir'in (95) ve Serhan'ın (31) Konya'daki, Dündar'ın (85) Manisa'daki, Durukan (94) ve Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile DSD riski arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ekuklu ve ark. (25) çalışmalarında, kadınların eşlerinin eğitim düzeyi düştükçe DSD riskinin arttığını saptamışlardır. Sünter ve ark. (98) çalışmalarında eşlerin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olma durumunda DSD riski 2 kat daha fazla bulunmuşlardır. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Eğitim düzeyi yüksek eşlerin bebek bakımı konusunda eşlerine daha çok destek olduklarını göstermiştir.

İlk evlenme yaşı doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda evlenme yaşı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Adölesan annelerde doğum sonrası depresyon riski yüksek olarak saptanmıştır. Anne yaşının küçük olması DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Erken yaşta, 18 yaşından önce, evlilik yapan ve premenstrual semptomları olan kadınlarda depresyon oranı fazla bulunmuştur (27, 92). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Atasoy ve Dündar'ın (85) yaptıkları çalışmalarda annelerin evlenme yaşı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ülkemiz genelinde yapılan her dört evlilikten biri çok küçük yaşlarda yapılabilmektedir. Ataerkil ve geleneksel toplum yapısı, erken yaşta evlilikleri normalleştirmiş ve meşrulaştırmıştır. Oysa erken yaşta yapılan evlilikler kız çocuklarının toplumdaki eşitsiz konumunu pekiştirmekte ve hayat tercihlerini azaltmaktadır. Bu sonuç

henüz gelişimini tamamlamamış gençlerin evliliğin getirdiği ağır sorumlulukları yüklenmesinin psikolojik travmaların ortaya çıkmasına neden olabileceğini göstermektedir.

Akraba evliliği doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda akraba evliliği ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Kuzey Afrika, Ortadoğu ve merkezi Asya boyunca Hindistan'da Müslüman nüfusun yoğun olduğu bölgelerde evliliklerin büyük bir oranının yakın biyolojik bağı olan akrabalar arasında yapıldığı belirlenmiştir. Güney Asya ülkeleri akraba evliliğin en yüksek olduğu ülkelerdir. Bu ülkelerde akraba evliliği yapan kadınların sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden geldikleri, eğitim seviyelerinin de düşük olduğu, çok erken yaşta çocuk doğurmaya başladıkları saptanmıştır (99). Aileleri tarafından akrabaları ile zorunlu olarak evlendirilen bu kadınlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk, benlik saygısında düşme ve intihara eğilim gözlenmiştir.

Türkiye'de de halen akraba evliliklerinin oldukça yaygın olduğu, bu ailelerde kadının tek rolünün annelik olduğu ve annenin başka bir konuda söz sahibi olmadığı söylenebilir. Bunun kadınlarda daha çok stres yarattığı ve doğum sonu depresyona yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir.

Aile tipi doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda aile tipi ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Ekuklu ve ark. (25), Danacı ve ark. (91), Serhan'ın (31) çalışmalarında, aile tipi ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Yaşamın şehir merkezine kayması ile geçmiş yıllara göre ailelerin geniş aile tipinden çok çekirdek aile tipine sahip olduğu ile ilişkilendirilmiştir.

Ailede yaşayan kişi sayısı doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Ailede yaşayan kişi sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Öte yandan literatürlerde de; zayıf aile ilişkileri olan özellikle eş ailesi ile çatışmaları olan, ekonomik zorunluluklardan dolayı eş ailesi ile beraber yaşayan, kötü kayınvalide ilişkileri olan, aileden bebek bakımı konusunda yeterli desteği alamadığını düşünen kadınlarda doğum sonu depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (26,100).

Ailede yaşayan kişi sayısının artmasının kadınlar için daha fazla zorluk ve yük getirdiğini ve doğum sonu depresyona yatkınlığın attırması ile ilişkilendirilebilir.

En uzun süre yaşanan yer doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. En uzun yaşanan yerleşim birimi ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Hocaoğlu ve ark. (100) Özdemir'in (95) çalışmalarında yerleşim yeri ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Danacı ve ark.(91) Manisa il merkezindeki çalışmalarında, DSD sıklığının gecekonduda yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre 2.77 kat daha sık görüldüğünü saptamışlardır. İnandı ve ark. (92) çalışmasında ise, köyde veya kırsal alanda yaşayan annelerde DSD sıklığı şehirde yaşayanlara göre 1.02 kez daha çok görülmüştür.

Kırsal ve köyde yaşayanların sağlık bakımı almalarının daha zor olduğundan doğum sonu depresyona yatkınlıklarının artacağı düşünülmektedir.

Göç etme doğum sonrası depresyon için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %43,6'sı göç ettiklerini, %64,2'si doğu bölgesi (Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu), %20,2'si güney (Akdeniz), %11,1'i batı (Marmara ve Ege), %4,6'sı kuzey (Orta Anadolu ve Karadeniz) bölgesinden geldiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda göç etme ile doğum sonu depresyon riski arasında anlamlı ilişki yoktur($p>0,05$).

Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmasında DSD sıklığı ile göç etme durumu arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Şehirlerdeki hızlı değişim ve kompleks sosyal oluşum kültürel ayrılıklar oluşturmuştur. Kadınlar için ek risk faktörleri olan cinsiyet ayrımı, sosyal statü, sınırlı eğitim fırsatları, sosyal hizmet yokluğu kadın sağlığı açısından fazladan yük getirmektedir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan büyük şehirlere göç eden kadınlarda zor yaşam koşulları, düşük gelir seviyesi, yüksek doğurganlık, düşük eğitim seviyesi depresyonda kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir (94). Ancak bu çalışmada göç doğum sonrası depresif semptomatolojide bir risk faktörü olarak saptanmamıştır. Bu sonuç çalışmaya katılan annelerin sağlık hizmetlerine ulaşabilen bir alt grubu temsil ettiği de göz önüne alınarak yorumlanmalıdır.

Şiddet görme durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda şiddet görmekle doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Danacı ve ark. (91) tarafından eş ve eşin ailesi ile kötü ilişkileri olan kadınlarda doğum sonrası depresyon oranları yüksek oranda tespit edilmiştir. Zayıf evlilik ilişkisi ve aile içi şiddet ve etnik faktörler DSD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir (101). Aydemir'in (29) yapmış olduğu çalışmada aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Şiddete maruz kalmanın birden çok psikolojik bozukluğa yol açtığını ve ayrıca çalışmalarda kadınların şiddeti algılama düzeylerinin de ayrıca sorgulanması bu konuda yardımcı olacaktır.

Sağlık güvencesinin varlığı doğum sonu depresyon açısından bir risk faktörüdür. Sağlık güvencesi ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Dündar (85), Aydemir ve Özdemir'in (95) çalışmalarında annelerin sağlık güvencesi ile DSD sıklığı arasında bir ilişki olmadığı saptanmışken, Sünter ve ark. (98) çalışmalarında sağlık güvencesi olmayanlarda DSD'nun 2,1 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Aktaş'ın (30) çalışmasında sağlık güvencesi ile DSD sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İnandı ve ark. (92)'nin yaptığı bir çalışmada düşük ekonomik statüdeki özellikle eşleri işsiz ve herhangi bir sosyal sağlık güvencesine sahip olmayan ev kadınlarında DSD riski yüksek olarak bulunmuştur. Danacı ve ark (91) yaptığı bir çalışmada yaşayan çocuk sayısı fazla olan, gecekonduda yaşayan, sosyal güvencesi olmayan düşükeekonomik statüdeki kadınlarda depresyon riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Mancini ve ark. (102) yaptığı bir çalışmada fakirlik ve buna bağlı sosyal sağlık güvencesi olmama orta sınıf beyaz kadınlarda DSD için risk faktörleri arasında belirtilmiştir.

Sağlık güvencesi olmayan kadınların, gelir durumlarının genellikle düşük olduğu, yaşamlarında sağlıkla ilgili konulara beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerden sonra ikinci planda yer verdikleri ya da sağlık açısından olumsuz giden durumların farkına varamamaları ile ilişkilendirilir. Çalışmamızdaki örneklem grubunun ağırlıklı olarak sağlık güvencesi olan kişilerden oluşması böyle bir ilişkinin belirlenmesini kısıtlayan bir faktör olarak düşünülmektedir.

Gebelik sayısı DSD görülme durumunu etkileyen risk faktörleri arasındadır. Gebelik sayısı ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Aktaş'ın (30) çalışmasında gebelik sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebelik sayılarına göre EPDS puan ortalamalarının doğum sonu 1.gün ve 2. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Türkistanlı ve ark.(10) İzmir'de, Özdemir'in (95) Konya'da Sünter ve ark. (98) Samsun'da, Hocaoglu ve ark. (100) Trabzon'da yaptıkları çalışmalarda gebelik sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların gebelik sayısının artması nedeniyle annelerin kendilerine daha az zaman ayırmaları, uykusuz kalmaları, yeterince dinlenememeleri, eşleri ile daha önceki dönemlere göre daha az vakit geçirmeleri gibi nedenlere bağlı olarak doğum sonu dönemde kolaylıkla duygu durum bozukluklarının gelişebileceğini düşündürmektedir.

Canlı doğum sayısı doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda canlı doğum sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Literatürde, ilk doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (103). Aydemir'in (29) çalışmasında doğum sayısı ile depresyon arasında ilişki saptanamamıştır..

Annelerin doğum sayısı arttıkça, yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun DSD riskinin artmasında önemli bir neden olduğunu gösterebilir.

Annenin daha önce ölü doğum yapmış olması doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Ölü doğum gibi ümit kırıcı bir tablo ile sonuçlanmış gebeliklerin kadın için şüphesiz ki moral çöküntüsü olduğundan DSD gelişmesine neden olabilmektedir. Çalışmamızda ölü doğum varlığı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$). Atasoy ve ark.(103) Özdemir'in (95) yapmış olduğu çalışmalarda da ölü doğum öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ölü doğum öyküsü olan kadınların geleceğe ait gebelik ve doğumlarının etkilenmeyeceğine dair gerekli teminatlar verilerek ve ruhsal destek sağlanarak doğum sonu depresyon riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Çocuk sayısının fazla olması doğum sonu depresyon riski için önemli bir faktör olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Danacı ve ark. (91) yaptıkları çalışmada ise yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesine neden olan önemli bir etmen olarak belirlenmiştir. Portekiz’de bir kent merkezinde 352 anneden oluşan örnekleme yapılan çalışmada da çocuk sayısının fazla olması yüksek depresyon puanlarına yol açan bir etmen olarak gösterilmiştir. Pakistan’da yapılan bir çalışmada; 5 ve üzerinde çocuksahibi olma DSD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. (104). Pakistan’da gebeliklerinin son trimesterinde deprese olarak tespit edilen anneler doğum sonu ilk 1 yıla kadar takip edilmişler ve süregelen depresyonla yoksulluk, 5 ve üzerinde çocuk sahibi olma, ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ülkemizde Özdemir (95), Türkistanlı (10), Ekuklu (25), Aydemir (29), ve Dündar’ın (85) yaptıkları çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşayan çocuk sayısının fazla olması ile annelerin kendilerine daha az vakit ayırmalarına, bebek bakımı konusunda sorun yaşamlarına ve anne bebek iletişiminin bozulması sonucunda DSD riskinin artması ile ilişkilendirilir.

İsteyerek düşük doğum sonu depresyon gelişimi açısından diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda isteyerek düşük yapma ile doğum sonu depresyon gelişme riski bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). İnandı ve ark. (92) yaptıkları bir çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı, düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2,4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Atasoy (103), Özdemir (95), Serhan (31) ve Sünter’in (98) yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde düşük öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kitamura ve arkadaşlarının Japonya’da, Eberhard-Gran ve arkadaşlarının Norveç’te yaptıkları çalışmalarda da düşük öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (105).

İsteyerek düşük öyküsü kadınlarda travma etkisi yaratacağından doğum sonu depresyona yatkınlığı artırmaktadır. Çalışmamızda isteyerek düşük oranı az olduğundan bu konuda ilişki kurulamamıştır.

Literatürde planlanmamış gebelik ve obstetrik faktörlerin erken DSD gelişmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Gebeliğin istenmediği durumlarda kadınlarda doğum sonudönemde bebeğine karşı ilgi duymama hatta nefret etme gibi zıt duygular yaşanabildiği belirtilmektedir (30). Yapılan çalışmalarda, gebeliğin istenmemesinin, doğum sonu dönem de annelik rol ve sorumluluklarına uyumu zorlaştırdığı, buna bağlı olarak kadının fiziksel ve ruhsal sorunlarını çözümlenmekte daha fazla güçlükler yaşamasına neden olduğubildirilmektedir (95). Çalışmamızda gebeliğin istenme durumu ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik olan annelerde DSD sıklığı %63,6 iken, istenen gebelik olan kadınlarda DSD riski %32,8 olarak saptanmıştır. İstenmeyen gebelik DSD riskini neredeyse iki kat artırmaktadır. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada ise gebeliğin istenme durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İstemeden gebe kalan kadınlarda DSD 1.56 kez daha çok görülmüştür. Aydemir'in (29) çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirmiştir. Aktaş'ın çalışmasında da istemeyerek gebe kalan kadınların doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, isteyerek gebe kalan kadınlara göre yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (31). Lane'nin İrlanda'da yaptığı çalışmada da istenmeyen gebelik yaşayan annelerde DSD riskinin arttığı saptanmıştır (30). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Sünter (98), Serhan (31), Özdemir (95) ve Hocaoglu' nun (100) yaptıkları çalışmalarda DSD sıklığı ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Bloch ve ark. (106) İsrail'de yaptıkları çalışmada da gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi ile doğum sonu depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

İstenmeyen gebeliklerin psikolojik hatta ekonomik ek yükümlülükler getireceğini, yaşam tarzında değişikliklere neden olabileceğini ve yeni bir gebeliğin annelerde ek bir stresör faktör olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde gebelikte sağlık problemi, evde doğum, ölü doğum hikâyesi, bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca annelerin bebeklerine yeterli ölçüde olanak sunamadıkları inancının depresyon riskini fazlalaştırdığı bulunmuştur. Gebelikte yaşanan sorunların erken dönemde saptanıp uygun müdahalelerde bulunulması anne ve bebeğin sağlığını korumak ve geliştirmek açısından önemlidir. Çünkü gebelik döneminde yaşanan her sorun, doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığını etkilemektedir

(9,10). Çalışmamızda gebelikte tıbbi sorun yaşanması ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde DSD sıklığı %24,6 iken, sorun yaşamayanlarda ise %13,4 idi. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada da gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde DSD 1.67 kez daha fazla görülmüştür. Josefsson ve ark. (61) yaptıkları bir çalışmada gebeliğe bağlı aşırı bulantı ve preterm eylemin DSD için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ekuklu (25) ve Sünter'in (98) yaptıkları çalışmada ise gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan anneler ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aktaş'ın çalışmasında da gebelikte aşırı bulantı-kusmasını olan kadınların, doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, gebelikte aşırı bulantı-kusma sorunu olmayan kadınlar ile birbirine yakın ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (30). Aydemir'in (30) çalışmasında gebelikte sağlık sorunu yaşanması ile DSD sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bulgulardaki farklılığın nedeni çalışmalarda örneklem grubundaki kadınların gebelikleri süresince tıbbi sorun yaşama oranlarının azlığı ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların gebelik süresince yaşadıkları sorunların, doğum sonu dönemde depresyonun belirleyicisi olabileceğini bu nedenle de sağlık personelinin gebelikte yaşanan sorunların belirtileri konusunda daha dikkatli ve derinlemesine izlem yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Doğum öncesi bakım alma durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum öncesi bakım ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebeliği süresince hiç doğum öncesi bakım almayan annelerde DSD sıklığı %60,0 iken, doğum öncesi bakım alanlarda %18,6 olup, doğum öncesi bakım almayanlarda doğum öncesi bakım alanlara göre DSD 6.580 kez fazla bulunmuştur. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada, doğum öncesi bakım almayan annelerde DSD sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bakım almayan annelerde DSD 1.74 kez daha çok görülmüştür. Bulgulardaki farklılığın çalışmalarda doğum öncesi bakım alma oranının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada, annelerin % 95,0'ı gebelikler süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almışlar ve Aydemir'in (30) de çalışmasında annelerin %84,2'si gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup DSD sıklığı ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Annelerin doktor takipleri sırasında fiziksel ve psikolojik yakınmalarını birebir hekime ve diğer sağlık çalışanlarına aktarması, sağlık problemlerinin daha erken aşamada teşhis edilerek tedavi edilmesine olanak sunar. Sağlık çalışanlarının yakın, destekleyici ve bilgilendirici tutumları, annelerin sosyal ve psikolojik uyumlarında iyileşme sağlayabilir. Ayrıca annenin annelik rolüne adaptasyonunu kolaylaştırır, ek olarak yeni doğan bakımı, sosyal yardım, pratik bilgiler ve eş desteğinin artırılması yönünde olumlu sonuçları vardır.

Doğum öncesi bakım sayısı doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum öncesi bakım sayısı ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebeliği süresince herhangi bir sağlık kuruluşundaki toplam doğum öncesi bakım sayısı ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada, annelerin %95'i gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup doğum öncesi bakım sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Josefsson ve ark. (61) yaptıkları çalışmada ise gebelik süresince doğum öncesi bakım sayısının çok sayıda olması, DSD için kuvvetli bir risk faktörü olarak saptanmıştır.

Doğum sonu geçen süre doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda annelerde doğumdan sonra geçen süre ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Doğum sonu son aylarda depresyon sıklığı ilk aylara göre anlamlı derecede fazladır.

Danacı ve ark. (91), yaptıkları çalışmada doğumdan sonra geçen süre ile DSD puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Doğum sonu süre arttıkça annelerin depresyon puanları ve risk altında olanların oranları artmaktaydı. Özdemir'in (95) çalışmasında doğumdan sonra geçen süre ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak çalışmaya katılan annelerde 4. aydan itibaren özellikle de 5. ayda 2. ve 3. aya göre DSD görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Doğum sonu 2. ve 3. aylarda DSD sıklığı %16,8 iken, 4. 5. ve 6. aylarda DSD sıklığı %23,7 bulunmuştur. İzmir ili Bornova ilçesine bağlı 9 sağlık ocağında doğum sonu 6-8 haftada olan 100 kadın üzerinde

EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada DSD sıklığı %29 olarak belirlenmiştir (10). Samsun il merkezinde doğum sonu 8. haftasında olan 380 kadın üzerinde EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada da, DSD sıklığı %23,1 olarak belirlenmiştir (98). Bu çalışmalarda çıkan sonuçlar bizim sonuçlarımıza yakın sonuçlardır.

Doğumla birlikte dünyaya sadece yeni bir bebek değil, aynı zamanda yeni bir kadın da gelir. Özellikle doğum sonu ilk aylarda annelerin yanında kendilerine destek olan bir yakınları olduğundan destek olan kişiler daha sonraki dönemlerde uzaklaştıkça ve bebeğiyle tek başına kaldığında annelerin depresyona yatkınlıkların arttığı düşünülmektedir.

Bebek cinsiyeti doğum sonu depresyon için risk faktörüdür. Çalışmamızda bebeğin cinsiyeti ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Ancak bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 (%95 GA (0,703-1,550) kez daha fazla idi.

Hocaoğlu ve ark (100) da yaptıkları çalışmada doğacak bebeğin cinsiyeti ile DSD sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Aydemir'in (29) ve Serhan'ın (31) çalışmalarında bebeğin cinsiyet tercihi durumuna göre EPDS puanlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir. Aktaş'ın çalışmasında kız bebek sahibi olan kadınların, doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, erkek bebek sahibi olan kadınlara göre yüksek ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (30). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

İnandı (92) kız çocuğu sayısı ile DSD arasında anlamlı ilişki bulmuştur; 3 ve üzerinde kız çocuğu olan kadınlarda depresyon riski 2 kat fazla olarak tespit edilmiştir. Dindar'ın (107) yaptığı çalışmada da kız bebek doğurma risk faktörü olarak belirlenmiştir. Batıda yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki olduğu görülmüştür (30). Patel'in yaptığı çalışmada, yeni doğum yapmış kadınlarda, bebeğin cinsiyetinin kız olması ile cinsiyetten memnun olmamanın, önceki çocuklardan birinin kız olmasının, DSD riskini 3 kat arttığı belirlenmiştir (31). Bizim çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun ilk gebelikleri olduğundan bebeğin cinsiyeti için bir tercihte bulunmamışlardır. Bebek cinsiyetinin farklı sonuçlanmasının eşler için bir sıkıntı yaratıp

yaratmadığı sorgulanmamıştır. Bastırılmış toplumsal örf ve adetlerin bu konuya etkisinin daha ayrıntılı araştırılmasının gerekliliği düşünülmektedir.

Literatürde, bebekte sağlık sorunu, huzursuz bebek DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bebekte sağlık problemi ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. ($p>0,05$).

İki çalışmada doğum sonu depresyon için risk faktörleri olarak; multiparite, annenin bebekten sağlık problemi nedeniyle ayrılması, doğum sonrası tıbbi komplikasyonlar, bebeğin bakım problemleri olarak bildirilmiştir (30). İnandı (92) Danacı ve Kuşçu'nun (91) çalışmalarında bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Aydemir'in (29) çalışmasında da bebekte gelişen sağlık problemlerinin annelerdeki depresyon semptomları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürlerde; Düşük doğum ağırlıklı bebek, doğum sonrası depresyon için önemli risk faktörü olarak belirtilmiştir (30). Çocuğun bakımıyla ilgili sorunların varlığı doğum sonrası depresyon için önemli bir risk etmeni olarak tespit edilmiştir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada; emzirmeme, ilk çocuğa sahip olma, vücut imajını beğenmeme veya fazla kilo alma, kötü kayıvalide ilişkisi, geç evlilik doğum sonrası depresyonda riskli faktörler olarak saptanmıştır. İki meta analizde doğum öncesi depresyon, özgüven eksikliği, çocuk bakım stresi, doğum öncesi anksiyete, yaşam stresleri, sosyal destek olmayışı DSD için risk olarak saptanmıştır (29).

Doğum şekli doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum şekli ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Özdemir (95), Ekuklu (25), Aydemir (29), Dönmez (28) ve Atasoy'un (103) yaptıkları çalışmalarda doğum şekli ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Türkistanlı ve ark. (10) yaptıkları çalışmada doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Normal doğum yapan annelerde DSD daha çok görülmüştür. Normal doğum yapanlarda DSD sıklığı %36,7 iken, sezeryan ile doğum yapanlarda depresyon sıklığı % 17,5 idi. Sünter ve ark. (98) yaptığı çalışmalarda normal doğum risk faktörü olarak tespit edilmiştir. O'Hara'nın çalışmasında acil C/S ile doğumu DSD için risk faktörü olarak belirtmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Toplam 100 (50

normal doğum, 50 sezaryen ile doğum yapmış) kadına doğum sonu 6-8.haftada ve 12-14. haftada 2 kez EPDS ölçeği kullanılarak doğum sonrası depresyon taraması yapılmış ve %22 kadında doğum sonu 6-8. haftada, %18 kadında doğum sonu 12-14 haftada depresyon tespit edilmiştir. %10 normal doğum yapan kadınlarda, %18 sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon bulunmuştur (98).

Acil sezaryen endikasyonu ile yapılan doğumlar ve normal doğum sırasında yaşanan sorunlar ciddi doğum travması yaratarak annelerin gebeliğe ve doğuma bakışlarını kötüleştirerek depresif semptomların ortaya çıkışına neden olabilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsü doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda ailesinde ruhsal hastalık olup olmama durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir (95), Hocaoglu (100) ve Ekuklu'nun (25) çalışmalarında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Sünter ve ark. (92) Samsun'daki çalışmasında, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda DSD ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre 2,8 kat daha fazla bulunmuştur. Kişisel veya aile öyküsünde duygu durum bozukluğu olan kadınların doğum sonu depresyon riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Nur ve arkadaşlarının (71) yaptığı çalışmada da gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda doğum sonrası depresyon prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur. Danacı ve ark. (91) yaptıkları çalışmada ise eşinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerde DSD sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Aries'in çalışmasında da babada depresyon öyküsü olmasını anlamlı bulunmuştur (108). Babada psikiyatrik bir hastalık olması hem ruhsal olarak anneyi etkilemesi hem de bu durumdaki bir babanın gebelik ve doğum sonrasında gerekli desteği sağlayamaması olasıdır (107). Bulgulardaki farklılığın ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olanların doğum sonu depresyona yatkınlıkları artması ile ilişkilendirilebilir.

Önceki gebeliklerde ya da önceki doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşanması DSD için bir diğer risk faktörüdür. Çalışmamızda önceki gebeliklerinde ya da önceki

doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Literatürde önceki doğumda depresyon hikâyesinin olması DSD riskini arttıran etmenler arasında yer almaktadır (88). Dindar (107) , DüNDAR (85), İnandı (92), yaptıkları çalışmalarda; gebelikten önce veya sonra ruhsal rahatsızlık geçirme ile DSD geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik tespit etmişlerdir. Kuşçu'nun çalışmasında gebelikteki anksiyete / depresyon, depresyon özgeçmişi, soy geçmişte psikiyatrik hastalık ile DSD arasında anlamlı birliktelik saptamıştır (95). Danacı ve ark.(91) ; çalışmasında DSD ile anneye ait etmenlerden, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Depresyon öyküsü olan kadınlar doğum sonu depresyon belirtileriyle muhtemelen daha çok karşılaşır. Bu yüzden de bu kadınların daha ayrıntılı değerlendirilmeleri bu konuya açıklık getirecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar:

- Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26,7'dir.
- Annelerin %87,6'sı gelir getiren bir işte çalışmamaktadır.
- Annelerin %32'sinin eğitim durumu ilkokuldur.
- Annelerin eşlerinin %91,6'sı gelir getiren bir işte çalışmaktadır.
- Annelerin eşlerinin %41,2'sinin eğitim durumu lise ve üzeridir.
- İlk evlenme yaş ortalamaları 20,1'dir.
- Annelerin %70'i akraba evliliği yapmamıştır.
- Annelerin %74,4'ü çekirdek aile tipinde ve ailede ortalama yaşayan kişi sayısı da ortalama 5,2'dir.
- Annelerin %47,2'sinin en uzun yaşadıkları yerleşim birimleri ilçe merkezidir.
- Annelerin %81,2'si 5 yıldan daha fazla Mersin'de yaşamakta ve %56,4'ünün doğum yeri Mersin'dir.
- Annelerin %87,2'sinin eşlerinden şiddet görmemiştir.
- Annelerin %96,4'nün sağlık güvencesi vardır.
- Annelerin %44,8'nin gebelik sayısı 2-3'tür.
- Annelerin %44,4'ünün canlı doğum sayısı 2-3'tür.
- Annelerin %8'inin ölü doğumu vardır.
- Annelerin %13,2'sinin isteyerek düşüğü vardır.
- Annelerin %72'sinin bu gebeliği istediği belirlenmiştir. Gebeliği istememe nedenleri çocuk sayısının yeterli olması, diğer çocuğun yaşının küçük olması, evliliğinin yeni olması, önceki doğumlarının ölü olması ve ekonomik sebeplerden bu gebeliği istemediği belirlenmiştir.
- Annelerin %98'i doğum öncesi bakım almıştır.
- Annelerin %96,4'ü 5 ve üzeri bakım almıştır.
- Annelerin %62,8'i hastanede normal doğum yapmıştır.

- Annelerin %56'sı erkek olduğu, %44'nün kız bebeği vardır.
- Annelerin %32,8'inin bebeklerinde problem olmuştur. Bebekteki sağlık sorunları emme problemi, sarılık, doğum travması, çok zayıf bebek, iri bebek, diğer (pnömoni, kalça çıkığı vb.) dir.
- Annelerin %55,6'sının doğum sonu 0-1ay, %24,8'nin 2-6 ay, %19,2'sinin 7-12 ayda oldukları belirlenmiştir.
- Çalışma sonucu olarak EPDS'e göre DSD görülme riski %28,4 olarak saptanmıştır.
- Anne mesleği, eğitim durumu, eş eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, akraba evliliği, ailede yaşayan kişi sayısının depresyon gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, gebliğin planlanmış olmasının ve daha önce ruhsal sorun yaşanması gibi değişkenler depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 kez daha fazla idi. Şiddet görenlerde depresyon riski şiddet görmeyenlere göre 2,489 kez daha fazla idi. Bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 kez daha fazla idi. Ailede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,600 kez daha fazla idi. Annede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,821 kez daha fazla bulunmuştur.
- Anne yaşı, aile tipi, sağlık güvencesi, ölü doğum, doğum öncesi bakım, değişkenleri depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

6.2. Öneriler:

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin doğum öncesi bakımları sırasında ruhsal sorunlarla ilgili risklerinin saptanması için annelerin daha yakından izlenmesi ve aile bireylerinin DSD'a ilişkin bilgilendirilmesi sağlanması,
- Kadınların kolayca ulaşabilecekleri ve sorunlarını paylaşabilecekleri kişinin ebe olması nedeni ile, ebelerin doğum sonu depresyona ilişkin risk faktörleri ve belirtilerine yönelik farkındalıkların artması,
- Doğum sonu erken dönemde (ilk bir ayda) daha yakından izlem yapılması,
- Gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde ruhsal sorun yaşayan annelerin daha yakın takip edilmesi,
- Doğum sonu depresyonun sadece anne için değil baba ve diğer aile bireyleri için de risk olduğu ve doğum sonu sağlık hizmetlerinin planlanmasında ailenin tüm bireylerinin dahil edilmesinin sağlanması,
- İstenmeyen gebelikler, adölesan gebelikler, isteyerek düşükler doğum sonu depresyon için risk faktörü olduğundan aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Akraba evliliklerin neden olduğu tıbbi sorunlar içinde doğum sonu depresyonun özellikle vurgulanması,
- Kadına yönelik şiddet DSD'a neden olduğundan bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve toplumun tüm kesiminin bilinçlendirilmesi,
- Tüm sağlık kuruluşlarında DSD'un psikiyatrik bir bozukluk olduğunu anlatan poster ve afişler hazırlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Beydağ KD.** Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6): 479-484.
2. **Arslan H, Gürkan ÖC, Ekşi Z.** Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, **2006**; 3(10):71-80.
3. **Vırt O, Akbaş E, Savaş HA.** Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. **2008**; (45):9-13.
4. **Puget M, Cathébras P, Rousset H.** Pregnancy complications and baby blues. *Rev Med Interne*. **2005**; (26)2:226-229.
5. **Bennett HA, Einarson A, Taddio A.** Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. **2004**; 103:698-709.
6. **Taşdemir S, Kaplan S., Bahar A.** Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1(2): 105-118.
7. **Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E.** Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, **2004**, 14: 252-257.
8. **Moses-Kolko EL, Roth EK.** Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of Women's Health*. **2004**; 59(3):181-197.
9. Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. Erişim: www.ssyv.org.tr. Erişim Tarihi: 25.03.2012.
10. **Tükistanlı ÇE, Pektaş İ, Dikici İ.** İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, İzmir, **2002**.
11. **Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç.** Postpartum depresyon. *3P Dergisi*, **2004**; (ek 4): 12-20.
12. **Boyd RC, Le HN, Somberg R.** Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health*. **2005**; (8):141-153.
13. **Watt S, Sword, W, Krueger P, Sheehan, DA.** Cross-sectional study of early identification of postpartum depression: *Implications for primary care providers from the Ontario Mother and Infant Survey*, **2002**; 3(1):5-11.

14. **Zeyrek D.** Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan Batıya Yönelen Göçlerin Toplumsal Sonuçları.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik, **2010**.
15. **Baor L, Soskolne V.** Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Hum Reprod.***2010**; (25):1490-1496.
16. **Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR.** Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health* .**2009**; (13):577-587.
17. **Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR, Marcus SM, Davis MM.** Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)***2010**; (19): 31-37.
18. **Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L.** Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health.***2009**; (13): 67-76.
19. **Hamilton JG, Lobel M.** Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *J Psychosom Obstet Gynecol* .**2008**;(29): 97–104.
20. **Borcherding, KE.** Coping in healthy primigravidae pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* **2009**; (38): 453-462.
21. **Bloch M, Daly R.C, Rubinow RD.** Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatr.* **2003**; 44(3): 234-246
22. **Dennis CL, Creedy D.** Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2009**; (4):1-72
23. **Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A.** Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* **2008**; 64(1): 103-118.
24. **Buğdaycı R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Oner S.** A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health (Larchmt)*, **2004**; Jan-Feb, 13(1): 63-68.
25. **Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A.** Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Bazı Etmenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 834-839.

26. **Uyar S.** Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, **2005**.
27. **Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.** Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 17(4): 243–251.
28. **Dönmez H.** Postpartum Depresyonun Annelerin Bebeklerini Emzirmeleri ve Bebek Büyümesi Üzerine Olan Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, **2007**.
29. **Aydemir N.** Beah Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2007**.
30. **Aktaş D.** Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.
31. **Serhan N.** Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2010**.
32. **Suddenfield, K.** Postpartum Depression, *Medscape General Medicine Journal*. **2006**; 3(4): 298
33. **Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L.** The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2004**; 65(9): 1236-1241.
34. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 7. Baskı, **2007**.
35. **Walker L, Wilging S.** Rediscovering the ‘M’ in ‘MCM’: maternal health promotion after childbirth. *JOGNN*, **2004**; 29(3): 229-235.
36. **Gale S, Harlow BL.** Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. **2003**; (24): 257–266.
37. **MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Brauholtz DA, Gee H.** Effects of redesigned community postnatal care on women’s health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. **2002**; (359): 378–385.

38. **Gözüm S, Kılıç D.** Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*. **2005**; (21): 371-378.
39. **Özkan H.** Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2002**
40. **Bernazzi. O, Bifulco, A.** Motherhood as a vulnerability factor in major depression : the role of negative pregnancy experiences. *Sos. Sci.Med.* **2003**; (56):1249-1260.
41. **Schytt E, Lindmark G, Waldenström U.** Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG*, **2005**; (112):210-217.
42. **Cheng C, Fowles E, Walker L.** Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ*, **2006**; 15(3):34-42.
43. **Christie J, Poulton BC, Bunting BP.** An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *J Adv Nurs*, **2008**; (61):38-50.
44. **Maley B.** Creating a postpartum depression support group, *AWHONN Lifelines*. **2002**; 6(1): 62.
45. **Edebohls L, Ecklund C.** Postpartum depression, Practical advice from two nurse practitioners. *Paediatric Nursing*. **2002**; 22(3):298.
46. **McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W.** Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. **2006** ;(160): 279-284.
47. **Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK.** Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol*. **2006**; (107): 342-347.
48. **Mallikarjun PK, Oyebode F.** Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health*. **2005**; (125): 221-226.
49. **Kılıçarslan S.** Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2008**.
50. **Koç G.** Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2005**.
51. **Ulukavak M.** Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2004**.

52. **Deveci A.** Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar, 1. Basamak İçin Psikiyatri. **2003**; (2): 42-46.
53. **Balkaya AN.** Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**;6(2).
54. **Kırmızıtoprak E, Ok HS, Demirel E.** Şanlıurfa İli Doğum ve ÇocukBakımevi'nde doğum yapmış annelerde doğum sonu depresyon ve etkileyen faktörler, II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İzmir, **2003**; s: 164.
55. **Durat G.** Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin İncelenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2003**.
56. **Akkaya C.** Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin, Yeni Symposium. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa, **2005**; 43(3): 91-96.
57. Tryptophan. Erişim: [http:// tr. Wikipedia. Org/ wiki/](http://tr.wikipedia.org/wiki/) Erişim trh: 16.04.2012.
58. **Salgın A.** Postpartum Depresyonun Çocuk Bakım ve Gelişimine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2002**.
59. **Kennedy HP, Beck CT, Dricoll, JW.** A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **2002**; 47(5): 318.
60. **Rosenthal, H.** After the birth. Erişim: <http://www.pndsa.co.2a/after-the-birth.htm> Erişim Tarihi: 20.8.2011.
61. **Josefsson, A., Angelsjö, L., Berg, G.** Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. **2002**; 99(2): 223.
62. **Tüzün H.** Ankara Merkezindeki Bazı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Sağlık Ve Sosyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **2006**.
63. **Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar İ.** Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; (4): 98-105.
64. **Kruckman L, Smith S.** An introduction to postpartum illness. **2003**; (4): 62-67.
65. **Güra A, Çığ H.Ö, Ongun H.** Postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, 2004, 4(3) 168-172.

66. **McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W.** Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **2006** ;(160): 279–284.
67. **Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK.** Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol.* **2006**; (107): 342–347.
68. **Mallikarjun PK, Oyebode F.** Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health.* **2005**; (125): 221–226.
69. **Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW.** Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal.* **2006**; 27(4): 327-343.
70. **Topçu S.** Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, **2006**.
71. **Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y.** Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2004**; (26): 55-59.
72. **Köse R.** Göçün Kadın Yaşamı Üzerine Etkileri. Yüksek lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, **2005**.
73. **Zorba H.** Adana ili Yüreğir ilçesi Solaklı Beldesi'nde yaşayanların sağlık, bilgi, tutum ve davranışlarına göçün etkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, **2010**.
74. **Yakar M.** Emirdağ ilçesi kırsalında göçün etkileri, sorunları ve çözüm önerileri. Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, **2009**.
75. **Topçu S.** Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, **2006**.
76. **Ho-Yen SD, Bondevik GT.** The prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in Lalitpur district Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **2006**; 85(10):1186-1192.
77. **Small R, Lumley J.** The performance of the EPDS in English speaking and non English speaking populations in Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2007**; 42(1): 70-78.
78. **Green K, Broome H, Mirabella J.** Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med*, **2006**; 11(4):425-431.
79. **Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J.** Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Cult Med Psychiatry*, **2007**; 31(1): 101-122.

80. **Luo Y, He GP.** Correlative analysis of postpartum depression. **2007**; 32(3): 460-465.
81. **Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW.** Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*. **2006**; 27(4):327-343.
82. **Patel V, Rodrigues M, De souza N.** Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*, **2002**; 159(1): 43-47.
83. **Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ.** İzmir İli Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınlarında doğum sonu depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 858 – 861.
84. **Alvarado-Esquivel C, Sifuentes–Alvarez A.** Validation of the EPDS in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, **2006**; (29): 2-33.
85. **Dündar PE.** Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 862-865.
86. **Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L.** Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, **2004**; (4): 252-257.
87. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Erişim: www.saglik.gov.tr. Erişim Tarihi: 08.05.2011.
88. **Işık S.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**.
89. **Arısoy Ö, Eşsizoglu A.** Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam Dergisi*, **2004**; 17(3): 146-153.
90. **Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA ve ark.** Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. *Türkiye'de Psikiyatri*, **2005**; 7(1): 7-14.
91. **Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen F.** Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2002**; 37(3): 125-129.
92. **İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK.** Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. **2002**; (31): 1201-1207.
93. **Josefsson A, Angelsio L, Berg G and et.** Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. **2002**; (99): 223-228.

94. **Durukan E.** Ankara İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**.
95. **Özdemir S.** Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyo demografik etmenler. Uzmanlık Tezi, S.Ü. Meram Tıp Fakültesi, Konya, **2007**.
96. **Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL.** Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high risk women. *J Affect Disord*, **2004**; (83): 43-48.
97. **Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW.** A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **2002**; 47(5): 318.
98. **Sünter AT, Güz H, Ordulu F.** Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Erişim: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.33.htm> Erişim Tarihi: 17.10.2011.
99. **Bilgili N, Vural G.** Aile Planlaması Hizmetlerinde Kaçırılmış Fırsatlar. *Zonguldak Sağlık Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 2 (1): 21-25.
100. **Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.** Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *türk psikiyatri dergisi*, **2006**; 17(4): 243-251.
101. **Scocir A P, Hundley V.** Are Slovenian Midwives and Nurses Ready to Take on a Greater Role in Caring Woman with Postnatal Depression? *Midwifery*, **2006**; (22): 40-49.
102. **Mancini F et al.** Use of the Postpartum Depression Screening Scale in the Collaborative Obstetric Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **2007**; 52(5): 429-434.
103. American Academy of Family Physicians: Postpartum depression and the "baby blues". Erişim: http://www.familydoctor.org/handouts/379.html.updated_2/2002. Erişim tarihi: 24.11.2011.
104. **Rahman A, Creed F.** Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*, **2007**; 100(1-3): 115-121.
105. **Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K and et.** Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, **2006**; (9): 121-130.

106. **Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E.** Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry*, **2006**; (28): 3-8.
107. **Dindar İ, Erdoğan S.** Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, **2007**; 24(2): 176-183.
108. **Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatian M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P.** Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan province, Iran. *Arch Iranian Med*, **2009**; 12 (5): 461-467.

EKLER

Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Bu Araştırmada Mersin il merkezinde Toroslar ve Akdeniz ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 1 yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon yaygınlığını incelemek amacı ile planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde ve/veya bilimsel nitelikteki yayınların dışında başka herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırma sonuçlarından haberdar olmak isterseniz araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

e-mail : deryaarslan22@hotmail.com

Derya Arslan

Mersin Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-1 ANNE TANITIM FORMU

1- Yaşı:

2- Medeni durum:

3- Doğum yapma tarihi:.....

4- Annenin mesleği:

- a- Ev hanımı b- Memur c- İşçi
- d- Serbest e- Diğer.....

5- Annenin eğitim düzeyi:

- a- Okur-yazar değil b- Okur-yazar c- İlkokul
- d- Ortaokul e- Lise f- Yüksek okul veya üniversite

6- Eşinizin mesleği:

- a- İşsiz b- Memur c- İşçi
- d- Serbest meslek e- Diğer.....

7- Eşinizin eğitim durumu:

- a- Okur-yazar değil b- Okur-yazar c- İlkokul
- d- Ortaokul- Lise f- Yüksekokul veya üniversite

8- İlk evlenme yaşı:

9- Akraba evliliğiniz var mı?

- a- Evet, b- Hayır

10- Aile tipiniz hangisidir?

- a- Çekirdek aile b- Geniş aile

11- Ailede yaşayan kişi sayısı:

12- En uzun yaşadığınız yerleşim birimi aşağıdakilerden hangisi

- a- Köy veya bucak b- İlçe merkezi c- İl merkezi

13- Kaç yıldır Mersin’de yaşıyorsunuz:

14- Doğum yeriniz Mersin mi?

- a- Evet, (16.Soruya geçiniz) b- Hayır

15- (14.soru hayır ise) Mersin’e nereden geldiniz? (Belirtilen yer köy ya da ilçe ise bağlı olduğu il yazılacak)

16- Siz hiç son bir yıl içinde eşinizden şiddet gördünüz mü?

- a- Hayır, b-Fiziksel şiddet c- Cinsel şiddet
- d- Psikolojik / duygusal şiddet e- Diğer

17- Sağlık güvenceniz var mı?

- a- Evet, (Açıklayınız), b- Hayır

18- Tanısı konulan herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

a- Hayır, b- Evet (Açıklayınız)

DOĞUMLA SONUÇLANAN SON GEBELİKLE İLGİLİ BİLGİLER

19- Gebelik sayısı:

Canlı doğum sayısı:

Ölü doğum sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

İki gebelik arasındaki süre (Son gebelik ile bir önceki gebelik arasındaki süre):

İsteyerek düşük sayısı:

20- Doğumla sonuçlanan son gebeliği (bu gebeliği) istiyor muydunuz?

a- Evet, b- Hayır

21- Yukarıdaki soruya HAYIR cevabı verdiyseniz istememe sebepleriniz nelerdir?

22- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde kontrollerinizi yaptırdınız mı?

a- Evet, b- Hayır

23- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise kontrolleriniz nerede ve kim tarafından yapıldı?

a- Aile Sağlığı Merkezi b- Hastanede c- Özel klinikte doktor tarafından
d- Özel klinikte ebe tarafından e- Evde, ebe tarafından f- Diğer

24- Gebelik boyunca kaç kez bakım aldınız?.....

25- Bebeğiniz cinsiyeti

a- Kadın b- Erkek

26- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde herhangi sağlık sorunu yaşadınız mı?
a- Evet, b- Hayır

27- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler?

- a- Ruhsal sorun b- Tansiyon yüksekliği c- Ödem
d- Gebeliğe bağlı şeker yüksekliği e- Düşük tehdidi f - İdrar yolu enfeksiyonu
g- Bulantı-Kusma h- Anemi ı- Kanama i- Diğer.....

28- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde doğum zamanında gerçekleşti mi?

- a- Evet, b- Erken doğum oldu c- Geç doğum oldu

29- Son doğumunuz nasıl sonuçlandı?

- a- Evde normal doğum, b- Hastanede normal doğum c- Sezaryen

30- Son doğumunuzda bebeğinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?

- a- Evet, b-Hayır
- Emme problemi
 - Sarılık
 - Geç ağlama
 - İri bebek
 - Çok zayıf bebek
 - Doğum travması
 - Diğer

31- Önceki gebeliklerde ya da önceki doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu?

- a- Evet, b- Hayır

32- Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

- a- Evet, b- Hayır

33- Psikolojik bir problem yaşıyorsanız nasıl bir yardım aldınız?

a- Psikolog b- Psikiyatrist (Doktor) c- Hoca d- Yardım almadım e- Diğer

Ek -2:

**DOĞUM SONU DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Sevgili Anneler,

Kadının yaşamında, bütün zamanlarda ve toplumlarda doğurganlıkönemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, doğum olayı, önemli biyolojik, psikolojikve ekonomik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erkengelişim dönemlerine ilişkin bazı çatışmaların yeniden gündeme geldiğikarmaşık bir psikolojik süreç olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrasidönemde kadınlarda özellikle duygu durum bozuklukları olarak çok sıkgörölmektedir.Kadınlara, doğum sonrasında ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyonve nadiren psikoz) açısından bir risk altında olduğu belirtilmektedir.Doğum sonu depresyon, doğumdan sonra ilk yıl içinde görülebilmektedir vegenellikle doğumdan sonraki 2-8.haftalar içinde başlamakta, en erken 2hafta en geç 1 yıl kadar sürmektedir.

Bu araştırma, doğum sonu dönemde depresyon görülme riski taşıyankadınlarda depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyenrisk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.Böylece kadınlarınyaşadıkları depresyonun farkında olmalarının sağlanabileceği, erkendönemde fark edilip gerekli önlemlerin alınabileceği ve buna neden olanfaktörlerin belirlenebileceği düşünülmektedir.

Size bu araştırmada, yukarıdaki açıkladığımız konulara ilişkin sorularıyönelteceğiz.Yanıtlarınız doğru-yanlış olarak değerlendirilmeyecektir.Sorular sizin doğum sonu dönemde depresyon görülme durumunuzu ve bu konudaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla yöneltilmektedir.

Sizinde bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum.Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasındayalıdır.Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmakisterseniz formu imzalayınız.Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.Bu veriler, kimliğiniz belirtilmedenbilimsel nitelikte yayınlarda

kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Teşekkürler.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Ek-3 EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BAĞLI BULUNDUĞU BİRİM	MEÜ. Sağlık Yüksekokulu	
	DESTEKLEYİCİ	<input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> İlaç firması	<input type="checkbox"/> Eğitim ve Araştırma Hastanesi <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Diğer:
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ	MEÜ. Sağlık Yüksekokulu	
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KLİNİK MERKEZ		
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI ANALİTİK MERKEZ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası
	ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	BELGE ADI	TARİH	DİLİ
	İlaç Klinik Araştırmaları için Başvuru Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Gözetimsel İlaç Çalışmaları için Başvuru Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Girişimsel Olmayan ve İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu	29/03/2011	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırmacıların/ Koordinatörlerin/İzleyicilerin Öz Geçmişleri	29/03/2011	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	İzin/Onay Belgeleri		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Protokolü		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Protokolü Özeti		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Akış Şeması		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Broşürü		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Ürününe İlişkin Türkçe Etiket Örneği		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Anket Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Olgu Rapor Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Ters (Advers) Etki Takip Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Biyolojik Materyal Transfer Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
Araştırma Bütçesi		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce	
Sigorta Sertifikası veya Poliçesi		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce	
Başvuru Ücretinin Yatırıldığına İlişkin Dekont		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce	
Diğer:3 adet literatür	29/03/2011	<input type="checkbox"/> Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih:	
	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan yukarıda belirtilen belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik yönden sakınca bulunmadığına ve kararın başvuru sahibi ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğüne iletilmek üzere Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.		
ÇALIŞMA ESASI	KOMİSYON İLE İLGİLİ BİLGİLER		
	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları kılavuzu ve bunun ile ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, 09/12/2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği, 26/08/2004 tarihinde kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 15/05/1987 tarihli ve 19461 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 06/11/1981 tarihli ve 17506 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu		
KOMİSYON BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN		

Form No: BAD-FR-03

Form Yay. Tarihi: 26.07.2010

Form Rev. Tarihi:

Form Rev. No: 00



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

KOMİSYON ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Dalı	Bağlı Bulunduğu Birim	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gönül ASLAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Kansu BÜYÜKAFŞAR	Tıbbi Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN	Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. M. Yavuz Burak ÇİMEN	Tıbbi Biyokimya	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GÜRSES	Tıbbi Patoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN	Kimya Mühendisi***	Mersin Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGELER	Tıp Tarihi ve Etik	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Tıbbi Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Habibe ÖZER	Hukuk	Mersin Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki; ** toplantıda bulunma; *** sağlık mesleği mensubu olmayan kişi.

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

29 Nis 2011

Sayı : B.10.74 İSM:4.33.00.09 /
Konu:Araştırma İzni.

16558

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 18.04.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-622/6037 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Derya ARSLAN'ın "Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 01 Mayıs - 31 Aralık 2011 tarihleri ve 08.00-16.00 saatleri arasında Akdeniz ve Toroslar İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine gelen doğum sonrası dönemdeki kadınlara yönelik uygulamanın iş akışını engellemeyecek şekilde, uygun görülen saatlerde yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi, kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. K. Çağlar ÇATAK
İl Sağlık Müdürü

O A U R
29 Nis 2011
Kadir OKATAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.)

(.....) Hanım, ben çocuğunuzun altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizinle görüştüklerimizi hatırlamama yardımcı olacaktır.

Kaç Yıllık evlisiniz?

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?).....

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne : Baba :

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?)

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkla?)

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi?

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ	1. Görüşme (.....Haftalık)	2. Görüşme (.....Haftalık)
S.1. (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor ?	..... ..... .....	..... ..... .....
S.2. Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?	..... ..... .....	..... ..... .....
S.3. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.4. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Bebeğinize ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?	..... ..... .....	..... ..... .....

GÖZLEM

Gebede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.

Var
 Yok

Var
 Yok

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sıkı Takip	Hekime Yönlendirme

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI

.....
.....
.....
.....

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı, Soyadı :	Tarih :	İmza :
2) Hekimin Adı, Soyadı :	Tarih :	İmza :

0-1 Ay (.....günlük)	2-6 Ay (.....aylık)	7-12 Ay (.....aylık)	13-18 Ay (.....aylık)	19-24 Ay (.....aylık)	25-59 Ay (.....aylık)
0-6 YAŞ ÇOCUKLUK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ					
S.1. Nasilsiniz, Amelik nasıl geliyor ?					
S.2. (.....) nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz ?	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer
S.3. (.....) nin gelişimi için onunla birlikte yaptıklarınız çok önemli. (.....) ile oyun oynuyor, konuşuyor, ona masal anlatıyor, kitap okuyor musunuz ?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.4. Sizin ruh sağlığınız, kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemlidir. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, huzurlu, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.5. Kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Kendinizi son bir ay içerisinde çocuğunuzla zaman, günlük yaşamınızı kısıtlıyacak kadar geçirin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılandığınız hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
GÖZLEM Anne/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyecek ağır ruhsal bozukluk (uzatılmış vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözleyin. Çocuğuyla soyun. Vücudunda yaygın morluk, şişlik, kesik, yanık gibi olağanüstü fiziksel işaretler ya da ihmal belirtilerini gözlemleyin.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

GELİŞİM BİLGİLERİ		DEĞERLENDİRME TABLOSU		AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI	
Gelişim	Yaş Sınırı	Gelişim	Yaş Sınırı		
Seae tepki	(10 gün).....	Desteksiz Oturma	(9 ay).....		
Yürme bakma	(25 gün).....	Tek kelime	(12 ay).....		
Parak çismi izleme	(2 ay).....	Yürme	(16 ay).....		
Ağalama	(2.5 ay).....	Çift kelimeli cümle	(24 ay).....		
Başını tutma	(3 ay).....	Merdiven çıkma	(24 ay).....		
Anneyi tanıma	(6 ay).....	Merdiven inme	(36 ay).....		
Tarih	Hekimde Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekimde Değerlendirmesi	İmza	Sonuç

1) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih:	5) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:
2) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih:	6) Hekimin Adı Soyadı:	Tarih:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BEBEK ve ÇOCUK İZLEME FİŞİ
FORM NO: 006

Sosyal Güvence Durumu
Fişin Düzenlendiği Tarih

İL: KURUM:
İLÇE: SAĞLIK EVİ:

Cinsiyet

Muhur:

Soyadı

Sokağı	Adı
Ev No	Baba Adı
Telefon	Ana Adı
Anne-Baba Akrabalık Derecesi	Doğum Tarihi
	Kan Grubu

ANNENİN GEBELİK ÖYKÜSÜ

Doğum Tarihi	Öğrenim Durumu	Toplam Gebelik Sayısı	Canlı Doğum Sayısı	Olu Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Diğer Çocuk Sayısı	Olen Çocuk Sayısı
--------------	----------------	-----------------------	--------------------	------------------	----------------------	--------------------	-------------------

BEBEĞİN DOĞUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER

Doğum Ağırlığı	Doğuma Yaramayan Eşek	Kısa Kısa	Tam Başlangıç	Doğum Kompleksiyonun, Komplike Doğum, Gebelik Hastalığı	Riskli Durumlar
----------------	-----------------------	-----------	---------------	---	-----------------

AŞILAR

DBT	Polio	Kızamık	DT	Tetanoz	BCG	PPD	Hepatit B
I							
II							
RIV							
RRV							

Ailevi Özellikler

Doğum Ağırlığı	Doğumda Boyu
Kg	cm

AĞIRLIĞI

Kilogram

1. YAŞ

2. YAŞ

3. YAŞ

4. YAŞ

5. YAŞ

***Büyümede (kilo alımda) duraklama veya gerileme varsa hekime yönlendirin.**

Yaş (Ay olarak)

İZLEMLER

Tarih	Yaşı		Ağırlığı		Boy	Baş Çev.	Göğüs Çev.	Kol Çev.	Fontanel	Bulgular	Değerlendirme ve Tanı	İmza
	Yıl	Ay	Kg	Gr								
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												
...../...../.....												

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı :	
Ünvanı :	
Tarih :	
İmza :	

1) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :
2) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :
3) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :
4) Hekimin Adı Soyadı :	Tarih :	İmza :

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
FORM NO: 005

GEBE - LOHUSA İZLEME FIŞI

Soyadı :

Sıra No :
Muhtarı :
Sokağı :
Ev No :
Tlf No :

Kurumu :
Sağlık Evi :

Düzenlendiği Tarih
.....

Boy :cm

Adı :
Eşinin Adı :
Eşinin Akrabalık D :
Doğum Tarihi :
Öğrenim Durumu :
İş :
Evlendirme Yaşı :
İlk Gebelik Yaşı :

Kaçınıcı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistematik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu Rh	Bir önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Şüpheli <input type="checkbox"/>		 gün ay yıl	Canlı Doğum <input type="checkbox"/> Ölü Doğum <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Yer : Biçim :	Sağlık Evi <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/>

Gebelik öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı?	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
Ria <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer :	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü Doğum <input type="checkbox"/> Canlı Doğum <input type="checkbox"/>	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezeryan <input type="checkbox"/> Foreseps <input type="checkbox"/>	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personeli <input type="checkbox"/> Sağlık Per. Yardımı Olmadan <input type="checkbox"/>	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu.....gr Boy.....cm Geliş Biçimi:	Yok Var : Notlar :
				Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	

Ebenin Adı, Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Hekimin Adı, Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Risk Durumu :
Son Adet Tarihi :
Beklenen Doğum Tarihi :

Tetanoz aşısının yapıldığı tarihler 1. Aşı :
2. Aşı :
3. Aşı :
4. Aşı :
5. Aşı :

İZLEME VE ÖĞÜTLER

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg.)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız/ dakika	İdrarda Protein	Hemo globin %	Çocuk Kalp Sesi (Say/dak.)	Gelişim Biçimi	Öğütler (Yan sütünlardaki ağırlık, kan basıncı, hemogloblin vb. normal mi?) (Geliş Biçimi, Hekime Sevki)	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan basıncı/ mmHg	Nabız / dakika	Ateş	Açıklama, diğer inceleme ve öğütler	İmza

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B 104 MSM 43300- 05 /350.99.06
Konu : Dilekçeniz


38709

17 EKİ 2011

Sayın Derya ASLAN
(Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi)
Mersin

İlgi:17/10/2011 tarih ve 57848 sayılı yazınız

İlgili sayılı dilekçeniz ile istemiş olduğunuz, 2010 Yılı Akdeniz ve Toroslar ilçesine ait beklenen bebek sayısı ve canlı doğum sayıları aşağıda verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Hülya TEKİN
Sağlık Müdür Yardımcısı

Akdeniz İlçesi:

0-12 Aylık Beklenen Bebek Sayısı:6216
Canlı doğum Sayısı(Kaydedilen Bebek):5564

Toroslar İlçesi:

0-12 Aylık Beklenen Bebek Sayısı:4980
Canlı doğum Sayısı(Kaydedilen Bebek):4799

ÖZGEÇMİŞ

Derya Arslan 1985 yılında Adana'nın Yüreğir ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Adana'da tamamladı. 2005-2009 yıllarında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Ebelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamladı. 2009-2010 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde servis hemşiresi olarak görev yaptı. 2009 güz yarıyılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2010 yılı Ocak ayından itibaren Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

T. C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

DOĞUM SONU DEPRESYON RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

Derya ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

MERSİN – 2012

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Doğum Sonu Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/ 06/ 2012

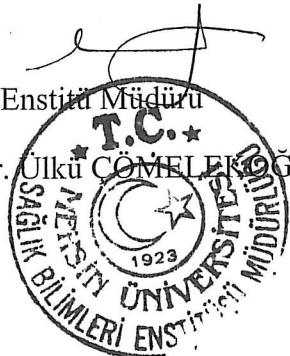
Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 20.06./2012.. tarih ve 2012/113 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Ülku ÇÖMELEK ÖĞLU



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam surecinde bilgi ve deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında katkıda bulunan ve rol modelim olan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul'a,
Uzmanlık eğitimim suresince eğitimime katkıda bulunan Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun değerli hocalarına,

Tezimin isttistiksel analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen Arő. Gör. Dr. Naif alıő'a,

Veri toplama aşamasında Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toroslar ve Akdeniz ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarına,

Çalıőmama katılmayı kabul eden annelere,

Maddi, manevi her türlü desteklerini benden esirgemeyen ve hayatımın en değerli varlıkları olan anneme, babama, ablama, eniőtme, erkek kardeőime ve canım yeğenim Deniz Yeőilayır'a

Teőekkürlerimi sunarım.

Derya Arslan

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1 Doğum Sonu Dönem.....	5
2.1.1.Doğum Sonu Dönemde Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	6
2.1.2. Doğum Sonu Dönem Sağlık Problemleri.....	10
2.2. Doğum Sonu Ruhsal Bozukluklar.....	10
2.2.1. Epidemiyoloji.....	11
2.2.2. Sınıflandırma.....	12
2.3. Doğum Sonu Depresyon	12
2.3.1. Hazırlayıcı Faktörler	13
2.3.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı	18
2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik Özellikleri	19
2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi	20
2.3.5. Doğum Sonu Depresyon ve Ebelik Bakımı	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Amacı	23
3.2. Araştırmanın Şekli	23
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	23
3.4. Araştırmanın Evreni	23
3.5. Araştırmanın Örneklemi	24
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Veri Toplama Araçları	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	26
3.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	27
3.11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirmesi	27
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	29
4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri	31
4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Özellikleri.....	33
4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri.....	34
4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski.....	35
4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	36
4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	38
4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	39

4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	40
4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	41
4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	43
4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	45
4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi	46
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
6.1. Sonuçlar	64
6.2. Öneriler	66
7. KAYNAKLAR	67
EKLER	76
EK- 1 Anne Tanıtım Formu	76
EK- 2 Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Bilgilendirme Formu	80
EK- 3 Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği	82
EK- 4 Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Onayı	85
EK- 5 Mersin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	87
EK- 6 Gebe-Bebek-Çocuk Psikososyal İzleme Formu	88
EK- 7 Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Verileri	92
8. ÖZGEÇMİŞ	93

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	27
Çizelge 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	29
Çizelge 4. 2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri.....	31
Çizelge4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Özellikleri	33
Çizelge 4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri.....	34
Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski	35
Çizelge 4.6. AnnelerinTanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	36
Çizelge 4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	38
Çizelge 4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	39
Çizelge 4.9. AnnelerinŞiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	40
Çizelge 4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	41
Çizelge 4.11. AnnelerinDoğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	43
Çizelge 4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	45
Çizelge 4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH: Adrenokortikotrofik Hormon

ATP: Adenozin 5'-trifosfat

cAMP: Adenozin Monofosfat

CRH: Kortokotropin Relasing Hormon

DSD: Doğum Sonu Depresyon

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvülzif Tedavi

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

ICD: International Classification of Diseases

NE: Norepinefrin

5-HT: Serotonin

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TRH: Tiroid Relasing Hormon

TSA: Trisiklik Antidepresanlar

TSH: Tiroid Stimüle Hormon

ÖZET

Doğum Sonu Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Derya Arslan. Araştırma, Mersin İli Toroslar ve Akdeniz İlçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerinde doğum sonu depresyon gelişme riskini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan analitik ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini, Mersin ili Toroslar ve Akdeniz ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük çocuğu olan gönüllü 250 anne oluşturdu. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulan anne tanıtım formu ve annelerin kendileri tarafından doldurulan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile toplandı. Ölçek kesme puanı 12 ve üstü olarak alındı. Veriler SPSS for Windows 11,5 programında; ortalama, yüzdeler, sayılar, Pearson Chi-Square testi kullanılarak değerlendirildi. Epidemiyolojik ölçüt olarak %95 güven aralığı (GA) içinde Odds Ratio (OR) belirtildi.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre doğum sonu depresyon riski %28,4 olarak bulundu. Annenin mesleği, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, akraba evliliği, ailede yaşayan kişi sayısı, şiddet görme durumu, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, doğum sonu süre, doğum öncesi ve doğum sonu dönem ruhsal sorun yaşanma varlığı gibi değişkenler depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 kez daha fazla ve şiddet görenlerde görmeyenlere göre 2,489 kez daha fazla bulundu. Çalışmada doğum sonu depresyon görülme riskinin; aile tipi, annenin yaşı, sağlık güvencesinin olması, annenin ölü doğum öyküsünün olması, doğum öncesi bakım alması gibi değişkenlerden etkilenmediği saptandı ($p > 0,05$).

Doğum sonu depresyon açısından lohusa izlemlerinin risk yaklaşımı doğrultusunda yapılması ve sağlık çalışanlarının özellikle ebelerin danışmanlık hizmetinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonu depresyon, risk faktörleri, EPDS ölçeği, ebelik

ABSTRACT

The Risk Of Postpartum Depression And Determine The Factors Related

Derya Arslan. Study is held to identify the frequency of postpartum depression and the related factors in the Family Health Centers in the districts of Akdeniz and Toroslar, Mersin. The 250 mothers, applied to Toroslar and Akdeniz Family Health centers in Mersin city, who has younger than 1 year old babies formed a basis for this study as the universe. After the mother were informed about the the research subject, they are asked to sign approval forms. By the help of face to face interview method, mother introduction form and EPDS form were filled by mothers. The cut-off point of EPDS was taken as 12 and over. The data is analyzed by the program of SPSS for Windows 11,5 (Statistical Package for Social Sciences) using the tests of average, percentage numbers, Pearson Chi-Square. Epidemiological criteria within the confidence interval (GA) as the Odds Ratio (OR) was specified.

According to EPDS, the incidence of postpartum depression is % 28,4. Mother's occupation, mother's education level, co-educational status, age at first marriage, marriage between relatives, the number of people living in the family, violence, status, pregnancy, live birth, of children living in low numbers, complicit pregnancy and health problems during pregnancy, postpartum period, pre-natal of experiencing psychological problems and the postnatal period compared with the presence of significant differences in terms of variables such as the risk of depression ($p < 0.05$). The risk of postpartum depression 2,144 times more likely than those without consanguinity and 2.489 times higher than found in predisposed violence who do not. Maternal age, family type, health insurance, stillbirth, pre-natal care, the baby's gender variables are statistically significant differences were found for the risk of depression ($p > 0.05$).

Postpartum depression in mothers often assessed in terms of consultancy services and health care workers should be strengthened, especially midwives.

Key Words: Postpartum depression, risk factors, EPDS scale, midwifery

1. GİRİŞ

Aile toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan soyunun devamını sağlamlasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir (1, 2). Doğurganlık fonksiyonunda en büyük rol ve sorumluluğu üstlenen kadın, yaşam süreci boyunca üreme ile ilgili olaylardan farklı şekillerde etkilenmektedir (2, 3, 4).

Kadın, yaşam sürecinde, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (5, 6). Özellikle, 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk döneminde yer alan gebelik ve doğum sonu dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönem olabilmektedir (7, 8). Bu dönemde kadın, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla doğum sonrası dönem anne ve bebek açısından uyum yapılması gereken hem fiziksel hem de duygusal anlamda riskli bir dönemdir (9). Yeni doğum yapan kadın için doğum sonu dönem çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, bir kriz dönemi de olabilmektedir (10).

Doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarını arttıran birçok faktör bulunmaktadır. Doğum sonu dönemde kadında, hormonal (nöroendokrin) değişimlere bağlı olarak genital organlar gebelik öncesi duruma dönerken, gebelik döneminde endokrin sistemde de artmış olan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine inmektedir. Bu fizyolojik faktörler, doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarının gelişimini etkileyebilmektedir. Kadının evlilik durumu, aile içi çatışmaların varlığı, kadının yaşı, kişilik yapısı, ailenin tüm sorumluluklarını üzerinde bulundurma durumu, ekonomik sıkıntılar, sosyal destek eksikliğinin olması gibi ailesel faktörlerde doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozuklukları gelişimini etkileyebilmektedir. Ayrıca, daha önceden geçirilmiş ruhsal sorunlar, şimdiki yaşamında depresyon hikâyesinin bulunma durumu, doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyete /depresyon (yaşam stresi, annelik rolüne adapte olamama, çocuk bakımının yarattığı stres) gibi psikolojik faktörlerde

kadında doğum sonu dönemde duygulanım bozuklukları gelişmesine neden olabilmektedir. Gebelik ve çocuk sayısı, istenmeyen ve riskli gebelikler, adölesan gebelikler, zor doğum eylemi gibi diğer faktörlerde doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarını gelişimini etkileyebilmektedir (6, 11, 12, 13, 14, 15).

Kadınlar, özellikle doğumdan itibaren ilk yıl içinde duygulanımbozuklukları açısından risk altındadırlar (10, 13, 14, 15). Bu duygulanımbozuklukları; annelik hüznü ile başlayarak, doğum sonu depresyon vepsikoza kadar ilerleyebilmektedir (9, 13, 14).

Bu duygulanım bozuklukları içersinde yer alan doğum sonudepresyon kadınlarda en fazla görülen sağlık sorununu oluşturmakta ve nedeni kesin olarak bilinmemektedir (15). Doğum sonu depresyon, yeni doğum yapan kadında, yeme bozuklukları, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, kadınlarda anksiyete atakları, yoğun umutsuzluk ve kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, yalnızlık, korku, değersizlik hissi, kendine güvensizlik, konsantre olamama ve kendiliğinden ağlama gibi durumlara da yol açmaktadır. Ayrıca, annelerde bebeğine karşı ilgisizlik ya da aşırı endişelenme, bebeğine karşı ızarar verme ile ilgili obsesif düşünceler, öz kıyım düşünceleri gibi durumlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır (7, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Amerika ve Avrupa toplumlarında yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyonun görülme sıklığı ise, %3,5-17,5 arasında değişmektedir (22, 23). Ülkemizde doğum sonu depresyon ile ilgili standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (24). Bu çalışmalarda, annelerin %21,2-58'inde doğum sonu depresyon belirtilerinin bulunduğu bildirilmektedir (6,11). Dündar ve ark.'nın (11) çalışmasında %36,9, Buğdaycı ve ark.'nın (24) çalışmasında yaklaşık %33, Ekuklu ve Tokuç' nun (25) çalışmasında %40,4, Uyar 'nın (26) çalışmasında %28,5, Ayvaz ve ark. 'nın (27) %28,1, Dönmez'in (28) çalışmasında %22,9, Aydemir'in (29) çalışmasında %30,6, Aktaş'ın (30) çalışmasında yaklaşık %18,5, Serhan'ın (31) çalışmasında %9,1'dir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen MentalBozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and StatisticalManual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)) kriterlerine göre ,depresyon belirtilerinin doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda "doğum sonu depresyon" olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (30). Ancak Kennedy ve Suddenfield'in (32) çalışmalarında, doğum sonu depresyon belirtilerinin başlangıç döneminindaha çok doğumu takiben 6-12. haftadan başlayarak bir yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği belirtilmektedir. Kara ve

Çakmaklı'nın yaptıkları bir diğerk çalışmada da doğum sonu depresyon belirtilerinin doğumdan sonra 2-8. haftalar içinde başladığı, doğum sonu depresyonun başlangıç aşamasında genellikle belirti vermediğı ve annelerin %80'inde haftalar, aylar içinde yavaş olarak arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, yeni doğum yapmış kadınlarda doğum sonu depresyonun en erken 2 hafta, en geç 1 yıl kadar sürdüğü de belirtilmektedir (30).

Doğum sonu dönemde yeni doğum yapmış kadında, görülen duygusal sorunların erken belirlenmesi önemlidir. Ancak, yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon sık görülmesine karşın çoğu kez tanı konulamadığı belirlenmiştir (31, 32). İngiltere'de yaşayan kadınlar ile yapılan bir çalışmada, doğum sonu depresyonlu kadınların %90'ının bir şeylerin yanlış gittiğini fark ettikleri halde, sadece %25'inin doğum sonu depresyon yaşadığına inandığı ve %20'sinde bu rahatsızlığın tanılandığı bildirilmiştir (33).

Doğum sonu depresyonun annelerde erken tanılanmamasının başlıca nedeni; annenin "bebek sürekli ağlıyor ve bebeğe vurma isteğı duyuyorum" bebek, zamanımı çalan "tehlikeli bir hırsız" gibi negatif duygu ve düşüncelerinden suçluluk, utanç ve izolasyon duygusu yaşamalarıdır (9, 10, 11). Anneler bu duygu ve düşüncelerini toplum tarafından sosyal damgalanma korkusu nedeniyle gizli olarak yaşamaktadırlar. Bazı anneler, yaşadığı bu negatif duyguların farkında bile olmayarak destek arayışına girmemektedir (7). Bu nedenlerle anneler, profesyonel yardım aramayı geciktirmekte ya da hiç profesyonel yardım almak için başvuruda bulunmamaktadır (8). Doğum sonrası depresyonun erken tanılanmasının en önemli amacı, tedavi edilmemiş depresyonu olan annenin ve bebeğın sağlığını korumak ve bebeğın gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (10). Diğerk yandan, anne ile bebek arasında kurulan ilişkiye, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesine olumsuz etkilerini önlemek, annenin, bebeğınve ailenin psikolojik, sosyal yönden çeşitli güçlükler yaşamasını en aza indirmektir (30, 34).

Doğum sonu dönemde görülen duygusal sorunların saptanmasında, yeni doğum yapmış kadınlara gerekli yardımın ve desteğın sağlanması gerekmektedir (9). Yeni doğum yapmış kadın için en önemli destekleyici kişi ebedir (7, 8). Ebelerin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluklarının yanı sıra annenin ruhsal sorunları ile başetmesinde de yardımcı olma sorumluluğı da vardır.

Ülkemizde anne/bebek sağlığının korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen ebeler (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge), Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) her alanında, hizmet verdikleri kadınları doğum sonu depresyon yönünden

değerlendirebilir ve yardıma ihtiyacı olanlara uygun girişimlerde bulunabilirler. Rutin sağlık kontrolleri ve bağışıklama amacı ile bebeği ziyaret eden ebeler, anneyi doğum sonu depresyon açısından değerlendirebilirler. Ebeler doğum sonu depresyonu tanımlamak için; doğum sonu dönemde bakım verdiği kadınlara, ipucu oluşturabilecek sorular sorarak doğum sonu depresyon için risk taşıyan anneleri belirleyebilirler. Ziyaret sürecindeki devamlılık kadını olumsuz düşüncelerden uzaklaştırabileceği gibi anne bebek ilişkisini de kuvvetlendirebilir, kadının algıladığı sosyal desteği de güçlendirebilmektedir (35, 36).

Ayrıca doğum sonu depresyon sürecindeki kadını ve ailesini ebeler depresyon belirtisi ve tedavisi hakkında bilgilendirmelidir (37). Aynı zamanda ülkemizde doğum sonu kontrol, doğumu takiben altıncı haftada yapılmaktadır. Bu zamanın da, annede doğum sonu depresyon belirtilerini saptamak için çok önemli bir fırsat olduğu düşünülmektedir. Böylece, doğum sonu dönemde görülen depresyon durumu zamanında müdahale edilerek, etkili bir ebelik bakımı ve eğitimi ile önlenebilir, ve ayrıca erken tanı konmasını sağlayarak tedavi sürecini hızlandırır (37, 38, 39).

Görüldüğü gibi, doğum sonu dönemde kadının ve bebeğinin sağlığını önemli ölçüde etkileyebilen ve sık karşılaşılan doğum sonu depresyonun görülme sıklığı ve etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi, kadının ve bebeğinin sağlığını değerlendirme, sorunları erken dönemde saptama ve uygun müdahaleleri başlatma, anne ve bebeklerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu bakımdan çalışmamızın bu alandaki ebelik hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde rehber olması düşünülmektedir.

Araştırmaya yön veren sorular?

1. Annelerde doğum sonu depresyon var mıdır?
2. Annelerde doğum sonu depresyonu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum eyleminin sona ererek bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra doğum sonu dönem başlar. Doğum sonu dönem, bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri bir zaman periyodudur. Bu dönem 6 haftalık bir süreyi kapsamaktadır. Doğum sonu dönem annede meydana gelen gerileyici ve ilerleyici değişikliklerle karakterize olup gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organ ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler emzirmeye hazırlanan göğüslerde meydana gelir. Bu hızlı fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annelerde fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal değişiklikler de gözlenir (34, 35, 36, 37)

Doğum sonu dönem genellikle 3'e ayrılır; doğumdan hemen sonrası dönem (doğum sonrası ilk 24 saati içine alır), erken doğum sonrası dönem (doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır), geç doğum sonrası dönem (doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir) (38).

Doğum sonrası dönemdeki geçiş dönemi kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem ile 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu dönemlerden oluşmaktadır. Doğum sonu dönemdeki gereksinimler ve sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (39, 40, 41, 42).

Christie ve ark. (43) tarafından doğum sonu gereksinimler "hayatta kalma ve büyüme gelişme" ana teması altında, 3 alt tema ile sıralanmıştır. Bu 3 alt tema: "bebeği besleme ve büyütme" (bağlılık, uyuma, ağlama, besleme ve bebeğin sağlık sorunları gibi gereksinimleri içerir), "yaşam değişiklikler" (fiziksel sağlık, duygular/ ruhsal iyilik hali, eş ilişkileri, sosyal aktiviteler ve durumlar gibi gereksinimleri içerir) ve "baş etme ve kaynaklara uyum" dur.

Bu dönemde anne ve yeni doğana yönelik komplikasyonların önlenmesi, oluşmuş ise erken tanı ve tedavi sağlanması açısından, anne ve bebeğin yakından izlenmesi, bakımlarının sağlanması ile annenin eğitimi ve desteklenmesi gerekmektedir. Ebelerin doğum sonu döneme ait normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, bu konuda gerekli girişimlerde bulunabilmesi için doğum sonu oluşan normal anatomik, fizyolojik, psikolojik değişimleri bilmesi gerekmektedir (33, 35, 38, 39).

2.1.1. Doğum Sonu Dönemde Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Gebelik boyunca anne vücudunda meydana gelen değişiklikler doğum sonu dönemde eski haline döner. Bu geriye dönüş sürecine involüsyon denir. Annede oluşan bu değişiklikler üreme sisteminde ve diğer sistemlerde olmak üzere iki ayrı bölümde incelenebilir (30, 31).

Üreme Sistemi: Doğumdan hemen sonra plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonraki değişiklikler ise daha yavaştır. İnvolüsyonun en önemli sebebi östrojen ve progesteronun ani düşmesi sonucu oluşan endometrium içindeki proteolitik enzimlerin salgılanmasıdır (38)

Doğumdan sonra uterus kasılmayla sertleşmeye başlar. Fundus sert olarak ele gelir ve miyometrial kasılmalar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerinin hızlı olarak küçülmesine ve uterusun küresel ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur (39).

Doğum sonrası 4-6. günlerde servikste 'eksternal os' gevşek olup 2 parmağın kolaylıkla içeriye girmesine izin verir. Daha sonra hızla kalınlaşır, daralır ve sertleşir. Gebelik öncesi 'servikal os' yuvarlıktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi (Emmet yırtığı) şeklindedir. Bununla düz çizgi vajinal doğum yapıldığını gösteren bir belirtidir (40, 41).

Vajinal kasılma dereceli olarak 3-4.haftada normale döner. Doğumun neden olduğu aşınma ve yırtıklar doğumdan kısa bir süre sonra kendiliğinden iyileşir. Vajinal doğumu izleyen 3. haftada gebelik öncesi boyutlarına ulaşır (41,42).

Doğumdan sonra 5. günden itibaren perineal kasılmanın büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemindeki durumdan daha gevşek olur. Perinede varis, büyük kesikler veya epizyotomi bölgesinde genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve çürük vardır (38).

Başlangıçta miktarı fazla olan loşia, lohusalığın ilerleyen dönemlerinde miktarı azalır ve özelliği değişir. Multiparlarda (birden fazla doğum yapan) primiparlara (ilk çocuğunu doğuran) göre daha fazla olup ayakta hareketli iken ve emzirme esnasında miktarı artabilir. Doğumdan sonraki ilk üç gündeki kırmızı renkteki akıntıya 'loşi rubra', 4-10 günler arasındaki pembe renkli akıntıya 'loşi seroza', 11. günden lohusalığın sonuna kadar süren kirli beyaz-sarımtırak veya renksiz olan akıntıya 'loşi alba'denir (40).

Epizyotomi varlığında ağrı, acıma, hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, epizyotomi yeri için tamamıyla iyileşme 4-6 ay kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin anneye, fetusa ve doğuma yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, perineal kanama riskinde artma, idrar ve dışkılama yapma isteğini baskılama gibi riskleri de vardır (39).

Doğumdan sonra plasenta ürünü olan östrojen ve progesteron düzeylerinin düşmesiyle daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salgılanmasını başlatır. Doğum yapan kadında emzirme doğumu izleyen 24-72 saat içinde başlar. Emzirmeye başlamadan önce memelerde ödem, yerel ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (30, 31, 34, 44).

Kardiyovasküler Sistem: Erken doğum sonu dönemde total kan volümü yüksek kalır. Östrojen düzeyinin düşmesi sonucu, meydana gelen belirgin bir diürezden sonra, kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü düzeyine düşer. Eritrosit sayısı ve hemoglobün düzeyi 5. haftadan sonar normale döner. Nabız postpartum 6-8. gün düşüktür (50-70/dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybı, enfeksiyon, ağrı, kaygı veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir (30, 40).

Solunum Sistemi: Gebelikte büyüyen uterusun diyafragma bası yapması nedeniyle annede solunum sıkıntısı görülebilir. Doğum sonrası basının ortadan kalkması, plasentanın ayrılmasıyla progesteron üretimindeki kayıp sonucu toraks kapasitesindeki artışla birlikte pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası karın solunumu yapmaya başlar. Akciğer fonksiyonlarının gebelik öncesi döneme dönmesi yaklaşık 6 aylık bir süreyi bulur (29, 30, 31, 34, 40, 45).

Gastrointestinal Sistem: Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağrılı olması ile epizyotomi varlığı erken dışkılamayı engeller. Doğum sonu ilk günlerde iştahta bir azalma görülmekle birlikte daha sonraki günlerde iştah artışı olabilir. Doğum eylemindeki sıvı kısıtlaması, involüsyon süreci, aşırı diürez ve terlemeyle sıvı kaybının olması gibi nedenlerle ilk günlerde fazla su içme isteği olabilir (30, 34, 40, 45).

Üriner Sistem: Gebelikte oluşan üriner yolların genişlemesi, böbrek kapasitesi, böbrek genişlemesi regresyonu yavaştır, doğum öncesi duruma ancak 3 ayda ulaşabilir. Kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme sürekli kalabilir. Mesanenin kasılması ve mesanenin yeterli boşalabilmesi 5-7 gün içerisinde gerçekleşir. Mesanenin şişmesi uzun sürerse idrar yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir (29, 30, 31, 34, 40).

Kas-İskelet Sistemi: Hormonların etkisiyle yumuşayan ve gevşeyen eklemler ile pelvis kemiği postpartum 6-8 haftada eski haline dönmeye başlar. Uterus, vajen, rektum, mesane ve üretraya olan aşırı baskı ve gerilimler ilerleyen yıllarda idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (46).

Nöromusküler ve Duyusal Sistem: Annede büyüyen uterus ve su tutulumunun, brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı bası sonucu ellerde, parmaklarda görülen, uyuşma, karıncalanma ve bacaklardaki kramplar ortadan kalkar. Sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları sıktır. Kadınlar ilk birkaç hafta içinde uterus kasılmaları, meme problemleri, basur, epizyotomi ağrısını sık hissetmektedirler (46, 47, 48).

Endokrin Sistem: Plesantanın doğmasıyla plesantadan salgılanan hormonlar ortadan kalkar. Hipofiz ön ve arka lob hormonları yükselir. Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre farklılık göstermektedir. Emzirme hem prolaktin hormonunu uyarır, hem de hipofiz arka lobundan oksitosin salgılatarak kanallarda biriken sütün boşalmasını sağlar. Gebelik boyunca anne metabolizmasında kullanımı engellenen insülin hormonu postpartum dönemde normal işlevine döner ve gebelikteki diyabetojen etki kaybolur (34, 46, 47).

Psikolojik Durum: Doğumdan hemen sonra anne bebeği ile tanışmak ister. Ebe bebeği annenin yanına vererek anne ile bebek arasındaki ilk ilişkiyi başlatmış olur. Lohusalığın özellikle ilk 1 haftası fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir (43, 44). Lohusalıkta geçiş dönemi, kişilere göre farklılık gösterebilen ve 2-3 gün süren pasif ve bağımlı (taking-in) dönemi ile 10 gün süren otonom annelik davranışlarının olduğu (taking-hold) döneminden oluşmaktadır. Sistemdeki hızlı değişimler ve hormonların ani çekilmesi yanında içinde bulunduğu ağrı, yorgunluk gibi fiziksel şartlar ve bebek bakımında karşılaştığı zorluklar anneyi postpartum depresyona itebilir (43, 44, 45).

Bu nedenle hastaneden taburcu olduktan sonra annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı özellikle ilk 6 hafta, bebek sağlığı da ilk 3-4 ayda yakın takip edilmelidir (43).

2.1.2. Doğum Sonu Dönem Sağlık Problemleri

Gebelik, doğum ve doğum sonu süreleri normal süreçte geçse bile kadın bedeninde büyük değişikliklerle ilişkili olup anneve fonksiyonların sağlığını etkileyebilir.

Doğum sonu 6 haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrasidönemde kadının komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler doğum sonu dönemdeki değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yeni doğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres faktörü olarak etki ederler. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler (42, 44, 45).

Literatürde doğum sonu dönemde anneler için başlıca sağlık sorunları şöyle sıralanabilir: Yorgunluk, baş ağrısı, depresyon, uyku problemleri, omuz-boyun ağrısı, bel ağrısı, ağrılı meme ucu, meme ucu çöküklüğü, mastit, disparoni, ameliyat yerinde ağrı, perineal ağrı, stres inkontinans, cinsel ilişki esnasında inkontinans, dizüri, perineal kanama, hemoroid, konstipasyon, diyare, abdominal distansiyon, anal ve flatus inkontinansı, bulantıdır (49, 50).

2.2. Doğum Sonu Ruhsal Bozukluklar

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir (48). Gebelikte evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili birçok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (49, 50). Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastaneye başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (51).

Birçok kadın gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarında ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazılarında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir.

Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaların çoğu ilk başvurunun genellikle doğum sonu ilk dört haftada pik yaptığını göstermektedir (52).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-IV) (Amerikan Psikiyatri Derneği 1994) göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik gerek psikotik olmayan majör depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılır. ICD-10'da (International Classification of Diseases) ise 'lohusalıkla bağlantılı ve bir başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır ve doğum sonrası olarak özgülleştirilebilmesi için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır (53).

2.2.1. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda doğum sonu psikiyatrik bozukluğun ilk üç ayda belirginleştiği belirtilmektedir. Tüm depresif anneler belirtilerin 4-6 hafta sonra başladığını ifade etmektedir. Doğumdan sonraki 1-3 aylık dönem doğum sonu depresyon açısından en riskli dönemdir. Pitt doğumun ilk aylarında psikiyatrik bozuklukların %24, 3.ayda %40, doğum sonu son ayında ise %27 olduğunu bildirmiştir. Başta duygusal bozukluklar olmak üzere psikiyatrik bozuklukların doğumu takiben iki yıl içinde artan bir sıklık gösterdiği tespit edilmiştir. Kumar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresif hastalık sıklığı erken gebelikte %10, doğum sonu ilk 3 ayda %14 olarak tespit edilmiştir (27).

2.2.2.Sınıflandırma

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte, konuyla ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde, belirtilerin özelliklerine, tedavilerine, seyrine göre tanımlanarak annelik hüznü (*maternity blues*), doğum sonrası depresyonu (*postpartum depression*) ve doğum sonrası psikozu (*postpartum psychosis*) olmak üzere başlıca üç grupta toplandıkları görülmektedir (46). Parry söz konusu belirtilerin öncelikle psikotik olan ve olmayan duygu durum bozuklukları olduğuna dikkat çekmiştir (51).

Klinik:

- 1) Annelik Hüznü (Postpartum Blues): İlk 7-10 günde görülen duygusal tepkilerde bozulma, ağlamaklı oluşla karakterize sık görülen bir tablodur.
- 2) Doğum Sonu Depresyon: Ağır depresif bozukluktan ayrılamayacağı ve doğum sonu iki yıla kadar görülebileceği şeklinde tanımlanmaktadır.
- 3) Doğum Sonu Psikoz: Her bin doğumdan 1-2'sinde birkaç hafta içinde ortaya çıkmaktadır.

2.3. Doğum Sonu Depresyon

Doğum sonu depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilmeyen bir ruhsal hastalıktır. (9)

Ayrıca doğum sonu depresyon, annenin bebeği ile birlikte olmayı düşündüğü zamanı çalan "tehlikeli bir hırsız" olarak da betimlenmektedir (8).

Literatürde, doğum sonu dönemde depresyon yaşayan annelerin kendilerini 'hayatta olmaktan korkma ve ölüme ısınma' dönemi olarak ifade ettikleri belirtilmektedir (8, 9, 24).

Birçok kadının doğum sonrası dönemde mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (3). Nicolson postpartum depresyonu açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak

tanımlarken, sosyal model de doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin ötesinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir (15, 51).

Buna göre, postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (3, 37).

Balkaya (53), Koç (50), Aktaş (30) ‘ın tespitlerine göre doğum sonu depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzeler.

2.3.1. Hazırlayıcı Faktörler

Doğum sonu depresyonun hazırlayıcı faktörleri tam olarak bilinmemekle birlikte; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır (26).

Biyolojik faktörler; beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Bu nörotransmitterler şunlardır (51); Prolaktin, progesteron, tryptophan, kortizol, TSH, apomorfın, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), dopamin, asetilkolin ve gaba’dır.

Hipotalamus tarafından salgılanan dopamin, hipofiz ön lobundan salgılanan prolaktin hormonunun salgılanmasını düzenlenmektedir. Prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojen düzeyinin azalmasına ters olarak artmaktadır. Ancak emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşmesine bağlı olarak doğum sonu depresyon gelişebildiği bildirilmektedir (54, 55). Bu dönemde depresyon belirtileri belirlenen kadınlarda, dopamin düzeyinin de düşük olduğu belirlenmiştir (56, 57).

Dopaminin azalması (bedende, kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (bedende, kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. GABA, NE ve serotonin etkinliğini düzenlemektedir. GABA'nın artması, NE ve serotonin etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Bu da depresyon gelişimi için risk yaratmaktadır (58).

Adrenal korteks'ten salınan ve gebeliğin devamını sağlamakla görevli olan östrojen ve progesteron hormonları da gebelik süresince yaklaşık 10 kat artış göstermektedir ve doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeylerine düşmektedir. Bu durum kadınlarda, doğumdan sonraki ilk 10 gün içinde depresyon gelişme olasılığını artırmaktadır (56). Haris ve arkadaşları (11) DSD ile tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon sağaltımının farklı olabileceği öne sürülmüştür (1).

Tryptophan, insan dahil pek çok organizma için gerekli 20 amino asitten biridir, serotonin (5-HT) gibi bazı merkezi sinir sistemi nörotransmitterlerinin sentezi için gereklidir. Serbest plazma tryptophan düzeyinin azalması, 5-HT sentezinin azalmasına neden olacaktır. Dolayısıyla depresyonlu hastalarda serotonin etkinliğinde azalma olması en çok bilinen bulgulardan biri olarak kabul görmektedir (56, 57, 58).

Doğum yapmaya katkıda bulunan hipotalamik-pituiter-adrenal döngüdeki (kortizol, aldesteron ve glikoz toleransı) değişiklikler, depresyonlu kadınlardaki değişiklikler ile benzerlik göstermektedir (26). Bu alandaki çalışmalar, doğum sonrasında dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan adrenokortikotrofik hormon (ACTH) salınımının azaldığını, Kortokotropin Relasing Hormonun (CRH) fazla salgılandığını ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığını ve glikoz metabolizmasında azalma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda depresyonda kortizolün artması ile birlikte etkinliğinin de bozulduğu belirlenmiştir (60, 61).

Doğum sonrasında dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan ACTH salınımının azalmasına bağlı olarak Tiroid Relasing Hormon (TRH) ve hipofiz ön lobundan salınan Tiroid stimüle edici hormon (TSH) salınımının azaldığını göstermektedir. Depresyon belirtisi bulunan bireylerde, kandaki T4 değerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Özellikle

kronik depresyonlu hastalarda, hafif düzeyde hipotiroidizm ihtimalinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (56, 61).

Doğum sonu dönemde majör depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfinin bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını artırmaktadır. Ancak, dopamin salgılanmasında artma olmasına rağmen etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır (56, 60).

Apomorfın salgılanmasının artmasının, hipofiz ön lobundan salınan büyüme hormonuna cevabın azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (61). Depresyonda, büyüme hormonunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte az salındığı belirtilmektedir. Depresyonun etiolojisinde, büyüme hormonu salgılanmasının azalmasında, özellikle norepinefrin düzeyinin azalması ve hipotalamik lezyonların rol oynadığına yönelik bulgular mevcuttur (26, 61).

Sosyal faktörler; Ebeveyn olma kararı insan yaşamındaki önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır (59).

Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak istemektedir (60).

Gebe kadının gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Hemen her toplumda özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı altında bulunmaktadır (59, 61). Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da kadınların çocuk

sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (62, 63, 64, 65, 66).

Literatürde doğum sonu depresyon tanısı almış hastaların algılanan arkadaş ve aile desteği puanlarının, normallere kıyasla anlamlı biçimde düşük olduğu, bunun yanında sosyal desteğin kişinin sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu saptanmış, destek için en etkili kaynağın çekirdek aile üyeleri ve akrabalar olduğu bildirilmiştir. Sosyal destek kaynaklarının hastalık öncesinde, sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkileri olduğunu ileri sürenler sıklıktadır. Sosyal kaynakların niteliği ile depresif semptomların ilişkisi pek az araştırmanın odaklandığı bir konudur. Sosyal kaynakların her zaman destekleyici değil aksine stres kaynağı haline gelebildiğini de gösteren çalışmalar olmuştur (7, 33, 67).

Sosyal çevre içindeki önemli faktörlerden diğeri kadının içinde bulunduğu kültürel yapıdır. Kültür, tüm duygusal yaşantılar için önemli bir kavram olup, depresyon yaşama; bireyin bilişsel yapısı, inanç ve uygulamaları, duygusal tepki ve davranışlarını etkilemekte ve yardım arama davranışı kültürel farklılıklar göstermektedir. Birçok toplumda, bebeğin mükemmel olduğu, anneliğin iç güdüsel olarak doğum sonu erken dönemde geliştiği, anne-bebek arasındaki bağın kendiliğinden oluştuğu, anne olmanın her zaman mutluluk verici bir olay olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, bu toplumlarda, annenin bebeği anne sütü ile beslemesinin doğal ve kolay olduğu, pek çok annenin bebeğine bakabileceği ve doğum sonu altı hafta sonra kadının cinsel yaşamının normale döneceği gibi güçlü beklentiler de belirtilmektedir. Oysaki gerçek yaşamda bu beklentilere ulaşamamaya da beklentilerin gerçekleşmemesi annelerin kendilerini başarısız, yetersiz, tükenmiş ve ezilmiş hissetmelerine neden olabilmektedir (61, 64, 68, 69, 70).

Psikolojik faktörler; Doğum sonu dönemde, yeni doğum yapmış annede, doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen faktörden bir diğeri de psikolojik faktörlerdir. Psikolojik faktörler; annenin doğum sonu dönemde yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyonunu, benlik saygısını, aile ve çocukları ile ilgili sorumluluklarını ve gelişebilecek olan sorunlarla baş etme becerisini etkilemesi açısından biyolojik ve sosyal faktörler kadar önemlidir. Doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen psikolojik faktörler şunlardır (61, 62); Evlilik ilişkisinin zayıf olması, stresli yaşam olayları oluşturan durumların varlığı, benlik saygısının

düşük olması, beden imgesinde değişiklikler, prenatal (doğum öncesi) ve postnatal (doğum sonrası) depresyon ve anksiyetenin varlığı, ailede depresyon öyküsünün bulunmasıdır.

Nur ve ark. (71) yaptığı çalışmada eşin ilgisinin az olmasının doğum sonrası depresyon oranını 2.73 kat arttırdığını bulunmuştur.

Duygusal sorunlar yalnızca yeni doğum yapmış anneyi değil, aynı zamanda tüm aile üyelerini de etkilemektedir. Gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan çeşitli düzeylerdeki duygusal sorunlar, aile için sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi ve güvenliğini bozmasından dolayı önemlidir (61). Doğum sonu depresyon ile ilgili yapılan bir çalışmada, doğum sonu depresyon yaşayan kadınların eşlerinin, doğum sonu depresyon yaşamayan kadınların eşlerine göre daha fazla psikolojik problem ve eşlerinden memnuniyetsizlik yaşadıkları saptanmıştır (23).

Diğer faktörler; yeni doğum yapan annede, doğum sonu depresyon gelişimini biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler kadar etkileyebilen başka risk faktörleri de bildirilmektedir. Bunlar (61); Kadının yaşı, eğitim düzeyi, gebelik komplikasyonları, hiperemesis, doğum sayısı, prematüre doğum, adolesan doğumlar, emzirmeme, stresle baş etme yöntemleri, erkek bebek beklentisinin olması, fiziksel yardım eksikliği, göçtür.

Bu faktörler de, annenin benlik saygısını, kendini ifade edebilme durumunu, stresle baş etme yöntemlerini, çocuklarının bakımını, aile ile ilgisorumluluklarını ve rollerini olumsuz yönde etkilemesi açısından önemlidir (8, 9, 10). Örneğin; kadının eğitim durumunun doğum sonu dönemde, doğum sonu depresyon açısından risk yaratan önemli faktörlerinden olduğu bildirilmektedir (2, 8, 28). Kadınların, eğitim seviyelerinin yüksek olmasının, sosyo-kültürel ve ekonomik statülerinin artmasına, sorun çözme ve kendini ifade edebilme becerilerinin güçlenmesine olanak sağlayacağı belirtilmektedir (9). Kadının yaşı da, doğum sonu depresyon gelişimini etkileyebilen risk faktörleri arasında sayılabilir. Gebelik ve doğum sonudönemler, özellikle adolesan annelerde hızlı fiziksel ve psikolojik gelişimin yanında yeni annelik rolüne uyumu ve uyumun getirdiği fiziksel ve ruhsal sorunlarla baş etmeyi de güçleştirebilmektedir (1, 2, 8, 9).

Göç eden bireylerde fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik rahatsızlıkların da görüldüğü bilinmektedir. Bu ruhsal çöküntüden en fazla kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Kadınlar post travmatik stres bozukluğu, kültürel çatışma, aile rollerinde

değişim, aile içi şiddet gibi nedenlerle birçok ruhsal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (70, 71, 72, 73).

Sağlık açısından incelendiğinde göç süreci içerisinde göç eden bireyler birçok stresörle karşı karşıya kalmakta, stresin sağlık üzerindeki negatif etkisine ve stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğine bağlı olarak fizyolojik ve psikolojik kökenli birçok sağlık problemi ile karşılaşmaktadırlar (74). Topçu (75) tarafından yapılan çalışmalarda da göç eden kadınların stresle baş etme konusunda diğer bireylere göre daha yetersiz oldukları saptanmıştır.

2.3.2. Doğum Sonu Depresyonun Görülme Sıklığı

DSD ile ilgili çalışmaların çoğu batı kültürünün egemen olduğu ülkelerde yapılmıştır. Bu çalışmalara göre DSD, beyaz kadınların %15'ini, batıdaki beyaz olmayan kadınların %30'unu etkilemektedir. Doğu toplumlarındaki oran %0-40 arasında değişmektedir. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli ülkelerde yapılan yaygınlık çalışmalarında farklı oranlar saptanmıştır. Örneğin; Ülkelere göre EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon sıklıkları: Nepal'da %4,9, Avustralya'da %8, Birleşik Arap Emirliği'nde %22, Endonezya'da % 8,4, Çin'de % 15,6, İran'da % 22, Hindistan'da %23, Pakistan'da %56, Guyana'da %57, Kosta Rika'da 1. çalışmada %34, 2. çalışmada %46, İtalya'da yaklaşık %38,1, Şili'de yaklaşık %37,4, Florenzano'da %50, Vietnam'da %33, Lübnan'da %21, Fas'ta yaklaşık %14, İsviçre'de %6,7 Danimarka'da %5,Avusturya'da %5 Malta'da %3,9, Almanya'da yaklaşık %4,2, Fransa'da yaklaşık %8,5, Meksika'da %15,4, Norveç 'te yaklaşık %9,3, İsveç'te yaklaşık %12,3, Birleşik krallık' ta yaklaşık %12,8, Finlandiya'da yaklaşık %16,6'dır (76-84).

Türkiye'de bu konuda yapılan bazı çalışmalarda DSD sıklığı oranları %14- 40,4 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Çalışmalarda bulunan sonuçlar şöyledir: Buğdaycı ve ark. (24) %33, Ekuklu ve Tokuç (25) %40,4, Uyar (26) %28,5, Ayvaz ve ark. (27) %22,9, Aydemir'in (29) %30,6, Aktaş'ın (30) yaklaşık %18,5, Serhan'ın (31) çalışmasında ise doğum sonu depresyon riski %9,1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda farklı sonuçların çıkması, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılmasına,

kesme puanının değişik kullanılmasına ve çalışılan toplumun kültürel farklılıklarına bağlı olacağı düşünülmektedir.

2.3.3. Doğum Sonu Depresyonun Klinik zellikleri

Doğum sonu depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar, fakat doğumdan sonra 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzeler. Bazen doğumdan sonraki 4-5.aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (15, 20).

Doğum sonu depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif belirtilere benzemektedir. Bunlar; ağlamalı hal ve kontrolsüzce ağlama, uyku bozuklukları, yeme (iştah) bozuklukları (ok az veya fazla yeme), kendini değersiz hissetme, anksiyete ve hatta panik ataklar, suçluluk, bebekle ilgili endişeler, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, cinsel isteksizliktir (11, 28, 86).

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif belirtiler arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe doğum sonu depresyon bulguları olmakla birlikte, normal doğum sonu dönemde de görülebilir. Doğum sonu depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (28).

2.3.4. Doğum Sonu Depresyonun Tedavisi

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağıaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (87, 88). Doğum sonu depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülf tedaviden (EKT) yararlanılabilmektedir (11).

Psikoterapi, davranışsal terapi, evlilik ve aile terapileri doğum sonu depresyondaki anne ve babaya ya da her ikisine birlikte uygulanabilir. Psikoterapi, anne ya da babanın kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularına, duygularını anlamalarına ve iç çatışmalarını dışa vurmalarına, kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olur. Evlilik ve aile terapisi ebeveynlerin, depresyonun nedenlerini anlamalarına, suçluluk ve utanma duygularının azalmasına yardımcı olabilir. Psikoterapi ve diğer terapiler tek bağlarına hafif şiddetteki depresyonun iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir. Psikoterapi ve farmakolojik tedavi birlikte uygulanması depresyonun tedavisinde daha etkilidir (89, 90).

Doğum sonu depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSG) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıfından ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir.

EKT ise doğum sonu depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir. Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünölmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hâkimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (90).

Hamilton 300 postpartum depresyon vakasının %95'inde 6-7 hafta içinde elektrokonvülf tedavi uygulaması ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak

elektrokonvülfik tedavi, doğumu takip eden ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde elektrokonvülfik tedavi uygulanmasının derin ven trombozu ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (89).

2.3.5. Doğum Sonu Depresyon ve Ebelik Bakımı:

Doğum sonu dönemde görülen depresyon, diğer yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Doğum sonu depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir (98). Bu nedenle doğum sonu depresyon açısından riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavi sağlanması önemlidir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne sağlığını koruma ve yükseltme gibi sorumluluklara sahip olan ebelere bu konuda da önemli görevler düşmektedir. Yasal olarak ebeler birinci basamakta gebeleri 0-32'inci haftalar arasında 4 haftada bir, 32-36'ıncı haftalar arası 2 haftada bir, 36'ıncı haftadan doğuma kadar haftada bir olacak şekildedir. Loğusa izlemi doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ve doğumdan sonraki 2.ve 4. haftalarda izlenmelidir (92).

Ülkemizde doğumdan önce ve sonra birçok kez anne ile etkileşim içinde olan ebe doğum sonu depresyon yönünden değerlendirmelidir. Bunu sağlamada, doğum öncesi, doğum sonu depresyon açısından riskli durumlar belirlenmeli doğum sonu dönemde ise hem riskler hem de belirtiler yönünden izlenmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebeler doğum öncesi ve sonrası anneye ve aileye ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımına ihtiyacı olan kadınları tanımlamak için, doğum sonu depresyon göstergesi olabilecek belirti ve davranışları gözlemelidirler. Daha önce anksiyete, depresyon veya bipolar bozukluk gibi mental hastalıklar geçirenler, doğumlarından sonra annelik hüznü veya doğum sonu depresyon geçirenler, gebeliği süresince huzursuzluk ve endişe yaşayanlar, yüksek riskli bir gebelik geçirenler, evlilik veya iş değişikliği gibi yaşam stresleri / krizleri yaşayanlar, eşi ile iletişim zorlukları, değer çatışması, karar verme uyumsuzlukları, sevgi eksikliği gibi evlilikten memnuniyetsizliği olanlar, aile ve yakın arkadaşlarından algıladığı sosyal destek varlığı olmayanlar, bebeğin bakımını eşi olmadan tek başına yürütenler, istenmeyen ve planmayan gebelik yaşayanlar, eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük olanlar, annelik rolüne uyum

sağlamayan anneler doğum sonu depresyon için riskli grup olduğundan ebelerin bu anneleri daha yakından izlemeleri gerekmektedir. (88).

Doğum sonu depresyon tanısı Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği ve Beck Pospartum Depresyon Skalası gibi değerlendirme araçları ile konulabilir (89). Ebeler doğum sonrası ev ziyaretlerinde, doğum sonrası rutin sağlık kontrolleri veya bağışıklama sırasında riskli buldukları annelere değerlendirme araçlarını uygulayabilirler. Ziyaret sürecindeki devamlılık kadının güvende hissetmesini sağlayacağı gibi, algıladığı sosyal desteği güçlendirebilir. Kadının algıladığı sosyal destek, doğum sonu depresyona karşı koruyucu rol oynamaktadır (26).

Görüldüğü gibi annenin taşıdığı doğum sonu depresyon risklerini belirleme, ruhsal durumunu değerlendirme, tedavi edici müdahaleye katkıda bulunma ve gerekli bulduğunda sevk etme ebelerin sorumluluklarındandır. Tüm bunları yerine getirebilmede en önemli etkenlerden biri de ebelerin doğum sonu depresyon konusunda farkındalıklarıdır. Bu amaçla ebeler doğum sonu depresyonun risk faktörlerini, belirtilerini tanılama yöntemini ve verdiği zararları iyi bilmeli, her anneyi bu açıdan izlem altına alabilme bilgi ve becerisine sahip olmalıdır.

Ülkemizde ebeler koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde yer almakla yükümlüdürler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar (87). Ülkemizde 2009 Haziran ayından itibaren aile hekimliği uygulamasında gebe izlem formları ruh sağlığının sorgulanmasına yönelik düzenlenmiştir (EK -6). Depresyonu olan hastaların yaşadıkları umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, güçsüzlük, rol kaybı, uyku sürecinde bozulma, beslenmede değişim gibi sorunlar birer ebelik tanısı olarak ele alınmakta ve ebelerin müdahale edebilecekleri sorunlar arasında yer almaktadır. Ebenin depresyonu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle depresyon ve depresyonu olan bireye bakım konusunda bilgisini ve iletişim becerilerini kullanması gerekir (89, 90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Mersin il merkezindeki Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riskini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve analitik tipte bir araştırmadır. Mersin il merkezindeki Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riskini ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Mersin il merkezlerindeki rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş Akdeniz ve Toroslar ilçelerindeki 37 Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerinin 01.08.2011-15.10.2011 tarihlerinde bir yaşından küçük bebeklerini aile sağlığı merkezlerine getiren annelere uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mersin il merkezinde Toroslar, Akdeniz, Mezitli ve Yenişehir olmak üzere toplam 4 merkez ilçe bulunmaktadır. Bu ilçelerinden rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş olan Toroslar ve Akdeniz merkez ilçelerine bağlı 37 Aile Sağlığı Merkezlerinde 2010 yılına ait Mersin İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre

bir yaşımdan küçük bebeği olan 11196 anne araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (EK-7).

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Mersin il merkezindeki rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş Akdeniz ve Toroslar 37 Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bir yaşımdan küçük bebekleri olan annelerden araştırmayı kabul eden kişiler oluşturmuştur. 2010 yılına ait Mersin İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Akdeniz’de 6216, Toroslar’da 4980 kayıtlı 1 yaşımdan küçük bebek vardır.Toplam sayı 11196’dır.

Danacı ve ark.2002’de (91) Türkiye’de doğum sonu depresyon oranını %15, İnandı ve ark. 2005’te (92) yaptıkları araştırmalarında %30 olarak belirlenmiştir.Örnekleme kapsamına alınacak birey sayısının belirlenmesinde, depresyongörölme oranı %15 üzerinden hesaplanmıştır.Bu veriler doğrultusunda, örnekleme alınacak kişi sayısı, aşağıdaki formül kullanılarak belirlenmiştir.

$$n: N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (11196)

p: İncelenen olayın görölüş sıklığı (0,15)

q: İncelenen olayın görölmememe sıklığı (1-p = 0,85)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05).

$$n: 11196 X (1,96)^2 X 0,15 X 0,85 / (0,05)^2 X 11195 X 0,15 X 0,85= 203$$

Örnekleme kapsamına alınması gereken kadın sayısı, 203 olarak belirlenmiştir. Ancak araştırmanın değerlendirilmesinde kolaylık sağlaması açısından çalışmaya 270 kişiye ulaşılıncaya kadar devam edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 20 anne olmuştur.

3.5.1.Örneklem Seçim Kriterleri

Görüşme yapmayı ve veri toplama formundaki soruları anlamaya engelleyecek düzeyde zihinsel yetersizliği olmayan, ruhsal hastalık tanısı olmayan, 0-12 aylık sağlıklı bebeği olan anneler çalışmaya katılma konusunda bir ölçüt olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler annelerden mesai saatleri içinde toplanmıştır. Araştırma için gerekli verilerinin toplanması amacıyla 2 form kullanılmıştır. Birinci form çalışmaya alınan annelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek için hazırlanan ‘anne tanıtım formu’, ikinci form ise doğum sonu depresyon riskini belirleyen ‘EPDS’ (EK-3) dir. Araştırmacılar tarafından örnekleme alınan annelerden yazılı olarak izinleri alınarak, aynı gün içinde anketler uygulanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla, birinci form doğum sonrası depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin oluşması ve ikinci form ise EPDS’dir. Önce anne tanıtıcı formu doğum sonu depresyon oluşumunu etkileyen faktörler ve risk faktörlerinin sorulduğu anne tanıtım formu doldurulmuştur. Anne tanıtım formu (yaş, eğitim, meslek, eş mesleği, eş eğitimi, sağlık güvencesi, doğum şekli, aile tipi vb.) 33 adet sorudan oluşmuştur. EPDS 1987’de Cox tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (86).

EPDS'nin Türkçe formunun adı 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)' dir (25). Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EPDS'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgülüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (86).

EPDS 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6.,7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (29, 30). Çalışmada EPDS puanı 12 alınmış ve 12 ve üzeri puan alan kadınlar doğum sonu depresyon açısından riskli kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan annelerden gerekli açıklama yapıldıktan sonra yazılı izin alınmıştır.

3.9. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplamada sosyo-demografik özellikler soru formu işlerliğini anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Şevket Sümer Mahallesi'nde 15 anneye ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonuçları doğrultusunda gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada kullanılan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasına araştırmanın uygulanacağı kurumlardan kurum onayı alındıktan sonra başlanmıştır .Araştırma verileri annelerin tüm işlemleri bittikten sonra yazılı ve sözlü onamları alınarak yüz yüze görüşme tekniğiyle uygun bir odada toplanmıştır.

3.11. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 11.5 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Epidemiyolojik ölçüt olarak %95 güven aralığı (GA) içinde Odds Ratio (OR) ayrıca belirtildi.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çizelge 3.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Şubat- Mart 2011	Nisan- Mayıs 2011	Haziran - Temmuz 2011	Ağustos- Eylül 2011	Ekim- Aralık 2011	Ocak- Nisan 2012
Planlama, izinler						
Anket hazırlama						
Literatür taranması						

Verilerin toplanması						
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol						
İstatistiksel analiz						
Tez yazımı						

4. BULGULAR:

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler			Özellikler		
Yaş	Sayı	Yüzde	İlk evlenme yaşı	Sayı	Yüzde
19 yaş ve altı	21	8,4	18 yaş altı	110	44
20-30 yaş	161	64,4	19-30 yaş	137	54,8
31 yaş ve üzeri	68	27,2	31 yaş ve üzeri	3	1,2
Annenin gelir getiren bir işte çalışma durumu			Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Var	31	12,4	Var	229	91,6
Yok	219	87,6	Yok	21	8,4
Eğitim durumu			Eş eğitim durumu		
Okuryazar değil	38	15,2	Okuryazar değil	18	7,2
Okuryazar	22	8,8	Okuryazar	4	1,6
İlköğretim	121	48,4	İlköğretim	171	68,4
Lise ve üzeri	69	27,6	Lise ve üzeri	57	22,8
Mersin'de yaşadıkları süre			Doğum yeri Mersin		
5 yıldan az	4	1,6	Evet	141	56,4
5 yıl ve üzeri	246	98,4	Hayır	109	43,6
Şiddet durumu			Sağlık güvencesi		
Var	32	12,8	Var	241	96,4
Yok	218	87,2	Yok	9	3,6
Aile Tipi			Ailede yaşayan kişi sayısı		
Çekirdek aile	186	74,4	3	78	31,2
Geniş aile	64	26,6	4-7	119	47,6
			8 ve üzeri	53	21,2
Toplam	250	100	Toplam	250	100

Annelerin yaş ortalaması $26,70 \pm 5,93$ (median: 26, min: 17, max: 42), %94,8'i evli, %87,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %32'si ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin %91,6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, eğitim durumlarının %38,4'ü ilkokul, %41,2'si lise ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin evlenme yaş ortalamaları $20,19 \pm 4,059$ (median: 19, min: 14, max: 40), %70'i akraba evliliği yapmamış, %74,4'ü çekirdek aile tipine sahip ve ailede yaşayan kişi sayısı da ortalama $5,00 \pm 2,49$ (median: 5, min: 3, max: 15) belirlenmiştir. En uzun yaşadıkları yerleşim birimlerine göre %47,2'si ilçe merkezinde, %81,2'si 5 yıldan daha fazla, Mersin'de yaşadığı, %56,4'ünün doğum yeri Mersin olduğu belirlenmiştir. Şiddet görme durumları incelendiğinde %87,2'sinin eşlerinden şiddet görmedikleri belirlenmiştir. Sağlık güvencesi durumlarına bakıldığında %96,4'nün sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Tabloda gösterilmemekle birlikte kadınların %26,6'sında tanısı konulan sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Bu sağlık sorunlarından ilk üç tanesi; Anemi, hipertansiyon ve diyabettir.

4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri

Çizelge 4.2. Annelerin Doğurganlık Özellikleri

Özellikler			Özellikler		
Son gebelikte sağlık sorunu	Sayı	Yüzde	Gebeliği isteme durumu	Sayı	Yüzde
Var	89	35,6	Evet	180	72
Yok	161	64,4	Hayır	70	28
Toplam	250	100	Toplam	250	100
Gebelik sayısı			Yaşayan çocuk sayısı		
1	102	40,8	1	110	44,0
2-3	112	44,8	2-3	109	43,6
4 ve üzeri	36	14,4	4 ve üzeri	31	12,4
Toplam	250	100	Toplam	250	100
Canlı doğum sayısı			İki gebelik arasındaki süre*		
1	110	44,0	2 yıl ve daha az	10	6,8
2-3	111	44,4	2 yıldan fazla	138	93,2
4 ve üzeri	29	11,6			
Toplam	250	100	Toplam	148	100
Düşük sayısı *			Ölü doğum*		
Var	33	22,2	Var	20	13,5
Yok	115	77,8	Yok	128	86,5
Toplam	148	100	Toplam	148	100

*Bu sorulara ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

Annelerin %74,4'ünde tanısı konulan herhangi bir sağlık sorunu yok, %44,8'nin gebelik sayısı 2-3, %44,4'ünün canlı doğum sayısı 2-3, %8'inin ölü doğumu var, %44'nün yaşıyan çocuk sayısı 1%93,2'sinin iki gebelik arasındaki süre 2 yıldan fazla ve %13,2'sinin isteyerek düşüğü vardır. Doğumla sonuçlanan son gebeliğı (bu gebeliğı) isteyip istemediğıne bakıldığında %72'sinin bu gebeliğı istediğı belirlenmiştir. Gebeliğı istememe nedenleri çocuk sayısının yeterli olması, diğer çocuğun yaşıının küçük olması, evliliğinin yeni olması, önceki doğumlarının ölü olması ve ekonomik sebeplerden bu gebeliğı istemediğı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Tabloda gösterilmemekle birlikte kadınların %98'i doğum öncesi bakım almıştır. Alınan bakım yeri incelendiğinde %66,5'u hastanede bakım almıştır. Bakım alma sayıları incelendiğinde ortalama $3,00 \pm 0,12$ (median:3, min: 2,00 max: 4,00) bulundu.

4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özellikleri

Çizelge 4.3. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Doğum zamanı		
Miadında	214	85,6
Erken doğum	24	9,6
Geç doğum	12	4,8
Doğum şekli		
Normal doğum	157	62,8
Sezaryen	93	37,2
Bebek cinsiyeti		
Kız	110	44,0
Erkek	140	56,0
Bebekte problem		
Var	82	32,8
Yok	168	67,2
Doğum sonu süre		
1.ay	139	55,6
2-6 ay arası	62	24,8
7-12 ay arası	49	19,2
Toplam	250	100

Annelerin %85,6'sının doğumu miadında, %62'sinin hastanede normal doğum yaptığı, %56,0'nın erkek %44,0'nın kız bebeğe sahip olduğu, %32,8'nin bebeklerinde problem olduğu, %55,6'sının 0-1ay, %24,8'nin 2-6 ay, %19,2'sinin 7-12 ayda oldukları belirlenmiştir. Bebekteki problemler; emme problemi, sarılık, doğum travması, çok zayıf veya iri bebek ve diğer (pnömoni vb.) dir (Çizelge 4.3).

4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri

Çizelge 4.4. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Ailede ruhsal hastalık		
Var	16	6,4
Yok	234	93,6
Toplam	250	100
Doğum öncesi ve doğum sonu dönemde ruhsal sorun*		
Var	35	23,6
Yok	113	76,4
Toplam	148	100
Psikolojik bir problemde destek alma durumu**	n (35)	
Psikolog -Psikiyatrist	6	17,1
Diğer (eş, anne, kardeş, komşu)	19	54,4
Yardım almadım	10	28,5
Toplam	35	100

* Bu soruya 148 anne cevap vermiştir.

** Bu soruya 35 anne cevap vermiştir.

Ailede ruhsal hastalık durumu incelendiğinde %93,6'sının ailesinde ruhsal hastalığın olmadığı, %76,4'ü önceki gebeliklerinde ya da doğumlarında herhangi bir ruhsal sorun yaşamadığı ve psikolojik bir problemde %54,2'si diğer (eş, anne, komşu, akraba) kişilerden, %28,5'si hiç yardım almadığı ve %17,1'i psikiyatrist ve psikologdan destek aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.4).

4.5. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.5.Annelerin Doğum Sonu Depresyon Riski

Doğum sonu depresyon riski	Sayı	Yüzde
Yok	179	71,6
Var	71	28,4
Toplam	250	100

EPDS kesme puanı 12 ve üzeri alındığında, annelerin %71,6'sında doğum sonu depresyon riskinin olmadığı ve %28,4'ünde doğum sonu depresyon riskinin olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.5).

4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.6. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski (n =71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Anne yaşı					
19 yaş altı	3	14,3	18	85,7	0,057
20-30 yaş	42	26,1	119	73,9	
31 yaş üzeri	26	38,2	42	61,8	
Medeni durum					
Evli	71	30	166	70	0,020
Bekar	0	0	13	100	
Anne gelir getiren işte					
Çalışıyor	4	12,9	166	70	0,020
Çalışmıyor	67	30,6	13	100	
Anne eğitim durumu					
Okur-yazar değil	19	50	19	50	0,00
Okur-yazar	9	40,9	13	59,1	
İlköğretim	27	66,3	53	33,8	
Lise ve üzeri	16	14,5	94	85,5	
Eş eğitim durumu					
Okur- yazar değil	9	50	9	50	0,006
Okur- yazar	2	50	2	50	
İlköğretim	34	35,4	62	64,6	
Lise ve üzeri	26	19,7	106	80,3	
Eş gelir getiren işte					
Çalışıyor	65	91,5	164	91,6	0,985
Çalışmıyor	6	8,5	15	32,4	
Evlenme yaşı					
18 yaş ve altı	44	61,9	66	37	0,009
19-30 yaş	27	38,1	110	61,4	
31 yaş ve üzeri	0	0	3	1,6	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski belirlenen annelerin %26,1'i 20-30 yaş arasında, %38,2'sinin 31 yaş ve üzerinde olduğu ve %28,6'sının eşinin gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Ancak farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Evlilerin %30'nun, eğitim durumu ilköğretim olanların %66,3'nün, eşinin eğitim durumu okur-yazar olan ve olmayanların %50'sinin ve 18 yaş ve altında evlenen annelerin %40'nın depresyon riski olduğu belirlenmiştir ve farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (izelge 4.6).

4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.7. Annelerin Aile Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Aile özelliklerine göre doğum sonu depresyon riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Akraba evliliği					p-value
Var	34	45,3	41	54,7	0,001
Yok	37	21,1	138	78,9	
Aile tipi					
Çekirdek aile	47	25,3	139	74,7	0.061
Geniş aile	24	37,5	40	62,5	
Ailede yaşayan kişi sayısı					
3	7	8,9	72	91,1	0,001
4-7	37	31,4	81	68,6	
8 ve üzeri	27	50,9	26	49,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski taşıyan annelerin %21,1'nin akraba evliliği yaptığı belirlendi ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin %37,5'nun geniş ailede yaşadığı belirlendi. Ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Annelerin %31,4'nün ailesinde yaşayan kişi sayısı 4-7 kişidir ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.7).

4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.8. Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğdukları ve Yaşadıkları Yere Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
En uzun yaşadıkları yer					
İl merkezinde,	35	34,7	66	65,3	0,156
İlçe merkezinde	27	22,9	91	77,1	
Köy ve ya bucakta	9	29	22	71	
Mersin’de yaşadıkları süre					
5 yıldan az	4	100	0	0	0,001
5 yıl ve üzeri	67	27,2	179	72,8	
Doğum yeri Mersin					
Evet	34	24,1	107	75,9	0,087
Hayır	37	33,9	72	66,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %34,7’i en uzun süre yaşadıkları yerin il merkezi olduğu ve %33,9’nun doğum yerinin Mersin olmadığı belirlenmiştir. Ancak farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kaç yıldır Mersin’de yaşadıkları incelendiğinde %100’ünün 5 yıldan daha az süredir Mersin’de yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.8).

4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.9. Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Şiddet Durumuna Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n =71)		Depresyon riski yok (n=179)		p- value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Var	19	59,4	13	40,6	0,001
Yok	52	23,9	166	76,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %59,4'ünün eşlerinden şiddet gördükleri ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.9).

4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.10. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n =179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value
Gebelik sayısı					
1	10	9,8	92	90,2	0,000
2-3	36	32,1	76	67,9	
4 ve üzeri	25	69,4	11	30,6	
Canlı doğum sayısı					
1	12	10,9	98	89,1	0,000
2-3	40	36	71	64	
4 ve üzeri	19	66,5	10	34,5	
Ölü doğum sayısı**					
Var	10	50	10	50	0,391
Yok	51	39,8	77	60,2	
Düşük sayısı**					
Var	20	60,6	13	39,4	0,010
Yok	41	35,7	74	64,3	
Yaşayan çocuk					
1	12	10,9	98	89,1	0,000
2-3	38	34,9	71	65,1	
4 ve üzeri	21	67,7	10	32,3	
Gebelik süresi**					
2 yıl ve daha az	6	60	4	40	0,211
2 yıldan fazla	55	39,9	83	60,1	
Gebeliği isteme					
Evet	32	17,8	148	82,2	0,000
Hayır	39	55,7	31	44,3	
Gebelikte sağlık sorunu					
Var	37	41,6	52	58,4	0,001
Yok	34	21,1	126	78,9	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

**Bu sorulara ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

Depresyon riski saptanan annelerin doğurganlık özellikleri incelendiğinde %50,7'sinin gebelik sayısı 2-3 olduğu, %66,5'unun 4 ve üzeri canlı doğumu ve %67,7'sinin 4 ve üzeri yaşayan çocuğunun olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölü doğum varlığına bakıldığında %50'sinin ölü doğumunun olduğu belirlenmesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p>0,05$). İsteyerek düşük varlığına bakıldığında %60,6'sının düşüğünün olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gebelik sürelerine bakıldığında %60'nın gebelik süresinin 2 yıl ve daha az olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gebelikte sağlık sorunları incelendiğinde %41,6'sının gebeliğinde sağlık sorunun olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.10).

Tabloda gösterilmemekle birlikte depresyon riski saptanan annelerin %28,6'sı doğum öncesi bakım almış olup fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). %30,1'i hastanede ve %28,2'si 5 ve üzeri doğum öncesi bakım aldığı bulunmuştur. Ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.11. Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n=71)		Depresyon riski yok (n=179)		p-value*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğum zamanı					p-value
Miadında	63	29,4	151	70,6	0,390
Erken doğum	4	16,7	20	83,3	
Geç doğum	4	33,3	8	66,7	
Doğum şekli					
Normal doğum	44	28	113	72	0,865
Sezaryen	27	29	66	71	
Bebeginin cinsiyeti					
Kız	32	29,1	78	70,9	0,830
Erkek	39	27,9	101	72,1	
Bebekte sağlık sorunu					
Var	24	33,8	58	66,2	0,436
Yok	47	28	121	72	
Doğum sonu süre					
Doğum sonu 0-1 ay	29	20,9	110	79,1	0,004
Doğum sonu 2-6 ay	20	32,3	42	67,7	
Doğum sonu 7-12 ay	22	44,9	27	55,1	
Toplam	71	100	179	100	

* χ^2 : Ki kare test ile bulunan p değeridir.

Depresyon riski saptanan annelerin %88,7'sinin doğumunun miadında, %29'unun sezaryen ile doğum yaptığı, %54,9'u erkek, %45,1'i kız bebeğe sahip olduğu, %66,2'sinin bebeğinde sağlık sorununun (emme problemi, sarılık, doğum travması vb.) olmadığı belirlenmiştir. Farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Doğum sonu sürelerine bakıldığında %44,9'u doğum sonu 7-12 ay arasında ve fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.11).

4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Çizelge 4.12. Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski

Annelerin Ruh Sağlığı Özellikleri Göre Doğum Sonu Depresyon Riski	Depresyon riski var (n =71)		Depresyon riski yok (n =179)		p-value
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p-value*
Ailede ruhsal hastalık					
Var	7	43,8	9	56,2	0,163
Yok	64	27,4	170	72,6	
Doğum öncesi ve doğum sonu dönem ruhsal sorun**					
Var	22	62,9	13	37,1	0,007
Yok	39	34,5	74	65,5	
Psikolojik sorunla baş etme durumları***					
Psikiyatri-psikolog	3	75	1	25	0,414
Diğer (eş, anne, akraba)	12	54,5	10	45,5	
Yardım alamadım	7	77,8	2	22,2	

* χ^2 :Ki kare test ile bulunan p değeridir.

**Bu soruya ilk gebeliği olmayan 148 kişi cevap vermiştir.

***Bu soruya önceki gebeliklerinde ya da önceki doğumlarda ruhsal sorun yaşayan 35 kişi cevap vermiştir.

Depresyon riski saptanan annelerin %43,8'nin ailesinde ruhsal hastalığın olduğu, psikolojik sorunla baş etme durumları incelendiğinde %54,5'nun diğer kişilerden (eş,anne, akraba) destek aldıkları ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$). Doğum öncesi ve doğum sonu ruhsal sorun yaşama durumları incelendiğinde %62,9'nun ruhsal sorun yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$) (Çizelge 4.12).

4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi

Çizelge 4.13. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi

Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi	Depresyon var (n=71)	%	Depresyon yok (n =179)	%	OR	%95 Güven aralığı (GA)
Akraba evliliği						
Var	34	45,3	41	54,7	2,144	(1,468-3,132)
Yok	37	21,1	138	78,9		
Şiddet durumu						
Var	19	59,4	13	40,6	2,489	(1,716-3,611)
Yok	52	23,9	166	76,1		
Bebek cinsiyeti						
Kız	32	29,1	78	70,9	1,044	(0,703-1,550)
Erkek	39	27,9	101	72,1		
Ailede ruhsal sorun						
Var	7	43,8	9	56,2	1,600	(0,884-2,896)
Yok	64	27,4	170	72,6		
Annede ruhsal sorun						
Var	22	62,9	13	37,1	1,821	(1,271-2,610)
Yok	39	34,5	74	65,5		

Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 (%95 GA (1,468-3,132) kez daha fazla idi. Şiddet görenlerde depresyon riski şiddet görmeyenlere göre 2,489 (%95 GA (1,716-3,611) kez daha fazla idi. Bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 (%95 GA (0,703-1,550) kez daha fazla idi. Ailede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,600 (%95 GA (0,884-2,896) kez daha fazla idi. Annede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,821 (%95 GA (1,271-2,610) kez daha fazla idi (Çizelge 4.13).

5. TARTIŞMA

Gebelik, doğum ve özellikle de doğum sonu dönem kadınlar için fizyolojik, ruhsal ve sosyal sorunların yaşandığı bir kriz dönemi olmaktadır (53). Doğum sonu dönemde anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla doğum sonu dönem kadın için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, bu rollere alışılmayan, zorlukları ve güçlükleri beraberinde getiren ruhsal sıkıntıların yaşanabileceği bir dönem de olabilmektedir (6,9). Bu nedenle kadınlar, doğum sonrası ilk bir yıl içinde psikiyatrik hastalıklar özellikle anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren de psikoz açısından risk altındadırlar. Literatürde, bu hastalıklar içerisinde yer alan doğum sonu depresyonun en fazla görülen sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir (15).

Araştırma kapsamına alınan Mersin ili Akdeniz ve Toroslar İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 1 yaşından küçük bebeği olan 250 kadında EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon riski %28,4 olarak saptandı. EPDS kesme puanı 12 ve üstü alındı.

EPDS ölçeği kullanılarak tespit edilen doğum sonu depresyon riski ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, Nepal'da %4,9, Avustralya'da %8, Endonezya'da %8,4, Meksika'da %15,4, Çin'de %15,6, İran'da %22, Hindistan'da %23, Pakistan'da %56, Guyana'da %57' tür (76-84).

Türkiye'de DSD sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bazı çalışmalarda, DSD sıklığı %14-40,4 gibi geniş bir aralıkta belirlenmiştir(12). Manisa'da, %36,9, İzmir' de %29 Samsun'da %23,1 olarak belirlenmiştir (30). Mersin'de Buğdaycı ve ark. (24) çalışmasında doğum sonu depresyon riski yaklaşık %33 bulunmuştur.

Anne yaşı DSD görülme durumunu etkileyebilen önemli risk faktörlerindedir. Çalışmamızda anne yaşı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki rastlanmamıştır. ($p>0,05$).

Aydemir'in (29), Aktaş'ın (30), Serhan'ın (31), Durukan'ın (94), Efe ve ark.ve Özdemir'in (95) çalışmalarında da anne yaşının doğum sonu depresyon sıklığını

etkilemediği saptanmıştır. Verkerk ve ark. (96) Hollanda’da yaptıkları çalışmada yaş ile EPDS skorları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuşlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

İnandı ve ark. (108) çalışmasında da küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bulgulardaki farklılığın çalışmamızdaki annelerin ağırlıklı olarak adölesanları kapsamadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumu DSD görülme olasılığını artırabilen diğer bir risk faktörüdür. Çalışan kadınların, temel gereksinimlerini karşılama, yaşamsal güçlüklerle baş edebilme, sosyo-ekonomik sorunları daha azyaşama ve ev ortamı dışında kendi iş çevresi ile iletişim halinde olmaları nedeniyle DSD görülme riski çalışmayan kadınlardan daha az olabilmektedir(110). Çalışmamızda kadınların çalışma durumu ile depresyon riski arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p<0,05$). Ancak konu ile literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Özdemir’in (95) ve Serhan’ın (31) Konya ilindeki çalışmalarında, Aktaş’ın (30) ve Durukan’ın (94) Ankara’daki çalışmalarında da annenin mesleği ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, Nur ve ark. (71) Sivas’ta, İnandı ve ark. (92) Türkiye’nin orta ve doğusunda yaptıkları çalışmalarda doğum sonu depresyon riski ile annenin çalışmaması arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Atasoy ve ark. ise çalışan annelerde doğum sonu depresyon riski çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (30).

Bizim çalışmamızda annelerin çoğunluğu ev hanımı olduğundan doğum sonu depresyon ile ilişki kurulamamıştır. Ayrıca çalışan kadınların doğum sonu erken dönemde çalışma yaşamına yenidenbaşlamaları, bebeğin bakım sorumlulukları nedeniyle sık sık iş yerinden izinalmak zorunda kalmaları ve bunun sonucunda işveren ve iş arkadaşlarınınolumsuz tutumlarıyla karşılaşabilme olasılıklarının artması, çalışmayan annelerin de ekonomik zorluklar nedeniyle depresyon görülme olasılığının artması ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların öğrenim düzeyi, DSD görülme durumunu etkileyebilen risk faktörleri arasındadır (8). Literatürde, kadınların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, sosyo-kültürel ve ekonomik statülerinin artmasına, problem çözmebecerisinin güçlenmesine, gelecek kaygısını daha az yaşamalarına ve kendilerine güvenlerinin artmasına neden olacağı bildirilmektedir (98). Çalışmamızda anne eğitim durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Durukan'ın (94) İstanbul'daki, Sünter'in (98) Samsun'daki çalışmalarında annenin eğitim düzeyi ile DSD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. DüNDAR (85) çalışmasında annelerin eğitim düzeyi ile DSD puanları arasında bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça doğum sonu depresyon puanının azaldığını saptamıştır. İnandı ve ark. (92) çalışmalarında da eğitim düzeyi azaldıkça DSD oranının arttığı bildirilmiştir. Aktaş'ın (30) Ankara'daki çalışmasında annenin eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Okuryazar olmayan kadınların doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS' den aldıkları puan ortalamaları, ilköğretim ve lise ve üzeri öğrenim düzeylerine sahip olan kadınlara göre yüksektir. Campbell ve ark. (97) 1033 kadında yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aderibigbe ve ark.(107) Nijeryalı 53 kadınla yaptıkları çalışmada eğitim süresi 6 yıl ve daha altında olan annelerin DSD puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir

Ekuklu ve ark. (25) Edirne'de yaptıkları çalışmada, Serhan'ın (31) ve Özdemir'in (95) Konya ilindeki, Nur ve ark. (71)Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında, Verkerk ve ark. (96) Hollanda da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Öğrenim düzeyi arttıkça kadınların doğum sonu dönemde yaşabilecekleri sorunları ifade edebilme, depresyonu algılama ve anlamlandırmada daha etkin olabileceklerini düşündürmektedir.

Eşin çalışma durumu doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda eşin çalışma durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir'in (95) Konya'daki, DüNDAR'ın (85) Manisa'daki çalışmaları eşlerin çalışma durumu ile DSD riski arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur.Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ekuklu ve ark. (25) Edirne'deki çalışmalarında, eşleri çalışmayan annelerde DSD riskinin arttığını saptamışlardır. Nur ve ark. (71) Sivas'taki, Serhan'ın (31) Konya'daki, Durukan'ın (94) ve Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında DSD riski ile eşlerin çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınlarda DSD daha çok görülmüştür.Aydın ve Tokuç da yaptıkları çalışmalarda eş işsizliğini DSD için risk faktörü olarak saptamışlardır. Düşük ekonomik statüdeki

kadınlarda kötü yaşam koşullarının depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Fakirlik depresyon için kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir (30).

Ekonomik gelirleri eş çalışmamasına bağlı olan kadınlardaki düşük gelir düzeyinin neden olduğu kötü yaşam koşullarının depresyon için risk faktörü olduğunu ve bu kadınların ayrıntılı değerlendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Eşin eğitim durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Eşin eğitim durumu ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Özdemir'in (95) ve Serhan'ın (31) Konya'daki, Dündar'ın (85) Manisa'daki, Durukan (94) ve Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmalarında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile DSD riski arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ekuklu ve ark. (25) çalışmalarında, kadınların eşlerinin eğitim düzeyi düştükçe DSD riskinin arttığını saptamışlardır. Sünter ve ark. (98) çalışmalarında eşlerin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olma durumunda DSD riski 2 kat daha fazla bulunmuşlardır. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Eğitim düzeyi yüksek eşlerin bebek bakımı konusunda eşlerine daha çok destek olduklarını göstermiştir.

İlk evlenme yaşı doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda evlenme yaşı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Adölesan annelerde doğum sonrası depresyon riski yüksek olarak saptanmıştır. Anne yaşının küçük olması DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Erken yaşta, 18 yaşından önce, evlilik yapan ve premenstrual semptomları olan kadınlarda depresyon oranı fazla bulunmuştur (27, 92). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Atasoy ve Dündar'ın (85) yaptıkları çalışmalarda annelerin evlenme yaşı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ülkemiz genelinde yapılan her dört evlilikten biri çok küçük yaşlarda yapılabilmektedir. Ataerkil ve geleneksel toplum yapısı, erken yaşta evlilikleri normalleştirilmiş ve meşrulaştırmıştır. Oysa erken yaşta yapılan evlilikler kız çocuklarının toplumdaki eşitsiz konumunu pekiştirmekte ve hayat tercihlerini azaltmaktadır. Bu sonuç

henüz gelişimini tamamlamamış gençlerin evliliğin getirdiği ağır sorumlulukları yüklenmesinin psikolojik travmaların ortaya çıkmasına neden olabileceğini göstermektedir.

Akraba evliliği doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda akraba evliliği ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Kuzey Afrika, Ortadoğu ve merkezi Asya boyunca Hindistan'da Müslüman nüfusun yoğun olduğu bölgelerde evliliklerin büyük bir oranının yakın biyolojik bağı olan akrabalar arasında yapıldığı belirlenmiştir. Güney Asya ülkeleri akraba evliliğin en yüksek olduğu ülkelerdir. Bu ülkelerde akraba evliliği yapan kadınların sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden geldikleri, eğitim seviyelerinin de düşük olduğu, çok erken yaşta çocuk doğurmaya başladıkları saptanmıştır (99). Aileleri tarafından akrabaları ile zorunlu olarak evlendirilen bu kadınlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk, benlik saygısında düşme ve intihara eğilim gözlenmiştir.

Türkiye'de de halen akraba evliliklerinin oldukça yaygın olduğu, bu ailelerde kadının tek rolünün annelik olduğu ve annenin başka bir konuda söz sahibi olmadığı söylenebilir. Bunun kadınlarda daha çok stres yarattığı ve doğum sonu depresyona yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir.

Aile tipi doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Çalışmamızda aile tipi ile depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Ekuklu ve ark. (25), Danacı ve ark. (91), Serhan'ın (31) çalışmalarında, aile tipi ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Yaşamın şehir merkezine kayması ile geçmiş yıllara göre ailelerin geniş aile tipinden çok çekirdek aile tipine sahip olduğu ile ilişkilendirilmiştir.

Ailede yaşayan kişi sayısı doğum sonu depresyon için diğer risk faktörlerindedir. Ailede yaşayan kişi sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Öte yandan literatürlerde de; zayıf aile ilişkileri olan özellikle eş ailesi ile çatışmaları olan, ekonomik zorunluluklardan dolayı eş ailesi ile beraber yaşayan, kötü kayınvalide ilişkileri olan, aileden bebek bakımı konusunda yeterli desteği alamadığını düşünen kadınlarda doğum sonu depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (26,100).

Ailede yaşayan kişi sayısının artmasının kadınlar için daha fazla zorluk ve yük getirdiğini ve doğum sonu depresyona yatkınlığın attırması ile ilişkilendirilebilir.

En uzun süre yaşanan yer doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. En uzun yaşanan yerleşim birimi ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Hocaoğlu ve ark. (100) Özdemir'in (95) çalışmalarında yerleşim yeri ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Danacı ve ark.(91) Manisa il merkezindeki çalışmalarında, DSD sıklığının gecekonduda yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre 2.77 kat daha sık görüldüğünü saptamışlardır. İnandı ve ark. (92) çalışmasında ise, köyde veya kırsal alanda yaşayan annelerde DSD sıklığı şehirde yaşayanlara göre 1.02 kez daha çok görülmüştür.

Kırsal ve köyde yaşayanların sağlık bakımı almalarının daha zor olduğundan doğum sonu depresyona yatkınlıklarının artacağı düşünülmektedir.

Göç etme doğum sonrası depresyon için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %43,6'sı göç ettiklerini, %64,2'si doğu bölgesi (Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu), %20,2'si güney (Akdeniz), %11,1'i batı (Marmara ve Ege), %4,6'sı kuzey (Orta Anadolu ve Karadeniz) bölgesinden geldiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda göç etme ile doğum sonu depresyon riski arasında anlamlı ilişki yoktur($p>0,05$).

Aydemir'in (29) İstanbul'daki çalışmasında DSD sıklığı ile göç etme durumu arasında anlamlı ilişki yoktur. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Şehirlerdeki hızlı değişim ve kompleks sosyal oluşum kültürel ayrılıklar oluşturmuştur. Kadınlar için ek risk faktörleri olan cinsiyet ayrımı, sosyal statü, sınırlı eğitim fırsatları, sosyal hizmet yokluğu kadın sağlığı açısından fazladan yük getirmektedir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan büyük şehirlere göç eden kadınlarda zor yaşam koşulları, düşük gelir seviyesi, yüksek doğurganlık, düşük eğitim seviyesi depresyonda kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir (94). Ancak bu çalışmada göç doğum sonrası depresif semptomatolojide bir risk faktörü olarak saptanmamıştır. Bu sonuç çalışmaya katılan annelerin sağlık hizmetlerine ulaşabilen bir alt grubu temsil ettiği de göz önüne alınarak yorumlanmalıdır.

Şiddet görme durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda şiddet görmekle doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Danacı ve ark. (91) tarafından eş ve eşin ailesi ile kötü ilişkileri olan kadınlarda doğum sonrası depresyon oranları yüksek oranda tespit edilmiştir. Zayıf evlilik ilişkisi ve aile içi şiddet ve etnik faktörler DSD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir (101). Aydemir'in (29) yapmış olduğu çalışmada aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Şiddete maruz kalmanın birden çok psikolojik bozukluğa yol açtığını ve ayrıca çalışmalarda kadınların şiddeti algılama düzeylerinin de ayrıca sorgulanması bu konuda yardımcı olacaktır.

Sağlık güvencesinin varlığı doğum sonu depresyon açısından bir risk faktörüdür. Sağlık güvencesi ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Dündar (85), Aydemir ve Özdemir'in (95) çalışmalarında annelerin sağlık güvencesi ile DSD sıklığı arasında bir ilişki olmadığı saptanmışken, Sünter ve ark. (98) çalışmalarında sağlık güvencesi olmayanlarda DSD'nun 2,1 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Aktaş'ın (30) çalışmasında sağlık güvencesi ile DSD sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İnandı ve ark. (92)'nin yaptığı bir çalışmada düşük ekonomik statüdeki özellikle eşleri işsiz ve herhangi bir sosyal sağlık güvencesine sahip olmayan ev kadınlarında DSD riski yüksek olarak bulunmuştur. Danacı ve ark (91) yaptığı bir çalışmada yaşayan çocuk sayısı fazla olan, gecekonduda yaşayan, sosyal güvencesi olmayan düşükekonomik statüdeki kadınlarda depresyon riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Mancini ve ark. (102) yaptığı bir çalışmada fakirlik ve buna bağlı sosyal sağlık güvencesi olmama orta sınıf beyaz kadınlarda DSD için risk faktörleri arasında belirtilmiştir.

Sağlık güvencesi olmayan kadınların, gelir durumlarının genellikle düşük olduğu, yaşamlarında sağlıkla ilgili konulara beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerden sonra ikinci planda yer verdikleri ya da sağlık açısından olumsuz giden durumların farkına varamamaları ile ilişkilendirilir. Çalışmamızdaki örneklem grubunun ağırlıklı olarak sağlık güvencesi olan kişilerden oluşması böyle bir ilişkinin belirlenmesini kısıtlayan bir faktör olarak düşünülmektedir.

Gebelik sayısı DSD görülme durumunu etkileyen risk faktörleri arasındadır. Gebelik sayısı ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Aktaş'ın (30) çalışmasında gebelik sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebelik sayılarına göre EPDS puan ortalamalarının doğum sonu 1.gün ve 2. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Türkistanlı ve ark.(10) İzmir'de, Özdemir'in (95) Konya'da Sünter ve ark. (98) Samsun'da, Hocaoglu ve ark. (100) Trabzon'da yaptıkları çalışmalarda gebelik sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların gebelik sayısının artması nedeniyle annelerin kendilerine daha az zaman ayırmaları, uykusuz kalmaları, yeterince dinlenememeleri, eşleri ile daha önceki dönemlere göre daha az vakit geçirmeleri gibi nedenlere bağlı olarak doğum sonu dönemde kolaylıkla duygu durum bozukluklarının gelişebileceğini düşündürmektedir.

Canlı doğum sayısı doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda canlı doğum sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Literatürde, ilk doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (103). Aydemir'in (29) çalışmasında doğum sayısı ile depresyon arasında ilişki saptanamamıştır..

Annelerin doğum sayısı arttıkça, yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun DSD riskinin artmasında önemli bir neden olduğunu gösterebilir.

Annenin daha önce ölü doğum yapmış olması doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Ölü doğum gibi ümit kırıcı bir tablo ile sonuçlanmış gebeliklerin kadın için şüphesiz ki moral çöküntüsü olduğundan DSD gelişmesine neden olabilmektedir. Çalışmamızda ölü doğum varlığı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$). Atasoy ve ark.(103) Özdemir'in (95) yapmış olduğu çalışmalarda da ölü doğum öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ölü doğum öyküsü olan kadınların geleceğe ait gebelik ve doğumlarının etkilenmeyeceğine dair gerekli teminatlar verilerek ve ruhsal destek sağlanarak doğum sonu depresyon riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Çocuk sayısının fazla olması doğum sonu depresyon riski için önemli bir faktör olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).

Danacı ve ark. (91) yaptıkları çalışmada ise yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesine neden olan önemli bir etmen olarak belirlenmiştir. Portekiz’de bir kent merkezinde 352 anneden oluşan örnekleme yapılan çalışmada da çocuk sayısının fazla olması yüksek depresyon puanlarına yol açan bir etmen olarak gösterilmiştir. Pakistan’da yapılan bir çalışmada; 5 ve üzerinde çocuksahibi olma DSD için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. (104). Pakistan’da gebeliklerinin son trimesterinde deprese olarak tespit edilen anneler doğum sonu ilk 1 yıla kadar takip edilmişler ve süregelen depresyonla yoksulluk, 5 ve üzerinde çocuk sahibi olma, ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ülkemizde Özdemir (95), Türkistanlı (10), Ekuklu (25), Aydemir (29), ve Dündar’ın (85) yaptıkları çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşayan çocuk sayısının fazla olması ile annelerin kendilerine daha az vakit ayırmalarına, bebek bakımı konusunda sorun yaşamalarına ve anne bebek iletişiminin bozulması sonucunda DSD riskinin artması ile ilişkilendirilir.

İsteyerek düşük doğum sonu depresyon gelişimi açısından diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda isteyerek düşük yapma ile doğum sonu depresyon gelişme riski bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). İnandı ve ark. (92) yaptıkları bir çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı, düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2,4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Atasoy (103), Özdemir (95), Serhan (31) ve Sünter’in (98) yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde düşük öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kitamura ve arkadaşlarının Japonya’da, Eberhard-Gran ve arkadaşlarının Norveç’te yaptıkları çalışmalarda da düşük öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (105).

İsteyerek düşük öyküsü kadınlarda travma etkisi yaratacağından doğum sonu depresyona yatkınlığı artırmaktadır. Çalışmamızda isteyerek düşük oranı az olduğundan bu konuda ilişki kurulamamıştır.

Literatürde planlanmamış gebelik ve obstetrik faktörlerin erken DSD gelişmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Gebeliğin istenmediği durumlarda kadınlarda doğum sonudönemde bebeğine karşı ilgi duymama hatta nefret etme gibi zıt duygular yaşanabildiği belirtilmektedir (30). Yapılan çalışmalarda, gebeliğin istenmemesinin, doğum sonu dönem de annelik rol ve sorumluluklarına uyumu zorlaştırdığı, buna bağlı olarak kadının fiziksel ve ruhsal sorunlarını çözümlenmekte daha fazla güçlükler yaşamasına neden olduğubildirilmektedir (95). Çalışmamızda gebeliğin istenme durumu ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik olan annelerde DSD sıklığı %63,6 iken, istenen gebelik olan kadınlarda DSD riski %32,8 olarak saptanmıştır. İstenmeyen gebelik DSD riskini neredeyse iki kat artırmaktadır. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada ise gebeliğin istenme durumu ile DSD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İstemeden gebe kalan kadınlarda DSD 1.56 kez daha çok görülmüştür. Aydemir'in (29) çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirmiştir. Aktaş'ın çalışmasında da istemeyerek gebe kalan kadınların doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, isteyerek gebe kalan kadınlara göre yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (31). Lane'nin İrlanda'da yaptığı çalışmada da istenmeyen gebelik yaşayan annelerde DSD riskinin arttığı saptanmıştır (30). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir. Sünter (98), Serhan (31), Özdemir (95) ve Hocaoglu' nun (100) yaptıkları çalışmalarda DSD sıklığı ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır. Bloch ve ark. (106) İsrail'de yaptıkları çalışmada da gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi ile doğum sonu depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

İstenmeyen gebeliklerin psikolojik hatta ekonomik ek yükümlülükler getireceğini, yaşam tarzında değişikliklere neden olabileceğini ve yeni bir gebeliğin annelerde ek bir stresör faktör olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde gebelikte sağlık problemi, evde doğum, ölü doğum hikâyesi, bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca annelerin bebeklerine yeterli ölçüde olanak sunamadıkları inancının depresyon riskini fazlalaştırdığı bulunmuştur. Gebelikte yaşanan sorunların erken dönemde saptanıp uygun müdahalelerde bulunulması anne ve bebeğin sağlığını korumak ve geliştirmek açısından önemlidir. Çünkü gebelik döneminde yaşanan her sorun, doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığını etkilemektedir

(9,10). Çalışmamızda gebelikte tıbbi sorun yaşanması ile doğum sonu depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde DSD sıklığı %24,6 iken, sorun yaşamayanlarda ise %13,4 idi. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada da gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde DSD 1.67 kez daha fazla görülmüştür. Josefsson ve ark. (61) yaptıkları bir çalışmada gebeliğe bağlı aşırı bulantı ve preterm eylemin DSD için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Ekuklu (25) ve Sünter'in (98) yaptıkları çalışmada ise gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan anneler ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aktaş'ın çalışmasında da gebelikte aşırı bulantı-kusmasını olan kadınların, doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, gebelikte aşırı bulantı-kusma sorunu olmayan kadınlar ile birbirine yakın ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (30). Aydemir'in (30) çalışmasında gebelikte sağlık sorunu yaşanması ile DSD sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bulgulardaki farklılığın nedeni çalışmalarda örneklem grubundaki kadınların gebelikleri süresince tıbbi sorun yaşama oranlarının azlığı ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların gebelik süresince yaşadıkları sorunların, doğum sonu dönemde depresyonun belirleyicisi olabileceğini bu nedenle de sağlık personelinin gebelikte yaşanan sorunların belirtileri konusunda daha dikkatli ve derinlemesine izlem yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Doğum öncesi bakım alma durumu doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum öncesi bakım ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebeliği süresince hiç doğum öncesi bakım almayan annelerde DSD sıklığı %60,0 iken, doğum öncesi bakım alanlarda %18,6 olup, doğum öncesi bakım almayanlarda doğum öncesi bakım alanlara göre DSD 6.580 kez fazla bulunmuştur. İnandı ve ark. (92) yaptıkları çalışmada, doğum öncesi bakım almayan annelerde DSD sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bakım almayan annelerde DSD 1.74 kez daha çok görülmüştür. Bulgulardaki farklılığın çalışmalarda doğum öncesi bakım alma oranının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada, annelerin % 95,0'ı gebelikler süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almışlar ve Aydemir'in (30) de çalışmasında annelerin %84,2'si gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup DSD sıklığı ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Annelerin doktor takipleri sırasında fiziksel ve psikolojik yakınmalarını birebir hekime ve diğer sağlık çalışanlarına aktarması, sağlık problemlerinin daha erken aşamada teşhis edilerek tedavi edilmesine olanak sunar. Sağlık çalışanlarının yakın, destekleyici ve bilgilendirici tutumları, annelerin sosyal ve psikolojik uyumlarında iyileşme sağlayabilir. Ayrıca annenin annelik rolüne adaptasyonunu kolaylaştırır, ek olarak yeni doğan bakımı, sosyal yardım, pratik bilgiler ve eş desteğinin artırılması yönünde olumlu sonuçları vardır.

Doğum öncesi bakım sayısı doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum öncesi bakım sayısı ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir'in (95) çalışmasında gebeliği süresince herhangi bir sağlık kuruluşundaki toplam doğum öncesi bakım sayısı ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ekuklu ve ark. (25) yaptıkları çalışmada, annelerin %95'i gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup doğum öncesi bakım sayısı ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Josefsson ve ark. (61) yaptıkları çalışmada ise gebelik süresince doğum öncesi bakım sayısının çok sayıda olması, DSD için kuvvetli bir risk faktörü olarak saptanmıştır.

Doğum sonu geçen süre doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda annelerde doğumdan sonra geçen süre ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p< 0,05$). Doğum sonu son aylarda depresyon sıklığı ilk aylara göre anlamlı derecede fazladır.

Danacı ve ark. (91), yaptıkları çalışmada doğumdan sonra geçen süre ile DSD puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Doğum sonu süre arttıkça annelerin depresyon puanları ve risk altında olanların oranları artmaktaydı. Özdemir'in (95) çalışmasında doğumdan sonra geçen süre ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak çalışmaya katılan annelerde 4. aydan itibaren özellikle de 5. ayda 2. ve 3. aya göre DSD görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Doğum sonu 2. ve 3. aylarda DSD sıklığı %16,8 iken, 4. 5. ve 6. aylarda DSD sıklığı %23,7 bulunmuştur. İzmir ili Bornova ilçesine bağlı 9 sağlık ocağında doğum sonu 6-8 haftada olan 100 kadın üzerinde

EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada DSD sıklığı %29 olarak belirlenmiştir (10). Samsun il merkezinde doğum sonu 8. haftasında olan 380 kadın üzerinde EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada da, DSD sıklığı %23,1 olarak belirlenmiştir (98). Bu çalışmalarda çıkan sonuçlar bizim sonuçlarımıza yakın sonuçlardır.

Doğumla birlikte dünyaya sadece yeni bir bebek değil, aynı zamanda yeni bir kadın da gelir. Özellikle doğum sonu ilk aylarda annelerin yanında kendilerine destek olan bir yakınları olduğundan destek olan kişiler daha sonraki dönemlerde uzaklaştıkça ve bebeğiyle tek başına kaldığında annelerin depresyona yatkınlıkların arttığı düşünülmektedir.

Bebek cinsiyeti doğum sonu depresyon için risk faktörüdür. Çalışmamızda bebeğin cinsiyeti ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Ancak bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 (%95 GA (0,703-1,550) kez daha fazla idi.

Hocaoğlu ve ark (100) da yaptıkları çalışmada doğacak bebeğin cinsiyeti ile DSD sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Aydemir'in (29) ve Serhan'ın (31) çalışmalarında bebeğin cinsiyet tercihi durumuna göre EPDS puanlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir. Aktaş'ın çalışmasında kız bebek sahibi olan kadınların, doğum sonu 1.gün, doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 6. hafta EPDS'den aldıkları puan ortalamaları, erkek bebek sahibi olan kadınlara göre yüksek ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (30). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

İnandı (92) kız çocuğu sayısı ile DSD arasında anlamlı ilişki bulmuştur; 3 ve üzerinde kız çocuğu olan kadınlarda depresyon riski 2 kat fazla olarak tespit edilmiştir. Dindar'ın (107) yaptığı çalışmada da kız bebek doğurma risk faktörü olarak belirlenmiştir. Batıda yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki olduğu görülmüştür (30). Patel'in yaptığı çalışmada, yeni doğum yapmış kadınlarda, bebeğin cinsiyetinin kız olması ile cinsiyetten memnun olmamanın, önceki çocuklardan birinin kız olmasının, DSD riskini 3 kat arttığı belirlenmiştir (31). Bizim çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun ilk gebelikleri olduğundan bebeğin cinsiyeti için bir tercihte bulunmamışlardır. Bebek cinsiyetinin farklı sonuçlanmasının eşler için bir sıkıntı yaratıp

yaratmadığı sorgulanmamıştır. Bastırılmış toplumsal örf ve adetlerin bu konuya etkisinin daha ayrıntılı araştırılmasının gerekliliği düşünülmektedir.

Literatürde, bebekte sağlık sorunu, huzursuz bebek DSD için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Bebekte sağlık problemi ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. ($p>0,05$).

İki çalışmada doğum sonu depresyon için risk faktörleri olarak; multiparite, annenin bebekten sağlık problemi nedeniyle ayrılması, doğum sonrası tıbbi komplikasyonlar, bebeğin bakım problemleri olarak bildirilmiştir (30). İnandı (92) Danacı ve Kuşçu'nun (91) çalışmalarında bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Aydemir'in (29) çalışmasında da bebekte gelişen sağlık problemlerinin annelerdeki depresyon semptomları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürlerde; Düşük doğum ağırlıklı bebek, doğum sonrası depresyon için önemli risk faktörü olarak belirtilmiştir (30). Çocuğun bakımıyla ilgili sorunların varlığı doğum sonrası depresyon için önemli bir risk etmeni olarak tespit edilmiştir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada; emzirmeme, ilk çocuğa sahip olma, vücut imajını beğenmeme veya fazla kilo alma, kötü kayıvalide ilişkisi, geç evlilik doğum sonrası depresyonda riskli faktörler olarak saptanmıştır. İki meta analizde doğum öncesi depresyon, özgüven eksikliği, çocuk bakım stresi, doğum öncesi anksiyete, yaşam stresleri, sosyal destek olmayışı DSD için risk olarak saptanmıştır (29).

Doğum şekli doğum sonu depresyon için diğer bir risk faktörüdür. Çalışmamızda doğum şekli ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Özdemir (95), Ekuklu (25), Aydemir (29), Dönmez (28) ve Atasoy'un (103) yaptıkları çalışmalarda doğum şekli ile DSD sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Türkistanlı ve ark. (10) yaptıkları çalışmada doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Normal doğum yapan annelerde DSD daha çok görülmüştür. Normal doğum yapanlarda DSD sıklığı %36,7 iken, sezeryan ile doğum yapanlarda depresyon sıklığı % 17,5 idi. Sünter ve ark. (98) yaptığı çalışmalarda normal doğum risk faktörü olarak tespit edilmiştir. O'Hara'nın çalışmasında acil C/S ile doğumu DSD için risk faktörü olarak belirtmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Toplam 100 (50

normal doğum, 50 sezaryen ile doğum yapmış) kadına doğum sonu 6-8.haftada ve 12-14. haftada 2 kez EPDS ölçeği kullanılarak doğum sonrası depresyon taraması yapılmış ve %22 kadında doğum sonu 6-8. haftada, %18 kadında doğum sonu 12-14 haftada depresyon tespit edilmiştir. %10 normal doğum yapan kadınlarda, %18 sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon bulunmuştur (98).

Acil sezaryen endikasyonu ile yapılan doğumlar ve normal doğum sırasında yaşanan sorunlar ciddi doğum travması yaratarak annelerin gebeliğe ve doğuma bakışlarını kötüleştirerek depresif semptomların ortaya çıkışına neden olabilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsü doğum sonu depresyon için bir risk faktörüdür. Çalışmamızda ailesinde ruhsal hastalık olup olmama durumu ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Özdemir (95), Hocaoglu (100) ve Ekuklu'nun (25) çalışmalarında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Sünter ve ark. (92) Samsun'daki çalışmasında, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda DSD ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre 2,8 kat daha fazla bulunmuştur. Kişisel veya aile öyküsünde duygu durum bozukluğu olan kadınların doğum sonu depresyon riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Nur ve arkadaşlarının (71) yaptığı çalışmada da gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda doğum sonrası depresyon prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur. Danacı ve ark. (91) yaptıkları çalışmada ise eşinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerde DSD sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Aries'in çalışmasında da babada depresyon öyküsü olmasını anlamlı bulunmuştur (108). Babada psikiyatrik bir hastalık olması hem ruhsal olarak anneyi etkilemesi hem de bu durumdaki bir babanın gebelik ve doğum sonrasında gerekli desteği sağlayamaması olasıdır (107). Bulgulardaki farklılığın ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olanların doğum sonu depresyona yatkınlıkları artması ile ilişkilendirilebilir.

Önceki gebeliklerde ya da önceki doğumlardan sonra ruhsal sorun yaşanması DSD için bir diğer risk faktörüdür. Çalışmamızda önceki gebeliklerinde ya da önceki

doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Literatürde önceki doğumda depresyon hikâyesinin olması DSD riskini arttıran etmenler arasında yer almaktadır (88). Dindar (107) , DüNDAR (85), İnandı (92), yaptıkları çalışmalarda; gebelikten önce veya sonra ruhsal rahatsızlık geçirme ile DSD geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik tespit etmişlerdir. Kuşçu'nun çalışmasında gebelikteki anksiyete / depresyon, depresyon özgeçmişi, soy geçmişte psikiyatrik hastalık ile DSD arasında anlamlı birliktelik saptamıştır (95). Danacı ve ark.(91) ; çalışmasında DSD ile anneye ait etmenlerden, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Depresyon öyküsü olan kadınlar doğum sonu depresyon belirtileriyle muhtemelen daha çok karşılaşır. Bu yüzden de bu kadınların daha ayrıntılı değerlendirilmeleri bu konuya açıklık getirecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar:

- Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 26,7'dir.
- Annelerin %87,6'sı gelir getiren bir işte çalışmamaktadır.
- Annelerin %32'sinin eğitim durumu ilkokuldur.
- Annelerin eşlerinin %91,6'sı gelir getiren bir işte çalışmaktadır.
- Annelerin eşlerinin %41,2'sinin eğitim durumu lise ve üzeridir.
- İlk evlenme yaş ortalamaları 20,1'dir.
- Annelerin %70'i akraba evliliği yapmamıştır.
- Annelerin %74,4'ü çekirdek aile tipinde ve ailede ortalama yaşayan kişi sayısı da ortalama 5,2'dir.
- Annelerin %47,2'sinin en uzun yaşadıkları yerleşim birimleri ilçe merkezidir.
- Annelerin %81,2'si 5 yıldan daha fazla Mersin'de yaşamakta ve %56,4'ünün doğum yeri Mersin'dir.
- Annelerin %87,2'sinin eşlerinden şiddet görmemiştir.
- Annelerin %96,4'nün sağlık güvencesi vardır.
- Annelerin %44,8'nin gebelik sayısı 2-3'tür.
- Annelerin %44,4'ünün canlı doğum sayısı 2-3'tür.
- Annelerin %8'inin ölü doğumu vardır.
- Annelerin %13,2'sinin isteyerek düşüğü vardır.
- Annelerin %72'sinin bu gebeliği istediği belirlenmiştir. Gebeliği istememe nedenleri çocuk sayısının yeterli olması, diğer çocuğun yaşının küçük olması, evliliğinin yeni olması, önceki doğumlarının ölü olması ve ekonomik sebeplerden bu gebeliği istemediği belirlenmiştir.
- Annelerin %98'i doğum öncesi bakım almıştır.
- Annelerin %96,4'ü 5 ve üzeri bakım almıştır.
- Annelerin %62,8'i hastanede normal doğum yapmıştır.

- Annelerin %56'sı erkek olduğu, %44'nün kız bebeği vardır.
- Annelerin %32,8'inin bebeklerinde problem olmuştur. Bebekteki sağlık sorunları emme problemi, sarılık, doğum travması, çok zayıf bebek, iri bebek, diğer (pnömoni, kalça çıkığı vb.) dir.
- Annelerin %55,6'sının doğum sonu 0-1ay, %24,8'nin 2-6 ay, %19,2'sinin 7-12 ayda oldukları belirlenmiştir.
- Çalışma sonucu olarak EPDS'e göre DSD görülme riski %28,4 olarak saptanmıştır.
- Anne mesleği, eğitim durumu, eş eğitim durumu, ilk evlenme yaşı, akraba evliliği, ailede yaşayan kişi sayısının depresyon gelişme riskini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, gebliğin planlanmış olmasının ve daha önce ruhsal sorun yaşanması gibi değişkenler depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
- Doğum sonu depresyon riski akraba evliliği olanlarda olmayanlara göre 2,144 kez daha fazla idi. Şiddet görenlerde depresyon riski şiddet görmeyenlere göre 2,489 kez daha fazla idi. Bebeklerin cinsiyetine göre depresyon riski kız bebeğe sahip olanlarda erkek bebeğe sahip olmaya göre 1,044 kez daha fazla idi. Ailede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,600 kez daha fazla idi. Annede ruhsal sorun varlığı olanlarda depresyon riski olmayanlara göre 1,821 kez daha fazla bulunmuştur.
- Anne yaşı, aile tipi, sağlık güvencesi, ölü doğum, doğum öncesi bakım, değişkenleri depresyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

6.2. Öneriler:

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin doğum öncesi bakımları sırasında ruhsal sorunlarla ilgili risklerinin saptanması için annelerin daha yakından izlenmesi ve aile bireylerinin DSD'a ilişkin bilgilendirilmesi sağlanması,
- Kadınların kolayca ulaşabilecekleri ve sorunlarını paylaşabilecekleri kişinin ebe olması nedeni ile, ebelerin doğum sonu depresyona ilişkin risk faktörleri ve belirtilerine yönelik farkındalıkların artması,
- Doğum sonu erken dönemde (ilk bir ayda) daha yakından izlem yapılması,
- Gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde ruhsal sorun yaşayan annelerin daha yakın takip edilmesi,
- Doğum sonu depresyonun sadece anne için değil baba ve diğer aile bireyleri için de risk olduğu ve doğum sonu sağlık hizmetlerinin planlanmasında ailenin tüm bireylerinin dahil edilmesinin sağlanması,
- İstenmeyen gebelikler, adölesan gebelikler, isteyerek düşükler doğum sonu depresyon için risk faktörü olduğundan aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Akraba evliliklerin neden olduğu tıbbi sorunlar içinde doğum sonu depresyonun özellikle vurgulanması,
- Kadına yönelik şiddet DSD'a neden olduğundan bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve toplumun tüm kesiminin bilinçlendirilmesi,
- Tüm sağlık kuruluşlarında DSD'un psikiyatrik bir bozukluk olduğunu anlatan poster ve afişler hazırlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Beydağ KD.** Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6): 479-484.
2. **Arslan H, Gürkan ÖC, Ekşi Z.** Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, **2006**; 3(10):71-80.
3. **Vırt O, Akbaş E, Savaş HA.** Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. **2008**; (45):9-13.
4. **Puget M, Cathébras P, Rousset H.** Pregnancy complications and baby blues. *Rev Med Interne*. **2005**; (26)2:226-229.
5. **Bennett HA, Einarson A, Taddio A.** Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. **2004**; 103:698-709.
6. **Taşdemir S, Kaplan S., Bahar A.** Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2006**; 1(2): 105-118.
7. **Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E.** Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, **2004**, 14: 252-257.
8. **Moses-Kolko EL, Roth EK.** Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of Women's Health*. **2004**; 59(3):181-197.
9. Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. Erişim: www.ssyv.org.tr. Erişim Tarihi: 25.03.2012.
10. **Tükistanlı ÇE, Pektaş İ, Dikici İ.** İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, İzmir, **2002**.
11. **Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç.** Postpartum depresyon. *3P Dergisi*, **2004**; (ek 4): 12-20.
12. **Boyd RC, Le HN, Somberg R.** Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health*. **2005**; (8):141-153.
13. **Watt S, Sword, W, Krueger P, Sheehan, DA.** Cross-sectional study of early identification of postpartum depression: *Implications for primary care providers from the Ontario Mother and Infant Survey*, **2002**; 3(1):5-11.

14. **Zeyrek D.** Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan Batıya Yönelen Göçlerin Toplumsal Sonuçları.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik, **2010**.
15. **Baor L, Soskolne V.** Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Hum Reprod.***2010**; (25):1490-1496.
16. **Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR.** Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health* .**2009**; (13):577-587.
17. **Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR, Marcus SM, Davis MM.** Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)***2010**; (19): 31-37.
18. **Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L.** Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health.***2009**; (13): 67-76.
19. **Hamilton JG, Lobel M.** Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *J Psychosom Obstet Gynecol* .**2008**;(29): 97–104.
20. **Borcherding, KE.** Coping in healthy primigravidae pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* **2009**; (38): 453-462.
21. **Bloch M, Daly R.C, Rubinow RD.** Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatr.* **2003**; 44(3): 234-246
22. **Dennis CL, Creedy D.** Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2009**; (4):1-72
23. **Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A.** Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* **2008**; 64(1): 103-118.
24. **Buğdaycı R, Sasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Oner S.** A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health (Larchmt)*, **2004**; Jan-Feb, 13(1): 63-68.
25. **Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A.** Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Bazı Etmenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 834-839.

26. **Uyar S.** Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, **2005**.
27. **Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.** Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 17(4): 243–251.
28. **Dönmez H.** Postpartum Depresyonun Annelerin Bebeklerini Emzirmeleri ve Bebek Büyümesi Üzerine Olan Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, **2007**.
29. **Aydemir N.** Beah Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2007**.
30. **Aktaş D.** Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**.
31. **Serhan N.** Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2010**.
32. **Suddenfield, K.** Postpartum Depression, *Medscape General Medicine Journal*. **2006**; 3(4): 298
33. **Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L.** The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2004**; 65(9): 1236-1241.
34. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 7. Baskı, **2007**.
35. **Walker L, Wilging S.** Rediscovering the ‘M’ in ‘MCM’: maternal health promotion after childbirth. *JOGNN*, **2004**; 29(3): 229-235.
36. **Gale S, Harlow BL.** Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. **2003**; (24): 257–266.
37. **MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Brauholtz DA, Gee H.** Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. **2002**; (359): 378–385.

38. **Gözüm S, Kılıç D.** Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*. **2005**; (21): 371-378.
39. **Özkan H.** Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2002**
40. **Bernazzi. O, Bifulco, A.** Motherhood as a vulnerability factor in major depression : the role of negative pregnancy experiences. *Sos. Sci.Med.* **2003**; (56):1249-1260.
41. **Schytt E, Lindmark G, Waldenström U.** Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG*, **2005**; (112):210-217.
42. **Cheng C, Fowles E, Walker L.** Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ*, **2006**; 15(3):34-42.
43. **Christie J, Poulton BC, Bunting BP.** An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *J Adv Nurs*, **2008**; (61):38-50.
44. **Maley B.** Creating a postpartum depression support group, *AWHONN Lifelines*. **2002**; 6(1): 62.
45. **Edebohls L, Ecklund C.** Postpartum depression, Practical advice from two nurse practitioners. *Paediatric Nursing*. **2002**; 22(3):298.
46. **McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W.** Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. **2006** ;(160): 279-284.
47. **Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK.** Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol*. **2006**; (107): 342-347.
48. **Mallikarjun PK, Oyebode F.** Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health*. **2005**; (125): 221-226.
49. **Kılıçarslan S.** Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2008**.
50. **Koç G.** Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2005**.
51. **Ulukavak M.** Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2004**.

52. **Deveci A.** Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar, 1. Basamak İçin Psikiyatri. **2003**; (2): 42-46.
53. **Balkaya AN.** Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**;6(2).
54. **Kırmızıtoprak E, Ok HS, Demirel E.** Şanlıurfa İli Doğum ve ÇocukBakımevi'nde doğum yapmış annelerde doğum sonu depresyon ve etkileyen faktörler, II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İzmir, **2003**; s: 164.
55. **Durat G.** Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin İncelenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2003**.
56. **Akkaya C.** Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin, Yeni Symposium. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa, **2005**; 43(3): 91-96.
57. Tryptophan. Erişim: [http:// tr. Wikipedia. Org/ wiki/](http://tr.wikipedia.org/wiki/) Erişim trh: 16.04.2012.
58. **Salgın A.** Postpartum Depresyonun Çocuk Bakım ve Gelişimine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2002**.
59. **Kennedy HP, Beck CT, Dricoll, JW.** A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **2002**; 47(5): 318.
60. **Rosenthal, H.** After the birth. Erişim: <http://www.pndsa.co.2a/after-the-birth.htm> Erişim Tarihi: 20.8.2011.
61. **Josefsson, A., Angeliö, L., Berg, G.** Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. **2002**; 99(2): 223.
62. **Tüzün H.** Ankara Merkezindeki Bazı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Sağlık Ve Sosyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **2006**.
63. **Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar İ.** Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; (4): 98-105.
64. **Kruckman L, Smith S.** An introduction to postpartum illness. **2003**; (4): 62-67.
65. **Güra A, Çığ H.Ö, Ongun H.** Postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, 2004, 4(3) 168-172.

66. **McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W.** Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **2006** ;(160): 279–284.
67. **Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK.** Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol.* **2006**; (107): 342–347.
68. **Mallikarjun PK, Oyebode F.** Prevention of postnatal depression. *J R Soc Health.* **2005**; (125): 221–226.
69. **Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW.** Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal.* **2006**; 27(4): 327-343.
70. **Topçu S.** Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, **2006**.
71. **Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y.** Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2004**; (26): 55-59.
72. **Köse R.** Göçün Kadın Yaşamı Üzerine Etkileri. Yüksek lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, **2005**.
73. **Zorba H.** Adana ili Yüreğir ilçesi Solaklı Beldesi'nde yaşayanların sağlık, bilgi, tutum ve davranışlarına göçün etkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, **2010**.
74. **Yakar M.** Emirdağ ilçesi kırsalında göçün etkileri, sorunları ve çözüm önerileri. Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, **2009**.
75. **Topçu S.** Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, **2006**.
76. **Ho-Yen SD, Bondevik GT.** The prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in Lalitpur district Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **2006**; 85(10):1186-1192.
77. **Small R, Lumley J.** The performance of the EPDS in English speaking and non English speaking populations in Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2007**; 42(1): 70-78.
78. **Green K, Broome H, Mirabella J.** Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med*, **2006**; 11(4):425-431.
79. **Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J.** Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Cult Med Psychiatry*, **2007**; 31(1): 101-122.

80. **Luo Y, He GP.** Correlative analysis of postpartum depression. **2007**; 32(3): 460-465.
81. **Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW.** Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal.* **2006**; 27(4):327-343.
82. **Patel V, Rodrigues M, De souza N.** Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry,* **2002**; 159(1): 43-47.
83. **Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ.** İzmir İli Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınlarında doğum sonu depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 858 – 861.
84. **Alvarado-Esquivel C, Sifuentes–Alvarez A.** Validation of the EPDS in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health,* **2006**; (29): 2-33.
85. **Dündar PE.** Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, **2002**: s: 862-865.
86. **Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L.** Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst,* **2004**; (4): 252-257.
87. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Erişim: www.saglik.gov.tr. Erişim Tarihi: 08.05.2011.
88. **Işık S.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**.
89. **Arısoy Ö, Eşsizoglu A.** Genel ve ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin şizofreniye bakış açılarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam Dergisi,* **2004**; 17(3): 146-153.
90. **Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA ve ark.** Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. *Türkiye'de Psikiyatri,* **2005**; 7(1): 7-14.
91. **Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen F.** Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* **2002**; 37(3): 125-129.
92. **İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK.** Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology.* **2002**; (31): 1201-1207.
93. **Josefsson A, Angelsio L, Berg G and et.** Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* **2002**; (99): 223-228.

94. **Durukan E.** Ankara İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2007**.
95. **Özdemir S.** Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyo demografik etmenler. Uzmanlık Tezi, S.Ü. Meram Tıp Fakültesi, Konya, **2007**.
96. **Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL.** Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high risk women. *J Affect Disord*, **2004**; (83): 43-48.
97. **Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW.** A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **2002**; 47(5): 318.
98. **Sünter AT, Güz H, Ordulu F.** Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Erişim: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.33.htm> Erişim Tarihi: 17.10.2011.
99. **Bilgili N, Vural G.** Aile Planlaması Hizmetlerinde Kaçırılmış Fırsatlar. *Zonguldak Sağlık Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 2 (1): 21-25.
100. **Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.** Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *türk psikiyatri dergisi*, **2006**; 17(4): 243-251.
101. **Scocir A P, Hundley V.** Are Slovenian Midwives and Nurses Ready to Take on a Greater Role in Caring Woman with Postnatal Depression? *Midwifery*, **2006**; (22): 40-49.
102. **Mancini F et al.** Use of the Postpartum Depression Screening Scale in the Collaborative Obstetric Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **2007**; 52(5): 429-434.
103. American Academy of Family Physicians: Postpartum depression and the "baby blues". Erişim: http://www.familydoctor.org/handouts/379.html.updated_2/2002. Erişim tarihi: 24.11.2011.
104. **Rahman A, Creed F.** Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*, **2007**; 100(1-3): 115-121.
105. **Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K and et.** Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, **2006**; (9): 121-130.

106. **Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E.** Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry*, **2006**; (28): 3-8.
107. **Dindar İ, Erdoğan S.** Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, **2007**; 24(2): 176-183.
108. **Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatian M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P.** Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan province, Iran. *Arch Iranian Med*, **2009**; 12 (5): 461-467.

EKLER

Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Bu Araştırmada Mersin il merkezinde Toroslar ve Akdeniz ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 1 yaşından küçük bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon yaygınlığını incelemek amacı ile planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde ve/veya bilimsel nitelikteki yayınların dışında başka herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırma sonuçlarından haberdar olmak isterseniz araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

e-mail : deryaarslan22@hotmail.com

Derya Arslan

Mersin Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-1 ANNE TANITIM FORMU

1- Yaşı:

2- Medeni durum:

3- Doğum yapma tarihi:.....

4- Annenin mesleği:

- a- Ev hanımı b- Memur c- İşçi
- d- Serbest e- Diğer.....

5- Annenin eğitim düzeyi:

- a- Okur-yazar değil b- Okur-yazar c- İlkokul
- d- Ortaokul e- Lise f- Yüksek okul veya üniversite

6- Eşinizin mesleği:

- a- İşsiz b- Memur c- İşçi
- d- Serbest meslek e- Diğer.....

7- Eşinizin eğitim durumu:

- a- Okur-yazar değil b- Okur-yazar c- İlkokul
- d- Ortaokul- Lise f- Yüksekokul veya üniversite

8- İlk evlenme yaşı:

9- Akraba evliliğiniz var mı?

- a- Evet, b- Hayır

10- Aile tipiniz hangisidir?

- a- Çekirdek aile b- Geniş aile

11- Ailede yaşayan kişi sayısı:

12- En uzun yaşadığınız yerleşim birimi aşağıdakilerden hangisi

- a- Köy veya bucak b- İlçe merkezi c- İl merkezi

13- Kaç yıldır Mersin’de yaşıyorsunuz:

14- Doğum yeriniz Mersin mi?

- a- Evet, (16.Soruya geçiniz) b- Hayır

15- (14.soru hayır ise) Mersin’e nereden geldiniz? (Belirtilen yer köy ya da ilçe ise bağlı olduğu il yazılacak)

16- Siz hiç son bir yıl içinde eşinizden şiddet gördünüz mü?

- a- Hayır, b-Fiziksel şiddet c- Cinsel şiddet
- d- Psikolojik / duygusal şiddet e- Diğer

17- Sağlık güvenceniz var mı?

- a- Evet, (Açıklayınız), b- Hayır

18- Tanısı konulan herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

a- Hayır, b- Evet (Açıklayınız)

DOĞUMLA SONUÇLANAN SON GEBELİKLE İLGİLİ BİLGİLER

19- Gebelik sayısı:

Canlı doğum sayısı:

Ölü doğum sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

İki gebelik arasındaki süre (Son gebelik ile bir önceki gebelik arasındaki süre):

İsteyerek düşük sayısı:

20- Doğumla sonuçlanan son gebeliği (bu gebeliği) istiyor muydunuz?

a- Evet, b- Hayır

21- Yukarıdaki soruya HAYIR cevabı verdiyseniz istememe sebepleriniz nelerdir?

22- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde kontrollerinizi yaptırdınız mı?

a- Evet, b- Hayır

23- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise kontrolleriniz nerede ve kim tarafından yapıldı?

a- Aile Sağlığı Merkezi b- Hastanede c- Özel klinikte doktor tarafından
d- Özel klinikte ebe tarafından e- Evde, ebe tarafından f- Diğer

24- Gebelik boyunca kaç kez bakım aldınız?.....

25- Bebeğiniz cinsiyeti

a- Kadın b- Erkek

26- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde herhangi sağlık sorunu yaşadınız mı?
a- Evet, b- Hayır

27- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler?

- a- Ruhsal sorun b- Tansiyon yüksekliği c- Ödem
d- Gebeliğe bağlı şeker yüksekliği e- Düşük tehdidi f - İdrar yolu enfeksiyonu
g- Bulantı-Kusma h- Anemi ı- Kanama i- Diğer.....

28- Doğumla sonuçlanan son gebeliğinizde doğum zamanında gerçekleşti mi?

- a- Evet, b- Erken doğum oldu c- Geç doğum oldu

29- Son doğumunuz nasıl sonuçlandı?

- a- Evde normal doğum, b- Hastanede normal doğum c- Sezaryen

30- Son doğumunuzda bebeğinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?

- a- Evet, b-Hayır
- Emme problemi
 - Sarılık
 - Geç ağlama
 - İri bebek
 - Çok zayıf bebek
 - Doğum travması
 - Diğer

31- Önceki gebeliklerde ya da önceki doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu?

- a- Evet, b- Hayır

32- Yakın akrabalarınızda ya da ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

- a- Evet, b- Hayır

33- Psikolojik bir problem yaşıyorsanız nasıl bir yardım aldınız?

a- Psikolog b- Psikiyatr (Doktor) c- Hoca d- Yardım almadım e- Diğer

Ek -2:

**DOĞUM SONU DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Sevgili Anneler,

Kadının yaşamında, bütün zamanlarda ve toplumlarda doğurganlıkönemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, doğum olayı, önemli biyolojik, psikolojikve ekonomik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erkengelişim dönemlerine ilişkin bazı çatışmaların yeniden gündeme geldiğikarmaşık bir psikolojik süreç olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrasidönemde kadınlarda özellikle duygu durum bozuklukları olarak çok sıkgörölmektedir.Kadınlara, doğum sonrasında ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyonve nadiren psikoz) açısından bir risk altında olduğu belirtilmektedir.Doğum sonu depresyon, doğumdan sonra ilk yıl içinde görülebilmektedir vegenellikle doğumdan sonraki 2-8.haftalar içinde başlamakta, en erken 2hafta en geç 1 yıl kadar sürmektedir.

Bu araştırma, doğum sonu dönemde depresyon görülme riski taşıyankadınlarda depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyenrisk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.Böylece kadınlarınyaşadıkları depresyonun farkında olmalarının sağlanabileceği, erkendönemde fark edilip gerekli önlemlerin alınabileceği ve buna neden olanfaktörlerin belirlenebileceği düşünülmektedir.

Size bu araştırmada, yukarıdaki açıkladığımız konulara ilişkin sorularıyönelteceğiz.Yanıtlarınız doğru-yanlış olarak değerlendirilmeyecektir.Sorular sizin doğum sonu dönemde depresyon görülme durumunuzu ve bu konudaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla yöneltilmektedir.

Sizinde bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum.Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasındayalıdır.Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmakisterseniz formu imzalayınız.Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.Bu veriler, kimliğiniz belirtilmedenbilimsel nitelikte yayınlarda

kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Teşekkürler.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Ek-3 EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BAĞLI BULUNDUĞU BİRİM	MEÜ. Sağlık Yüksekokulu	
	DESTEKLEYİCİ	<input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> İlaç firması	<input type="checkbox"/> Eğitim ve Araştırma Hastanesi <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Diğer:
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ	MEÜ. Sağlık Yüksekokulu	
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KLİNİK MERKEZ		
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI ANALİTİK MERKEZ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası
	ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	BELGE ADI	TARİH	DİLİ
	İlaç Klinik Araştırmaları için Başvuru Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Gözlemsel İlaç Çalışmaları için Başvuru Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Girişimsel Olmayan ve İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu	29/03/2011	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırmacıların/ Koordinatörlerin/İzleyicilerin Öz Geçmişleri	29/03/2011	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	İzin/Onay Belgeleri		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Protokolü		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Protokolü Özeti		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Akış Şeması		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Broşürü		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Ürününe İlişkin Türkçe Etiket Örneği		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Anket Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Olgu Rapor Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Ters (Advers) Etki Takip Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Biyolojik Materyal Transfer Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	Araştırma Bütçesi		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
Sigorta Sertifikası veya Poliçesi		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce	
Başvuru Ücretinin Yatırıldığına İlişkin Dekont		<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce	
Diğer:3 adet literatür	29/03/2011	<input type="checkbox"/> Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih:	
	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan yukarıda belirtilen belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik yönden sakınca bulunmadığına ve kararın başvuru sahibi ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğüne iletilmek üzere Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.		
ÇALIŞMA ESASI	KOMİSYON İLE İLGİLİ BİLGİLER		
	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları kılavuzu ve bunun ile ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, 09/12/2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği, 26/08/2004 tarihinde kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 15/05/1987 tarihli ve 19461 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 06/11/1981 tarihli ve 17506 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu		
KOMİSYON BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN		

Form No: BAD-FR-03

Form Yay. Tarihi: 26.07.2010

Form Rev. Tarihi:

Form Rev. No: 00



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

KOMİSYON ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Dalı	Bağlı Bulunduğu Birim	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gönül ASLAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Kansu BÜYÜKAŞAR	Tıbbi Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN	Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. M. Yavuz Burak ÇİMEN	Tıbbi Biyokimya	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GÜRSES	Tıbbi Patoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN	Kimya Mühendisi***	Mersin Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGELER	Tıp Tarihi ve Etik	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Tıbbi Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Habibe ÖZER	Hukuk	Mersin Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki; ** toplantıda bulunma; *** sağlık mesleği mensubu olmayan kişi.

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

29 Nis 2011

Sayı : B.10.74 İSM:4.33.00.09 /
Konu:Araştırma İzni.

16558

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 18.04.2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-622/6037 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Derya ARSLAN'ın "Doğum Sonrası Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 01 Mayıs - 31 Aralık 2011 tarihleri ve 08.00-16.00 saatleri arasında Akdeniz ve Toroslar İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine gelen doğum sonrası dönemdeki kadınlara yönelik uygulamanın iş akışını engellemeyecek şekilde, uygun görülen saatlerde yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi, kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. K. Çağlar ÇATAK
İl Sağlık Müdürü

OKATAN
29 Nis 2011
Kadir OKATAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

GEBE - BEBEK - ÇOCUK PSİKOSOSYAL İZLEME FORMU

GİRİŞ BÖLÜMÜ

(Bu bölüm yeni tespit edilen tüm olgularda, anne aday/anne ile ilk görüşmede uygulanacaktır.)

(.....) Hanım, ben çocuğunuzun altı yaşına gelene kadar sizinle birlikte çalışacağım. Amacım sizin ve çocuğunuzun sağlığını korumak, desteklemek. Çocuğunuzun sağlıklı gelişimine yardımcı olmak. Görüşmelerimiz sırasında bazı bilgileri kaydedeceğim. Bu sizin görüştüğümüzü hatırlamama yardımcı olacaktır.

Kaç Yıllık evlisiniz?

Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? (Kimler?).....

Siz ve eşiniz herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Hangi iş?) Anne : Baba :

Ailenizin herhangi bir sağlık güvencesi var mı? (Hangisi?)

Evinizde sigara, alkol kullanan var mı? (Kim, ne, ne sıklıkla?)

Ailenizin yiyecek, giyecek, yakacak gibi ihtiyaçlarını karşılayabiliyor musunuz?

Gebeliğiniz siz ve eşiniz tarafından istenilen bir gebelik miydi?

GEBELİK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ	1. Görüşme (.....Haftalık)	2. Görüşme (.....Haftalık)
S.1. (.....) Hanım nasılsınız, gebeliğiniz nasıl gidiyor ?	..... ..... .....	..... ..... .....
S.2. Gebelik döneminde beslenmeniz siz ve bebeğiniz için çok önemli. Nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz?	..... ..... .....	..... ..... .....
S.3. Sizin ruh sağlığınız kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemli. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, hüzünlü, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır/1-2 gün <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.4. Gebelik sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.5. Kendinizi son bir ay içinde çoğu zaman, günlük yaşamınızı kısıtlayacak kadar gergin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılanır hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Bebeğinize ne kadar süre ile sadece anne sütü vermeyi düşünüyorsunuz?	..... ..... .....	..... ..... .....

GÖZLEM

Gebede/babada çocuğuyla ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilecek ağır ruhsal bozukluk (şizofreni vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözlemleyin.

Var
 Yok

Var
 Yok

DEĞERLENDİRME TABLOSU

Tarih	Normal Takip	Sıkı Takip	Hekime Yönlendirme
.....
.....

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI

.....
.....
.....
.....

Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni	İmza	Sonuç
.....
.....
.....

1) Hekimin Adı, Soyadı :	Tarih :	İmza :
2) Hekimin Adı, Soyadı :	Tarih :	İmza :

0-1 Ay (.....günlük)	2-6 Ay (.....aylık)	7-12 Ay (.....aylık)	13-18 Ay (.....aylık)	19-24 Ay (.....aylık)	25-59 Ay (.....aylık)
0-6 YAŞ ÇOCUKLUK DÖNEMİ GÖRÜŞMELERİ					
S.1. Nasilsiniz, Amelik nasıl geliyor ?					
S.2. (.....) nasıl besleniyor, nelere dikkat ediyorsunuz ?	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Anne Sütü <input type="checkbox"/> Diğer	
S.3. (.....) nin gelişimi için onunla birlikte yaptıklarınız çok önemli. (.....) ile oyun oynuyor, konuşuyor, ona masal anlatıyor, kitap okuyor musunuz ?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.4. Sizin ruh sağlığınız, kendinizin, ailenizin sağlığı açısından önemlidir. Son bir haftada kendinizi aşırı mutsuz, huzurlu, çökkün hissettiniz mi? Cevap evet ise (Kaç gün süre ile?)	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri	<input type="checkbox"/> Hayır:2 gün..... <input type="checkbox"/> 3-4 gün ve üzeri
S.5. Kullandığımız aile planlaması yöntemi var mı? (Hangisi)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
S.6. Kendinizi son bir ay içerisinde çocuğunuzla zaman, günlük yaşamınızı kısıtlıyacak kadar geçirin, endişeli ya da önemsiz şeyler için kaygılandığınız hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
GÖZLEM Anne/babada çocuğuyla ilişkisi olumsuz yönde etkileyecek ağır ruhsal bozukluk (uzatılmış vb.) veya mental retardasyon belirtileri olup olmadığını gözleyiniz. Çocuğunuzun. Vücudunda yaygın morluk, şişlik, kesik, yanık gibi olağanüstü fiziksel istisna ya da ihmal belirtilerini gözlemleyiniz.	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
DEĞERLENDİRME TABLOSU					
GELİŞİM BİLGİLERİ		AİLE SAĞLIĞI ELEMANI NOTLARI			
Gelişim	Yaş Sınırı	Gelişim	Yaş Sınırı		
Seae tepki	(10 gün).....	Desteksiz Oturma	(9 ay).....		
Yüze bakma	(25 gün).....	Tek kelime	(12 ay).....		
Parak çismi izleme	(2 ay).....	Yürüme	(16 ay).....		
Ağlama	(2.5 ay).....	Çift kelimeli cümle	(24 ay).....		
Başını tutma	(3 ay).....	Merdiven çıkma	(24 ay).....		
Anneyi tanıma	(6 ay).....	Merdiven inme	(36 ay).....		
Tarih	Hekime Yönlendirme Nedeni		Tarih	Hekim Değerlendirmesi	
				İmza	
				Sonuç	
1) Hekimin Adı Soyadı :	İmza	3) Hekimin Adı Soyadı:	İmza	5) Hekimin Adı Soyadı:	İmza
2) Hekimin Adı Soyadı :	İmza	4) Hekimin Adı Soyadı:	İmza	6) Hekimin Adı Soyadı:	İmza

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B 104 MSM 43300- 05 /350.99.06
Konu : Dilekçeniz

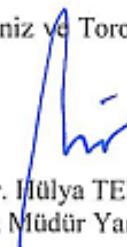
38709

17 EKİ 2011

Sayın Derya ASLAN
(Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi)
Mersin

İlgi:17/10/2011 tarih ve 57848 sayılı yazınız

İlgili sayılı dilekçeniz ile istemiş olduğunuz, 2010 Yılı Akdeniz ve Toroslar ilçesine ait beklenen bebek sayısı ve canlı doğum sayıları aşağıda verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Hülya TEKİN
Sağlık Müdür Yardımcısı

Akdeniz İlçesi:

0-12 Aylık Beklenen Bebek Sayısı:6216
Canlı doğum Sayısı(Kaydedilen Bebek):5564

Toroslar İlçesi:

0-12 Aylık Beklenen Bebek Sayısı:4980
Canlı doğum Sayısı(Kaydedilen Bebek):4799

ÖZGEÇMİŞ

Derya Arslan 1985 yılında Adana'nın Yüreğir ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Adana'da tamamladı. 2005-2009 yıllarında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Ebelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamladı. 2009-2010 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde servis hemşiresi olarak görev yaptı. 2009 güz yarıyılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2010 yılı Ocak ayından itibaren Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.