

İZMİR
KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ

6 HAFTA- 1 YAŞ BEBEĞİ OLAN ANNELERDE
POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE
SOSYODEMOGRAFİK RİSK FAKTÖRLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öznur ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İZMİR-2018

TEZ ONAY SAYFASI



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, ‘Aile Hekimliği Uzmanı’ yetilerini kazanmamda emeği geçen bütün hocalarıma,

Tez projemi hazırlama sürecimde, hem bilgileri ile hemde manevi destekleri ile bana yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ’a,

Her anımda yanımda olan, beni her koşulda destekleyen ve hayatımı her zaman kolaylaştıran bence dünyanın en fedakar insanları olan canım annem ve babam Güler AKTEPE ve Seyit AKTEPE’ye,

Son olarak da öğrenciliğimden beri desteğini, anlayışını ve sevgisini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Ceyhun ŞAHİN’e ve hayatımızdaki en güzel renk olan Ömer Arda’mıza en içten şekilde teşekkür ederim.

Dr. Öznur ŞAHİN

İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR	III
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon.....	3
2.2. Gebelik ve Duygudurum	6
2.3. Postpartum Depresyon	7
2.3.1. Postpartum Depresyon Risk Etmenleri	9
2.3.2. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri	10
2.3.3. Postpartum Depresyonun Tedavisi.....	11
2.4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Çalışmanın Tasarımı.....	15
3.2. Örneklem Büyüklüğü	15
3.3. Veri Toplama Araçları.....	16
3.3.1. Sosyodemografik Veri Anket Formu	16
3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ).....	16
3.4. İstatistiksel Analiz	16
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
7. ÖZET.....	34

8. ABSTRACT	36
9. KAYNAKLAR	38
10. EKLER	
EK 1: Anket Formu	49
EK 2: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	53



KISALTMALAR DİZİNİ

- EPDÖ** : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
PPD : Postpartum Depresyon
TSH : Tiroid Stimülan Hormon



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Annelerin Sosyodemografik Özellikleri	19
Tablo 2. Annelerin Son Gebeliğine Ait Veriler	20
Tablo 3. Bebeğe Ait Veriler	21
Tablo 4. Annelerin Jinekolojik Öykülerine Ait Özellikler	22
Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi	23
Tablo 6. Son Gebeliğe Ait Bazı Özelliklere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Değerlendirilmesi	24
Tablo 7. Doğum ve Bebek ile İlgili Yaşanılan Problemlere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi	25

1. GİRİŞ ve AMAC

Dünya genelinde yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. Her 4 kişiden biri yaşamı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır (1). Bu sayının Dünya Sağlık Örgütü projeksiyonlarına göre, 2020 yılında %15'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Gebelik ve doğumla birlikte kadında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ortaya çıkar (3,4). Birçok kadın bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bir bölümünde ise kalıcı ruhsal değişikliklere neden olabilmektedir (3). Postpartum dönem annenin psikiyatrik hastalıklara yakalanma riskinin en fazla olduğu dönem olarak kabul edilmektedir (4). Dünya genelinde gebelikte depresyon prevalansı %7-26 olarak bildirilirken (4-6) postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstermekte ve %3.5-40 arasında değişmektedir (4, 7-11). Türkiye'de postpartum depresyon sıklığı %6.3-50.7 arasındadır (12-24).

Postpartum depresyon (PPD) doğumdan sonra ortaya çıkan ve çeşitli klinik bulgularla seyreden majör depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır (18). Postpartum depresyon annenin kendine olan güvenini, sosyal yaşamını, mesleki işlevselliğini, evlilik ilişkilerini, çocuğuyla ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu hastalar çoğunlukla ilk 12 hafta içinde semptom verirler ve eğer tedavi edilmezlerse çoğu ilk 1 yıl sonuna kadar depresif kalırlar (25). Postpartum depresyon geçiren hastaların çocuklarının zihinsel ve mental gelişim sorunları olabilir. Ayrıca bu çocuklarda kaza riski, ani bebek ölüm sendromu ve herhangi bir nedenden hastaneye başvuru insidansının arttığı söylenmektedir (26-28). Doğum sonrası gelişen depresif bulgular, annenin kendisi ve çevresi tarafından doğum sonu olağan yorgunluğu olarak değerlendirilmekte ve hekime başvurulmamaktadırlar.

Bu nedenlerle postpartum dönemde depresyonun taranması ve semptomların saptanması önemli bir konudur. Gelen hasta profili hakkında bilinçlenmek, postpartum depresyon adayları olan anneleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmek birinci basamakta görev yapan hekimin primer sorumluluğudur. Bir kadın, gebeliği boyunca "doğum öncesi bakım" almak için en az dört kez aile hekimi tarafından görülmektedir. Doğum sonrası dönemde ise, lohusa

izlemi ile beraber bebeğini aşılatmak için, anneler en az yedi-sekiz kez aile hekimlerine başvururlar.

Bu tezin amacı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EA Hastanesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Kliniğine başvuran 6 hafta-1 yaşı bebeği olan annelere ait yaş ortalamaları, evlilik durumları, eğitim seviyeleri, gelir düzeyleri, sigara alışkanlıkları, hastalık ve depresyon öyküleri, doğum şekilleri, çocuk sayıları ve emzirme durumları gibi demografik veriler ışığında, postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin saptanması ve bu bağlamda her yıl birçok kadının doğum yaptığı ülkemizde doğum sonrası annenin ruhsal açıdan da takip edilmesinin öneminin vurgulanmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon, oluşma nedenleri, ilerleyişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken asıl önemli nokta onun bir sendrom olduğudur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir, aslında depresyon olarak isimlendirilen belirti ve bulguların toplamıdır. Genel anlamıyla depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (29,30).

Depresyon, birincil bir duygudurum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, bir çok psikiyatrik ve tıbbi durumlara sekonder olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybına neden olması ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (30,31). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5-11 arasındadır. Kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14-21 arasındadır (32,33). Yapılan çalışmalarda, ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla majör depresif bozukluk görüldüğü tespit edilmiştir (34).

Hastalık başlangıcı 20-40 yaşları arasında en üst düzeye ulaşır. Depresyonun dağılımına bakacak olursak; puberte öncesi dönemde kız ve erkek çocuklarda eşit dağılım gösterirken, adölesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki - üç kat daha fazladır (35,36).

Bugün depresyonun etiyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve psikososyal etkenlerin rolü olduğu kabul edilmektedir (37).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabına (DSM-V-TR) göre major depresyon tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir.

DSM V'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkıрма (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğu).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısals olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C.** Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.
- D.** Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E.** Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.
- Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.2. Gebelik ve Duygudurum

Tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına neden olmaktadır (38). Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaşlardaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (39,40). Bu süreçlerden biri olan gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (41).

Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde ise bu görüş kabul görmemektedir (42,43). Çünkü kadınlar gebelik sürecini neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında yüksek etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşebilmektedir (43,46).

Literatürde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanabilmesinin mümkün olamayacağı belirtilmektedir (44,45). Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, tiroid stimüle eden hormon (TSH), triodothronine / thyoxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür (38). Bu değişikliklerden östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (38). Bu hormonal etkilere ek olarak çeşitli sosyal, psikolojik , çevresel ve genetik faktörlerinde gebelikte depresyonu tetiklediği bilinmektedir (38).

Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyona zemin hazırlayabiliyor olması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur (47,48). Gebelikte depresyon geçiren kadının postpartum depresyon geçirme riski ortalama 6.5 kat daha fazladır (40). Eğer gebelik döneminde görülen depresyon tanınır ve

etkili biçimde tedavi edilirse postpartum depresyonun önlenmesine yönelik önemli bir adım atılmış olacaktır.

2.3. Postpartum Depresyon

Postpartum dönem annenin biyolojik ve psikososyal pekçok değişiklikle karşı karşıya kaldığı bir dönemdir (4). Gebelik boyunca artan östrojen ve progesteron düzeyi doğumla birlikte hızla düşer (4). Doğumdan sonraki günlerde hipofiz hacmi, salgılama aktivitesi, dolaşımı azalır. Tiroksin düzeyi de doğum sonrası tiroid stimulan hormon (TSH)'un azalmasıyla giderek düşebilmektedir (4). Postpartum dönemde fizyolojik olan bu hormonal değişiklikler annenin duyu durumunda da bazı değişikliklere neden olabilmektedir.

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel ve mutlu bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da oldukça riskli bir dönemdir. Doğum sonrası ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (49).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-V ve ICD-10) gebelik dönemi ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (50). DSM-IV-TR, doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan depresif atakları 'postpartum başlangıçlı' belirleyicisini kullanarak tanımlar. DSM-5 ise gebelik sırasında veya doğum sonrasındaki dört haftada başlayan majör depresyon dönemini 'peripartum (doğum zamanı) başlayan' belirleyicisi ile tanımlar. Alternatif olarak, ICD-10 ise doğum sonrası altı haftada başlayan depresif epizodu, postpartum depresif epizod olarak tanımlar. Bununla beraber, birçok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan bir zaman dilimi olarak da kabul edilebilir. (52). Postpartum depresyonun belirtileri "annelik hüznü" tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir (53).

Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve bütün aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. PPD'de anne-bebek arasındaki bağ ciddi bir şekilde bozulur. Depresif

anneler, bebekle duygusal bağ kurmakta zorlanırlar. Bu annelerin çocukları, davranışsal ve duygusal sıkıntılarının yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar (54).

Doğum olayının en sık komplikasyonu olan PPD'nin yaygınlığı için kullanılan yöntemlerin çeşitli olmasından dolayı değişik oranlar verilmekte ise de araştırmalar, yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde geliştiğini göstermektedir (55,56).

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda da görülen belirtiler ile aynıdır. Bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (57,58). Yapılan çalışmalarda PPD görülme sıklığı; hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracının farklı olmasına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir (59-61).

DSM-V'e göre gebelik sırasında veya doğum sonrasındaki dört haftada başlaması durumunda annenin PPD açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir (51). Diğer bazı çalışmalarda, başlangıç döneminin daha çok doğum sonrası 6-12. haftalarda olmak üzere bir yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmiştir (59-61).

Geriye dönük epidemiyolojik taramalar, ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin, gebelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönemdir ve bu süre altıncı aya kadar uzayabilmektedir. (62). Benzer şekilde bazı çalışmalarda da gebelikte ağır psikiyatrik hastalık görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, bir hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir (57,63).

Depresyon insidansında artış, sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve bu süre, ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir. Prenatal anksiyete ve depresyonun, PPD'yi öngörmeye en güçlü belirleyicilerden biri olduğu ileri sürülmüştür (64-68). PPD'nin başlangıcı sinsi olabildiğinden, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve

hastanın yardım arayışı desteklenmediğinde, gözden kaçabilir. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerektirecek derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir (67).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına neden olur. Bu durum ise PPD'nin kolaylıkla gözden kaçabilmesine yol açar (57). Bu nedenle, birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında PPD akılda bulundurulması gereken önemli bir durumdur (69).

2.3.1. Postpartum Depresyon Risk Etmenleri

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanılamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir (70,71). Bu etkenlerden zayıf aile ve evlilik ilişkileri, yakın geçmişte olan önemli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde bozukluklar, menstürasyon ile ilgili problemler, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve annede ek hastalık varlığı doğum sonrası depresyon gelişimine etkili faktörler olarak düşünülmektedir (72-75). Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde postpartum depresyon insidansının zamanında doğum yapan annelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (76).

Bazı çalışmalarda annede ve ailede depresyon hikayesinin olması ile annede postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (77,78). Annede var olan kişilik bozukluğunun postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada sinirli, utangaç, çekingen, karamsar annelerin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (56). Ülkemizde yapılan bir çalışmada postpartum depresyon gelişimindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri,

mental hastalıklar, planlanmamış yada istenmeyen hamilelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük öyküsü olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuk sahibi olmanın daha çok istenmesiyle ilişkilendirilmiştir (74).

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, postpartum depresyon ön göstergelerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda postpartum depresyonun risk faktörleri arasında en çok; “Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü varlığı, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, sosyoekonomik durumun kötülüğü, gebeliğin istenmeme durumu” yer almaktadır (79).

2.3.2. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon geçiren annelerin %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır (80). Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2.-3. haftadan sonra (olguların %80.ninde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak PPD başlangıcı doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4.ve 5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. PPD belirtilerinin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (57,63).

Doğum sonu depresyonun belirtileri majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar; “kendini değersiz hissetme, anksiyete ve panik ataklar, suçluluk hissi, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlama, ajitasyon ya da hiperaktivite, iştah bozuklukları (çok az veya fazla yeme),

uyku bozuklukları, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik hali, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, keder, düşmanlık, enerji ve motivasyon kaybı, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, korku, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yetersizlik ve kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme - içe kapanma, cinsel isteksizlik, bellek zayıflığı, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme'' ile ilgili düşüncelerdir (14,18,54,57,67,81).

Postpartum depresyonu klinik anlamda diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Diğerlerinden farklı olarak postpartum depresyonda aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (18). Postpartum depresyonu, postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada; uyku ve beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, ancak duygu durum bozukluğu belirtileri, enerji kaybı, suçluluk duygusu, bir işe yoğunlaşamama, ilgi ve istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (57).

Suisidal düşünce ya da majör fonksiyonel bozulma (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar bildiren kadınlar yavaş gelişen bir depresif epizodun olup olmadığı veya semptomların gerileyip gerilemediğini belirlemek için dikkatlice izlenmelidir (10,14). Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e kadar ulaşmaktadır (57,63).

2.3.3. Postpartum Depresyonun Tedavisi

Tedavideki temel ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir nokta ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa belirtiler kronikleşir ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (57).

Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk 2 haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması açısından uyarıcı olmalıdır (67).

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsiv tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir (50,57).

Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde, puerperal dönem dışındaki tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda, bireysel danışmanlık verilmesi ve psikoterapötik tedavilerin postpartum depresyon tedavisindeki etkisi kanıtlanmıştır (50).

Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine olan güvenini tekrar kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup tedavilerinin temel parçalarını oluşturmaktadır. Postpartum yaşayan annenin istirahat etmesi, aile üyelerinin ona desteği ve tedavi süresince anne ve bebeğin birbirinden ayrılmaması da önemlidir. Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, geçmişte karşılaştığı toplumsal zorluklar, nesne yitimlerinin araştırılması ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin de iyi değerlendirilmesi gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceklerine uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerinin de doğru olmadığı gösterilmeye çalışılmalıdır (4).

Bu hastalara antidepresan tedavi başlanması da uygun bir yaklaşımdır. Selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olan ilaçlardır

Çünkü bu ilaçların toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan grubuna ait bir ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan annelerde trisiklik antidepresanlar da (TSA) kullanılabilir. Doğum sonrası kadınlar ilaçların yan etkilerine duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozunun yarısı ile başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaş yavaş artırılmalıdır (4).

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme konusu son derece önemlidir. Bebeğin beslenmesi için en ideal besin olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk anne için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanlar süte geçmektedir. EKT ise emziren annelerde başarı ile uygulanmakta olan ve bebeğe herhangi bir risk oluşturmayan, tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir (67).

2.4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği: Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır (82).

Anglo-Amerikan ve Avustralya grupları için pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış ve zamanla diğer dillere de uyarlanmıştır (83-85). Lee ve arkadaşları, Çin'de yaptıkları çalışmada, tatminkar sonuçlar elde etmişler ve 9/10 değerlerini kesme değerleri olarak bildirmişlerdir (86). Yine uzak doğuda, Japonya'da yapılan geçerlilik çalışmasında kesme değeri 8/9 olarak alınmış ve ölçeğin, PPD için basit ve yararlı bir tarama aygıtı olduğu sonucuna varılmıştır (87).

Düşük gelirli Brezilya'lı kadınlarda da başarıyla kullanılmış ve PPD sıklığı %12 olarak tespit edilmiştir (88). İspanya'da Garcia-Esteve ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada EPDÖ için %79 duyarlılık, %95.5 özgüllük tespit edilmiş ve 10/11 kesme değeri olarak tespit edilmiştir (89). İtalyan sürümü de geçerli olarak bulunan ölçeğin İtalyan kadınları için kesme değeri 11/12 olarak belirtilmiştir (90).

EPDÖ'nin İskandinav kültüründe de kullanımda herhangi bir zorluk belirtilmemiş, Berle ve arkadaşları tarafından Norveç'te başarıyla kullanılmıştır (91). Righetti ve arkadaşları tarafından da Cenevre'de kullanılan ölçeğin kullanımında hiçbir sorun bildirilmemiştir (97).

Kanada'da 594 anne üzerinde yapılan çalışmada kesme değeri 9/10 olarak bulunmuş ve yeni annelerin erken postpartum dönemdeki depresif semptomların tespitinde kullanımı önerilmiştir (92). Fransa'da yapılan geçerlilik çalışmasında ölçeğin duyarlılığının %82 olduğu saptanmış ve 10 puanın üzerinde alan kadınların ileri klinik inceleme ve tedavi için uygun olduğu söylenmiştir (93).

Arapça EPDÖ'nun geçerlilik çalışmasında iyi güvenilirlik ve kullanılrlık gösterilmiş ve kesme değeri 12 olarak alındığında duyarlılık ve özgüllüğün sırasıyla %90 ve %73 olduğu tespit edilmiştir (94). Birleşik Arap Emirliklerinde ölçek kullanılmış ve %18 oranında PPD bildirilmiştir (95). Nijerya'da 225 kadın üzerinde yapılan geçerlilik çalışmasında duyarlılık %75, özgüllük %97 ve kesme değeri 9 olarak bulunmuştur (96). EPDÖ'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EPDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ (p bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EPDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Kesitsel nitelikteki çalışmamızın evrenini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı polikliniğine Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran 6 hafta-1 yaş bebeği olan anneler oluşturmaktadır. Çalışmada veri kaynağı olarak tarafımızca hazırlanmış 32 soruluk anket formu; Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı hastalara anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmacı ile başbaşa kalabilecekleri bir odaya alınmışlardır ve 32 soruluk anket formu ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)'ndeki sorular hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile sorulmuştur.

Çalışmaya alınma kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı polikliniğine başvuran 6 hafta-1 yaş bebeği olan anneler .

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Anket formunu eksik doldurmak

3.2. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü %80 güç, % 5 hata payı Buğdaycı ve arkadaşlarının çalışmasındaki postpartum depresyon sıklığı % 21 olarak alındığında %5 sapma ile 255 kişi olarak hesaplanmıştır (22)

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Anket Formu

Literatür taraması yapılarak hazırlanan anket formu 32 sorudan oluşmaktadır. Anket formundaki sorular annenin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik öyküsünü, bebek ile ilgili bilgileri ve postpartum depresyon için risk faktörü olabilecek durumları sorgulayan soruları içermektedir.

3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likertbiçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EPDÖ'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğinin tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EPDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ ($p<0.0001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EPDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (82).

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 20 paket programı kullanılarak yapıldı. Çalışmada tanımlayıcı analizler sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük –en büyük değer; kategorik değişkenler için sayı, oran, yüzde kullanılarak sunuldu. Verilerin normal dağılımı uyumu Kolmogorov Smirnov ile test edildi. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarda, Ki-kare ve Fisher's

exact testleri kullanıldı. P değerinin 0,05 'in altında olduğu değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya 6 hafta-12 ay bebeği olan toplamda 255 kadın dahil olmuştur. Çalışmaya alınan annelerin yaş ortancası 29 (17-45) yılıdır. Tüm annelerin %3,1'ü (n:8) okuma yazma bilmiyorken, %23,9'u (n:61) ilkokul mezunu, %23,5'i lise ve dengi okullardan mezundu. Annelerin %76,9'u (n:196) ev hanımı idi. Çalışmaya katılan annelerinin %84,7'sinin (n:216) sağlık güvencesi SGK idi. Aylık gelir durumlarına bakıldığında %31'inin (n:79) 1501-2500 TL olduğu, bunu takiben %22,7'sinin (n:58) 1301-1500 TL olduğu görüldü. Tüm annelerin %95,7'si (n:244) evli ve resmi nikahlı idi. Aynı evde yaşayan kişi sayısının ortanca değeri 4 (en az 2- en fazla 9) idi. Çalışmaya katılan annelerin sigara kullarımlarına bakıldığında %18,4'ü (n:47) halen sigara kullanıyorken, %59,2'si (n:151) bugüne kadar hiç kullanmamıştı. Tüm annelerin %3,1'inin (n:8) halen alkol kullanmakta olduğu, %78'inin (n:199) bugüne kadar hiç alkol kullanmadığı görüldü. Halen alkol kullanan 8 kişinin 4'ü ayda bir kez, 3'ü ayda iki kez, bir kişi de yılda 4-5 kez alkol kullandığını belirtti(Tablo 1).

Tablo 1.Çalışmaya Katılan Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

		n(%)
Yaş Ort (min-max)		29(17-45)
Eğitim düzeyi	Okuma-yazma bilmeyen	8 (3,1)
	Okur-yazar	10 (3,9)
	İlkokul	61 (23,9)
	İlköğretim	18 (7,1)
	Ortaokul veya mesleki ortaokul	42 (16,5)
	Lise ve dengi okullar	60 (23,5)
	Yüksek okul veya fakülte	50 (19,6)
	Yüksek lisans, doktora	6 (2,4)
Çalışma durumu	Ev hanımı	196 (76,9)
	Memur	24 (9,4)
	Özel sektör	30 (11,8)
	Kendi işi	5 (2)
Sağlık güvencesi	Yok	10 (3,9)
	SGK (ssk,bağ-kur,emekli sandığı)	216 (84,7)
	Yeşilkart	29 (11,4)
Aylık gelir durumu	600 TL veya daha düşük	22 (8,6)
	600-1300 TL	39 (15,3)
	1301 – 1500 TL	58 (22,7)
	1501-2500 TL	79 (31)
	2501-3500 TL	35 (13,7)
	3501-4500 TL	13 (5,1)
	4501-5500 TL	3 (1,2)
	5501 TL ve üzeri	6 (2,4)
Medeni hal	Evli ve resmi nikahlı	244 (95,7)
	Evli ve resmi nikah yok	4 (1,6)
	Eşinden ayrı yaşayan	3 (1,2)
	Boşanmış	1 (0,4)
	Dul	3 (1,2)
Aynı evde yaşayan kişi sayısı Ort (min-max)		4 (2-9)
Sigara içme durumu	Halen kullanıyor	47 (18,4)
	Daha önce kullanmış bırakmış	33 (12,9)
	Yaşamı boyunca birkaç kez kullanmış	24 (9,4)
	Bugüne kadar hiç kullanmamış	151 (59,2)
Alkol kullanım durumu	Halen kullanıyor	8 (3,1)
	Kullanıyormuş ama artık kullanmıyor	16 (6,3)
	Yaşamı boyunca birkaç kez kullanmış	32 (12,5)
	Bugüne kadar hiç kullanmamış	199 (78)

Tablo 2. Annelerin Son Gebeliğine Ait Veriler

		n(%)
İstemli gebelik olma durumu	Evet	215 (84,3)
	Hayır	40 (15,7)
Doğum öncesi bakım alma durumu	Evet	191 (74,9)
	Hayır	64 (25,1)
Doğum öncesi bakım aldığı kurum	Aile sağlığı merkezi	10 (5,2)
	Devlet hastanesi	36 (18,8)
	Eğitim ve araştırma hastanesi	72 (37,7)
	Üniversite hastanesi	11 (5,8)
	Özel hastane	51 (26,7)
	Kadın hastalıkları ve doğum hastanesi	6 (3,1)
Özel muayenehane	5 (2,6)	
Gebelik öncesi kilo ortanca(min-max)		65,4 (39-120)
Şu andaki kilo ortanca(min-max)		71 (42-120)
Gebelik sırasında tıbbi sorun yaşama durumu	Evet	66 (25,9)
	Hayır	189 (74,1)
Gebelik öncesi tedavi gerektiren ruhsal rahatsızlık geçirilmesi	Evet	21 (8,2)
	Hayır	234 (91,8)
Gebelik öncesi tedavi gerektiren ruhsal rahatsızlık geçirenlerin tedavi durumu	Psikolojik tedavi	5 (23,8)
	İlaç tedavisi	16 (76,2)
Bu gebeliğinde tedavi gerektiren ruhsal rahatsızlık geçirilmesi	Evet	7 (2,7)
	Hayır	248 (97,3)

Tablo 2’de çalışmaya katılan annelerin son gebeliklerine ait özelliklere bakıldığında annelerin %84,3’ünün (n:215) gebeliği istemli idi. Tüm annelerin %74,9’u (n:191) doğum öncesi bakım aldığını belirtti. Olguların %74,1’i (n:189) gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşamadığını belirtti. Olguların %8,2’si (n:21) gebelik öncesinde tedavi gerektiren bir ruhsal rahatsızlık geçirdiğini belirtti. Gebelik öncesinde ruhsal rahatsızlık geçiren annelerin %76,2’si (n:16) ilaç tedavisi, %23,8’i (n:5) psikolojik tedavi aldığını belirtti. Çalışmaya katılan annelerin %2,7’si (n:7) bu

gebeliğinde tedavi gerektiren ruhsal rahatsızlık geçirdiğini belirtti. Gebelikte ruhsal rahatsızlık geçiren bu 7 annenin 6'sı psikolojik tedavi aldığını, biri tedaviye devam etmediğini belirtti.

Tablo 3. Bebeğe ait özelliklerin dağılımı

		n(%)
Bebeğin şu andaki yaşı ortanca(min-max)		6 (1-12) ay
Bebeğin cinsiyeti	Kız	129 (50,58)
	Erkek	126 (49,4)
Doğum şekli	Vajinal doğum	96 (37,6)
	Sezeryan	159 (62,3)
Bebeğin doğum haftası ortanca(min-max)		39 (26-42)
Bebeğin doğum ağırlığı ortanca(min-max)		3239,6 (960-5000)
Doğum sırasında problem yaşanma durumu	Evet	24 (9,4)
	Hayır	231 (90,6)
Bebekte doğumsal anomali varlığı	Evet	7 (2,7)
	Hayır	248 (97,3)
Bebekte kronik hastalık varlığı	Evet	6 (2,4)
	Hayır	249 (97,6)
Bebek beslenme şekli		
≤6 ay	Sadece anne sütü	90(62,9)
	Sadece mama	14(9,8)
	Anne sütü + mama	31(21,7)
	Mama + ek gıda	3(2,1)
	Anne sütü + ek gıda	5(3,5)
>6 ay	Sadece anne sütü	20(17,9)
	Sadece mama	11(9,8)
	Anne sütü + mama	29(25,9)
	Mama + ek gıda	7(6,3)
	Anne sütü + ek gıda	45(40,2)

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin %9,4'ünün (n:24) doğumu sırasında problem yaşandığı belirlendi. Doğumda yaşanan problemlerin çoğunluğunun uzamış

eylem ve uzamış eyleme bağlı problemler olduğu, bunu takiben makat geliş, annenin senkop geçirmesi, annede hipertansiyon, preklampsi, indüksiyon ajanına bağlı alerjik reaksiyon gelişmesi gibi problemlerin de yaşandığı saptandı. Bebeklerin %2,7'sinde (n:7) doğumsal anomali vardı. Bebeklerdeki doğumsal anomaliler: böbrek anomalisi, yarı damak dudak, doğuştan kalça çıkığı, ayakta şekil bozukluğu, polidaktili, intrakranial kist varlığı olarak belirtildi. Bebeklerin %2,4'ünde (n:6) kronik hastalık olduğu belirtildi. Bu kronik hastalıkların böbrek hastalığı, biotinidaz eksikliği, hidrosefali, kalpte septal defekt, hipotiroidi olduğu belirtildi. Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin 6 ay ve daha küçük olanların %62,9'u (n:90), 6 aydan büyük olanların %17,9'u (n:20) sadece anne sütü ile besleniyordu (Tablo3).

Tablo 4. Annelerin Jinekolojik Öykülerine Ait Özellikler

		n(%)
İstemli düşük (küretaj) varlığı	Evet	27 (10,6)
	Hayır	228 (89,4)
Kendiliğinden düşük varlığı	Evet	50 (19,6)
	Hayır	205 (80,4)
Kaçıncı gebelik Ortanca(min-max)		2 (1-7)
Canlı doğum sayısı Ortanca (min-max)		2 (1-7)
Yaşayan çocuk sayısı Ortanca(min-max)		2 (1-7)

Tüm annelerin %10,6'sında (n:27) istemli düşük(küretaj) ve %19,6'sında (n:50) kendiliğinden düşük öyküsü vardı. Çalışmaya katılan annelerin canlı doğum sayısı, kaçınıncı gebeliği olduğu ve yaşayan çocuk sayısı 1 ile 7 arasında değişmesine rağmen verilerin ortancası 2 idi.

Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği		İstatistik analiz	
		Depresyon yok n (%)	Depresyon var n (%)	X	P değeri
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	4 (50)	4 (50)	1,470	0,479
	İlköğretim	92 (70,2)	39 (29,8)		
	Lise ve üzeri	81 (69,8)	35 (30,2)		
Çalışma durumu	Ev hanımı	133 (67,9)	63 (32,1)	0,964	0,326
	Çalışan	44 (74,6)	15 (25,4)		
Sağlık güvencesi	Yok	7 (70)	3 (30)	0,651	0,722
	SGK	148 (68,5)	68 (31,5)		
	Yeşilkart	22 (75,9)	7 (24,1)		
Sigara	Kullanıyor	25(53,2)	22(46,8)	7,140	0,008
	Kullanmıyor	152(73,1)	56(26,9)		
Alkol	Kullanıyor	4(50)	4(50)	0,253*	
	Kullanmıyor	173(70)	74(30)		
Aylık gelir durumu	1500 ve altı	81 (68,1)	38 (31,9)	1,710	0,425
	1500-4500	88 (69,3)	39 (30,7)		
	4500 üzeri	8 (88,9)	1 (11,7)		

*Fisher's exact test

Tablo 5'te annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre PPD bulunma durumu sunulmuştur. Eğitim durumlarına bakıldığında okuma yazma bilmeyenlerin %50'sinde (n:4), öğrenim durumu ilköğretim olanların %29,8'inde (n:35), öğrenim durumu lise ve üzeri olanların %30,2'sinde (n:35) PPD varlığı saptandı. Ev hanımı olan annelerin %32,1'inde (n:63), çalışan annelerin %25,4'ünde (n:15) PPD varlığı saptandı. Sağlık güvencesi olmayan annelerin %30'unda (n:3), sağlık güvencesi SGK

olanların %31,5'unda (n:68), yeşilkart olanların %24,1'inde (n:7) PPD varlığı saptandı. Aylık gelir durumlarına göre PPD varlığı değerlendirildiğinde aylık geliri 1500 ve altı olan annelerin %31,9'unda (n:38), 1500-4500 olanların %30,7'sinde (n:39), 4500 ve üzeri olanların %11,7'sinde (n:1) PPD varlığı saptandı. Annelerin eğitim durumu (p=0,479), çalışma durumu (p=0,326), sağlık güvencesi (p=0,722) ve aylık gelir durumu (p=0,425) ile PPD arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Tablo 6. Son Gebeliğe Ait Bazı Özelliklere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Değerlendirilmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği		İstatistik analiz	
		Depresyon yok n (%)	Depresyon var n (%)	X	p değeri
İstemli gebelik	Evet	158 (73,5)	57 (26,5)	10,728	0,001*
	Hayır	19 (47,5)	21 (52,5)		
Doğum öncesi bakım	Evet	136 (71,2)	55 (28,8)	1,152	0,283
	Hayır	41 (64,1)	23 (35,9)		
Gebelikte tıbbi sorun	Evet	43 (65,2)	23 (34,8)	0,761	0,383
	Hayır	134 (70,9)	55 (29,1)		
Gebelik öncesi ruhsal hastalık	Evet	12 (57,1)	9 (42,9)	1,622	0,203
	Hayır	165 (70,5)	69 (29,5)		
Gebelikte ruhsal hastalık	Evet	3 (42,9)	4 (57,1)	2,390	0,122
	Hayır	174 (70,2)	74 (29,8)		

*p< 0,05

Tablo 6'da son gebeliğe ait bazı özelliklere göre PPD varlığı sunulmuştur. Gebeliği istemli olan annelerin %26,5'inde (n:57) PPD varlığı saptanmışken, gebeliği istemli olmayanların %52,5'inde (n:21) PPD tespit edildi. Gebeliği istemli

olmayanlarda PPD görülme oranının daha yüksek olduğu saptandı. Gebeliğin istemli olup olmamasıyla PPD varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulundu ($p=0,001$). Doğum öncesi bakım alanların %28,8'inde (n:55), almayanların %35,9'unda (n:23) PPD saptandı. Doğum öncesi bakım alınıp alınmamasıyla PPD arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p=0,283$). Gebelikte tıbbi sorun yaşayanların %34,8'inde (n:23), tıbbi sorun yaşamayanların %29,1'inde (n:55) PPD saptandı. Gebelikte tıbbi sorun yaşanıp yaşanmamasıyla PPD görülmesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,383$). Gebelik öncesinde ruhsal hastalık geçirenlerin %42,9'unda (n:9), geçirmeyenlerin %29,5'inde (n:69) PPD olduğu görüldü. Gebelik öncesinde ruhsal hastalık geçirme durumunun PPD varlığıyla arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,203$). Gebelikte ruhsal hastalık geçirenlerin %57,1'inde (n:4), geçirmeyenlerin %29,8'inde (n:74) PPD olduğu görüldü. Bu sonuçlarla gebelikte ruhsal hastalık geçirme durumu ile PPD varlığı arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p=0,122$).

Tablo 7.Doğum ve Bebek ile İlgili Yaşanılan Problemlere Göre Annelerin PPD Durumunun Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği		İstatistik analiz	
		Depresyon yok n (%)	Depresyon var n (%)	X	p değeri
Doğum şekli	Vajinal Doğum Sezeryan	65 (67,7) 112 (70,4)	31 (32,3) 47 (29,6)	0,210	0,646
Doğumda problem	Evet Hayır	16 (66,7) 161 (69,7)	8 (33,3) 70 (30,3)	0,94	0,759
Bebekte anomali	Evet Hayır	6 (85,7) 171 (69)	1 (14,3) 77 (31)	0,901	0,679*
Bebekte kronik hastalık	Evet Hayır	4 (66,7) 173 (69,5)	2 (33,3) 76 (30,5)	0,022	1.000*
Doğum ağırlığı	<2500 gr ≥2500 gr	11(68,8) 166(69,5)	5(31,3) 73(30,5)	1.000*	
Kaç haftalık doğduğu	<37 hafta ≥37 hafta	13(81,3) 164(68,6)	3(18,8) 75(31,4)	0,404*	

*Fisher's exact test

Tablo 7’de doğuma ve bebeğe dair bazı özelliklere göre PPD varlığı sunulmuştur. Vajinal doğum yapanların %32,3’ünde (n:31), sezeryanla doğum yapanların %29,6’sında (n:47) PPD olduğu görüldü. Doğum şekli ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p=0,646$). Doğumda problem yaşayan annelerin %33,3’ünde (n:8), doğumda problem yaşamayan annelerin %30,3’ünde (n:70) PPD saptandı. Doğumda problem yaşanması ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p=0,759$). Bebeğinde doğumsal anomali olan annelerin %14,3’ünde (n:1), bebeğinde doğumsal anomali olmayan annelerin %31’inde (n:77) PPD varlığı saptandı. Bebeğinde kronik hastalık olan annelerin %33,3’ünde (n:2), bebeğinde kronik hastalık olmayan annelerin %30,5’inde (n:76) PPD olduğu görüldü. Bebeğe kronik hastalık ya da doğumsal anomali bulunmasıyla PPD arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü. Bebeğinin doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan annelerin %31,3’ünde (n:5), bebeğinin doğum ağırlığı 2500 gram ve üzeri olan annelerin %30,5’inde (n:73) PPD saptandı. Bebeğin doğum ağırlığıyla PPD arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü. Bebeği 34 haftanın altında doğan annelerin %18,8’inde (n:3), bebeği 34 hafta ve üzeri doğan annelerin %31,4’ünde (n:75) PPD saptandı. Bebeğin doğum haftası ile annede PPD varlığı arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

5. TARTIŞMA

Postpartum depresyon oldukça sık görülen, pek çok kadının ve ailelerinin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda 6 hafta-1 yaş bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı %30,6 bulunmuştur. Buna göre 255 kadından 78'inde postpartum depresyon görülmektedir. Postpartum depresyonun insidansına bakıldığında farklı çalışmalarda farklı sonuçlara rastlamak mümkündür. İtalya Genova'da, Righetti-Veltoma ve arkadaşlarının 570 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada postpartum deperesyon insidansı %10,2 bulunmuştur (115). Trabzon bölgesinde Ayvaz ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına göre insidans %28,1 saptanmıştır(19). Malezya'da Kit ve arkadaşlarının 154 kadın katılımcı ile yürüttükleri bir çalışmada postpartum depresyon insidans oranı %3.9 gibi düşük bir değerde tespit edilmiştir (117). O'Hara ve Swain'in gerçekleştirdiği büyük meta-analiz çalışmasında ise postpartum depresyon insidansı %13 olarak bulunmuştur (66). Danacı ve arkadaşlarının Manisa ili çevresinde 1337 anne üzerinde yaptıkları araştırmada postpartum depresyon insidansı %14 olarak tespit edilmiştir (21). Durukan ve arkadaşları Ankara ili ve çevresinde yürüttükleri araştırmalarında ise postpartum depresyon sıklığını %15 olarak bulmuşlardır (118). Sivas il merkezinde, Nur ve arkadaşlarının 750 katılımcı dahil edilerek yaptıkları çalışmalarında da postnatal depresyon prevalansı %28 olarak tespit edilmiştir (18). Kırpınar ve arkadaşlarının ülkemizin doğusunda yürüttükleri bir çalışmada postpartum depresyon prevalansını sırasıyla, postpartum 1. ve 6. haftalarda EPDS kesme değerleri 13 ve üzeri alındığında %17,7 ve %14 olarak tespit edilmiştir (119). Literatürde bildirilen PPD sıklığının hem toplumlar arasında hem de ülkemizde farklı çalışmalarda bu kadar değişkenlik göstermesinin sebebinin, EPDS kesme puanının farklı olması, çalışma dizaynı, değerlendirmenin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması, örneklem hacmi ve popülasyonlardaki yöresel, kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen annelerin %50'sinde, öğrenim durumu ilköğretim olanların %29,8'inde , öğrenim durumu lise ve üzeri olanların %30,2'sinde PPD varlığı saptandı ve anne eğitim durumu ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p=0,479$). Yapılan farklı çalışmalarda da kadınların eğitim düzeyi arttıkça postpartum depresyon riskinin düşük olduğu ve bu

düşüşün istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Ayvaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada postpartum depresyonda olan annelerin %26,3'nün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (19). Arslantaş ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada eğitim durumu ilkokul ve altı olanların %12,3'ünde, ilkokul ve üzeri olanların %12,7'sinde PPD varlığı saptanmıştır. Bu araştırmada kadının eğitim durumunun PPD ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (99). Vural ve Akkuzu'nun yaptığı çalışmada ise PPD saptanan annelerin %67,8'inin ilk ve ortaokul mezunu, %32,2'sinin lise ve üzeri öğrenime sahip oldukları saptanmıştır (100). Üst ve arkadaşı çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan kadınların postpartum döneme uyum sağlama ve kendini ifade etmede daha az zorlandıkları ve doğum sonrası stresörlerle daha iyi baş edebildiklerini vurgulamıştır(101). Ülkemizdeki kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesi PPD riskini azaltabilir.

Çalışmamızda kadınların çalışma durumunun postpartum depresyon riskini etkilemediği belirlenmiştir ($p=0,326$). Buna göre ev hanımı olan annelerin %32,1'inde, çalışan annelerin %25,4'ünde PPD varlığı saptanmıştır. Literatürdeki bazı çalışmalar bu bulguyu destekler özellikle olmasına rağmen, bazı çalışmalar ise desteklememektedir. İnandı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (17). Ayvaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada postpartum depresyonda olan annelerin %29,9'nun çalışmadığı saptanmıştır (19). Arslantaş ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada araştırma grubunun %81,5'i ev hanımı olup, çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (99). Aktaş yaptığı çalışmasında postpartum depresyon saptanan annelerin % 10,9'nun çalışan, % 89,1'nin çalışmayan anneler olduğunu saptamıştır (102).

Çalışmamıza katılan annelerin aylık gelir durumlarına bakıldığında aylık gelir durumu ile PPD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak yapılan farklı bir çok çalışmada ekonomik durumla PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dündar ve arkadaşlarının yarı-kentsel olan Manisa İl Merkezi'ne bağlı 5 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada gelir durumunu iyi olarak belirten kadınların %26,9'unda depresyon belirlenmişken, gelir durumunu kötü olarak nitelendirilen kadınların %58'inde depresyon bulunmuştur (103). Yine Gülseren ve arkadaşları alt gelir grubunda olanların depresyon puanlarının eşik üstü

olduğunu saptamışlardır (104). İnandı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ailenin düşük gelirli olması durumunda 3.3 kat, çok düşük gelirli olması durumunda ise 6.15 kat daha fazla PPD görüldüğü bildirilmiştir (17). Jadresic ve Araya'nın Santiago'da yaptığı çalışmada sosyoekonomik durum ile PPD prevalansı arasında ters bir ilişki bulundu. Bu çalışmanın sonucuna göre PPD prevalansı, daha düşük gelirli olan annelerde daha yüksek gelirli annelere kıyasla üç kat artmıştır (105). Bu sonuçlara bakılırsa sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan anneler, kendileri ve bebeklerinin geleceği için daha fazla kaygı duyabilirler. Bebeğin veya kendisinin karşılaşılabileceği sağlık sorunları, bakım ve beslenme ihtiyacı konusunda kendilerini daha endişeli ve huzursuz hissedebilirler ve bu durum PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir. Çalışmamızda aylık gelir düzeyinin PPD ile ilişkili bulunmamasının nedeni popülasyonun yeterli büyüklükte olmamasından ve araştırmaya dahil edilen grubunun sosyodemografik açıdan benzerliğinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda ailenin sağlık güvencesi ile annenin postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Durukan ve arkadaşlarının çalışmasında postpartum depresyon bulunma durumunun sosyal güvence ile herhangi bir anlamlı ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır (118). Ancak sağlık güvencesi olmayanların, sağlık güvencesine sahip olanlarla karşılaştırıldığında EPDÖ skorları belirgin derecede daha yüksek bulunmuştur (119). Sosyal güvencesi olmayan annelerin bebeğinde bir sağlık problemi olabileceği anksiyetesi EPDÖ skorlarının yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanan kadınların %46.8'inde PPD olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan olgularda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,013). İngiltere'de, 1997'de yapılan bir çalışmada, 119 gebe erken gebelik döneminden itibaren takibe alınmış ve sigara kullanımının uzun dönem zararları doğumdan sonra 4 seneye kadar takip edilerek tespit edilmeye çalışılmıştır. Sigara içme davranışı, postnatal depresyon ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir(106). 2000 senesinde 526 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada sigara içimi ve depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik seviyede kendini gösteren depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili çıkmıştır (107). Çocuk gelişimi ile sigara kullanan ebeveyn arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın sonucunda depresyonun sigara kullanımı ile

örtüştüğü bulunmuş ve sigara ile depresyonun iç içe geçen ilgisi için ileri araştırma önerilmiştir (108). Sigara tüketimi ve depresyon arasındaki ilişkide halen cevaplanmayan sorular vardır. Hangisinin tetiği çektiği bilinmese de ileride yapılacak biyodavranışsal analizler ışığında bu yakın ilişki daha da aydınlanacaktır (108).

Gebeliğin istemli olup olmama durumuyla PPD arasındaki ilişkiye bakacak olursak; planlanmamış ve istenmeyen gebeliğin de, postpartum dönemde depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir (109,110,111). Gebeliğin istenmemesi, annenin bebeğe ve annelik rolüne hazır olmadığını ve oluşabilecek sorunlarla baş etmekte güçlükler yaşayabileceğini düşündürebilir. Nitekim İnandı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada istemeden gebe kalan annelerde PPD'nin 1.56 kat daha sık olduğu saptanmıştır (17). Samsun il merkezinde yapılan bir çalışmada da planlanmayan gebeliğin PPD için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (98). Dietz ve arkadaşları istenmeyen gebeliğin kişinin benlik duygusunu bozabileceğini, stresörlerle baş etme gücünü azaltabileceğini ve depresyona yatkınlığı artırabileceğini belirtmiştir (112). Çalışmamızda da gebeliğin istemli olup olmamasıyla PPD varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulundu ($p=0,001$). Tüm bu verilerin ışığında bu çalışmada gebeliğin istemli olup olmamasıyla PPD arasında çıkan anlamlı sonuç literatürle uyumu açısından oldukça önemlidir.

Geçirilmiş depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü, olanların PPD için daha fazla risk taşıdıkları bildirilmektedir (23,115). Gebelikte huzursuzluk, depresif semptom, endişe yaşanması, premenstrüel dönemde ruhsal sıkıntılar PPD için önemli risk faktörleridir (113). Amerika'da 1662 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, geçirilmiş depresyon öyküsü en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve antenatal depresif semptomlarda dört kata varan bir artışa sebep olduğu öne sürülmüştür (75). Danimarka'da da Nielsen ve arkadaşlarının 5252 kadın ile yapılan bir çalışmasında geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, yüksek doğurganlık, prepartum distres ve sosyal izolasyon olmak üzere dört risk faktörü belirlenmiştir (114). Ancak bizim çalışmamızda gebelik öncesinde ya da gebelik sırasında ruhsal hastalık yaşamış olmak PPD ile ilişkili bulunmamıştır.

Preterm eylem neonatal morbidite ve mortaliteye yol açan yüksek riskli bir durumdur. Annenin bebeğini kaybetme korkusu umutsuzluk, çaresizlik, benlik

saygısında azalma ve kayıp duygularının yaşanmasına yol açmaktadır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada, preterm doğum yapan kadınların doğum sonrası anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda ise 37 haftadan küçük doğum yapanlar ile 37 haftadan büyük doğum yapanlar arasında PPD varlığı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır.

Doğum şekli ile PPD ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Konu ile ilgili yayınların bazıları sezaryen doğumun PPD ile ilişkili olduğunu belirtirken (120), bazıları ise ilişkisiz olduğunu belirtmişlerdir (121). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da doğum şeklinin PPD üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (122). O'Hara çalışmasında acil C/S ile doğumu PPD için risk faktörü olarak belirtmiştir (66). İran'da yapılan bir çalışmada; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (123). Bizim çalışmamızda da doğum şekli ile PPD arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmamızda gebeliğin istemli olup olmaması ve annenin sigara kullanımı PPD varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak görüldüğü gibi literatürde PPD ile ilişkilendirilecek başka sonuçlar da mevcuttur. Aile hekimleri olarak bizler tüm bu risk faktörlerini iyi bilmeli ve antenatal dönem, doğum sonrası erken dönem ve normal sağlam çocuk izlemlerinde anneleri biyopsikososyal açıdan ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeliyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonunda postpartum depresyon sıklığı %30,6 bulunmuştur ve bu sonuç ülkemizde ve yurt dışında yapılan benzer çalışmalarla uyumludur. Çalışmamızda PPD için risk faktörü olabilecek anneye ve bebeğe dair bazı parametreler inceledik. Bu parametrelerden gebeliğin istemli olmaması ve annenin sigara kullanıyor olmasının postpartum depresyon varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğunu saptadık. Ancak istenmeyen gebeliklerin neden istenmediği ile ilgili detaylı sorgulama yapılmamıştır. Psikolojik hatta ekonomik ek yükümlülükler getirecek, yaşam tarzında değişikliklere neden olabilecek yeni bir gebelik annelerde ek bir stresör faktör olabilmektedir. Bu sebeple üreme sağlığı ile ilgili annenin psikolojik ve bedensel sağlığını olumsuz etkileyecek diğer faktörlerin de belirlenebilmesi için tarama testlerinin yapılması ve annelere üreme sağlığının korunması yönünde sağlık çalışanlarınca detaylı bilgilendirilme yapılması oldukça önemlidir. Hastaların ilk başvuru noktası olan ve takiplerinin yapıldığı birinci basamakta, aile planlaması danışmanlığının daha etkin biçimde verilmesi ve gebelik öncesi ve gebelik döneminde sigara bırakma ile ilgili bilgilendirmenin ve müdahalelerin yapılması postpartum depresyon yaşanmaması açısından etkili müdahaleler olabilir.

Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; okuma-yazma bilmeyenler, çalışmayanlar (ev hanımı), alkol kullananlar, aylık geliri 1500 tl ve altı olanlar, doğum öncesi bakım almamışlar, gebelikte tıbbi sorun yaşayanlar, gebelik öncesi ruhsal hastalık öyküsü olanlar, gebelikte ruhsal hastalık öyküsü olanlar, doğumda problem yaşayanlar, bebekte kronik hastalık olanlar, bebeğinin doğum ağırlığı 2500 gramın altı olanlarda postpartum depresyon görülme sıklığı daha yüksekti. Bu nedenle PPD açısından literatürde belirlenen risk faktörlerine sahip gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası bakımları sırasında PPD açısından aile hekimleri tarafından daha dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık personeli, gebe ile ilk karşılaşan, gebelik sırasında ve doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri ile onu yakından izleyen ekip olduğundan kadının duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmelidir. Bu noktada, aile hekimlerine çok iş düşmektedir. Bir kadın,

gebeliği boyunca “doğum 6ncesi bakım” almak için en az d6rt kez aile hekimi tarafından g6r6lmektedir. Doğum sonrası d6nemde ise, lohusa izlemi ile beraber bebeğini aşılatmak için, anneler en az yedi-sekiz kez aile hekimlerine başvururlar. Bu konuda duyarlı olan hem aile hekimleri, hem de aile sağlığı elemanları, postpartum depresyon oluşumunu etkileyen risk fakt6rlerini bilip, postpartum d6nemde gelen anneleri bu g6zle değerlendirirlerse semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını 6nleyebilir.



7. ÖZET

Giriş: Postpartum dönem kadının psikiyatrik hastalıklara en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Doğum olayının en sık komplikasyonu olan PPD (Postpartum Depresyon) yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %6.3-50.7'sinde görülmektedir. PPD'nin etiolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. PPD, anne ve çocuğun sağlığını ciddi şekilde etkileyen ve dikkate alınması gereken bir hastalıktır. Başlangıcı sinsi olabildiğinden postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde rahatlıkla gözden kaçabilir. İhmal edildiğinde anne-çocuk ilişkisinin ciddi olarak bozulması ile sonuçlanan bu durumun anne ve bebeğin tüm takiplerinde aktif rol alan birinci basamakta çalışan aile hekimleri tarafından duyarlılık ile yaklaşılmasının gerektiği açıktır.

Amaç: Çalışmanın amacı 6 hafta- 1 yaş bebeği olan annelerde postpartum depresyon (PPD) sıklığının ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel nitelikte olup, 6 hafta-1 yaş bebeği olan 255 anne ile yürütülmüştür. Çalışmada veri kaynağı olarak annenin tanımlayıcı özellikleri ve postpartum depresyon için risk faktörlerine yönelik anket formu; Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 255 anne dahil edildi. PPD sıklığı %30.6' idi. İstenmeyen gebelik durumu ve sigara içen annelerde postpartum depresyonun daha sık olduğu görüldü (sırasıyla, $p= 0.001$, $p= 0.013$).

Sonuç: Postpartum depresyon önemli bir sağlık sorunudur. Postpartum dönemde görülen depresyonun, sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olacağından özel bir yaklaşım gerekir. Postpartum depresyonda anne ve bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla

gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir ve birinci basamakta çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarına çok iş düşmektedir. Erken tedavi girişimleri ve risk grubu olarak kabul edilen kadınların izlemleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, risk faktörleri, aile hekimliği



8. ABSTRACT

Introduction: The postpartum period is the period women are most likely to have psychiatric illnesses. Postpartum Depression (PPD) is the most common complication of the birth and affects approximately 6.3%-50.7% of women who had just gave birth. Biological, psychological and sociocultural factors are reported to be effective in the etiology of PPD. As the onset of postpartum depression is insidious it can easily be overlooked if the patient's seeking help is not supported, especially when the severity of postpartum depression is mild or moderate. Given that the neglected therapy of that disorder results in severe impairment of the mother-baby relationship, it is clear that the issue should be approached with sensitivity by primary care physicians.

Objective: The aim of the study was to determine the frequency of postpartum depression (PPD) and investigate risk factors related with postpartum depression at mothers having a child aged 6 weeks-1 year old.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 255 mothers having a child aged 6 weeks-1 year old. A questionnaire on descriptive features and PPD risk factors; Edinburgh Postpartum Depression Scale were used for the data collection.

Results: Two hundred and fifty-five mother was included the study. The rate of postpartum depression was 35.5%. It was seen that postpartum depression was more often among mothers who smoking and unplanned pregnancy ($p= 0.013$, $p= 0.001$, respectively).

Conclusion: .Postpartum depression is an important health problem. Because depression during postpartum period has adverse outcomes not only for the mother but also for the family, a specific approach is needed. The emotional link between the mother and the baby falls off seriously. Blotting out the signs results in missing

the diagnosis of postpartum depression, because many women have feelings of guilt due to having a depressive mood in a period of proposed being happy. Therefore, early diagnose is very important and primary care physicians and other health care workers should be alert. Early and efficient treatment interventions and follow-up visits of women in the risk group are important.

Key words: Postpartum depression, risk factors, family physician



9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from:http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf (erişim tarihi: 10.01.2006).
2. World Health Organization. The world health report 2004: Changing history.available from: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf> (erişim tarihi: 10.01.2006).
3. Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birici Basamak İçin Psikiyatri 2003; 2:42-6.
4. Marakoğlu K, Özdemir S, ivi S. Postpartum Depresyon. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(1):206-14.
5. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:73-87.
6. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. J Consult Clin Psychol 1995;63:445-53.
7. Baker D, North K. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med 1999;49:121-31.
8. Bernazzani O, Bifulco A. Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. Soc Sci Med 2003;56:1249-60.
9. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health 2005;8:141-53.
10. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:1179-85.
11. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatr Scand 2005;112:233-7.

12. Inandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:725-30.
13. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:343-7.
14. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:125-9.
15. Kara B, Ünalın P, Çifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is There a Role for the Family and Close Community to Help Reduce the Risk of Postpartum Depression in New Mothers? A Cross-Sectional Study of Turkish Women. *Matern Child Health J* 2008;12:155-61.
16. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2004;14:252-7.
17. İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002;31:1201-7.
18. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2004;26:55-9.
19. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17:243- 251.
20. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Relationship Between Attachment Style and Depressive Symptoms in Postpartum Women: Findings from Turkey. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:252-8.
21. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. The Prevalence of Postpartum Depression in Manisa Province and Influencing Factors. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11:204-11.

22. Buğdaycı R, Şaşmaz CT, Tezcan H. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13:63-8.
23. Yalçınkaya Alkar Ö, Gençöz T. Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemp Fam Ther* 2005;27:263-75.
24. Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. Risk Factors for Postpartum Depression in a Group of Teenage Mothers. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20:22-8.
25. Cooper PJ, Murray L. Postpartum depression. *Br Med J* 1998;316:1884-6.
26. Brown GW, Davidson S. Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children. *Lancet* 1978;1:378-81.
27. Mitchell EA, Thompson JM, Stewart AW, Webster ML, Taylor BJ, Hassall IB, et al. Postnatal Depression and SIDS: A prospective study. *J Paediatr Child Health* 1992;28:13-6.
28. Wolkind S. Mothers' depression and their children's attendance at medical facilities. *J Psychosom Res* 1985;29:579-82
29. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:3-16.
30. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV- TR). (E.Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001.
31. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:525-532.
32. Aşkın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi, 1999; 100-122.
33. Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı. Kırılı S. (Çev). Bursa 1999; 3-20.
34. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. *Clinical psychiatry*, 7th Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 494-496.
35. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental* 2005; 54:49-52.
36. DeRosa N, Logsdon MC. A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. *J Child Adolesc Psychiatry Nurs* 2006; 19:13-20.

37. Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çevirenler). Ankara: Günes Kitapevi, 2003; 467-484, 290-298.
38. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(1):142-162.
39. Stewart D. Depression during pregnancy . Can Fam Physician 2005; 51:1061-1063.
40. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing:guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36:771–788.
41. Vırit 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi 2008; 45:9-13.
42. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(2):67-74
43. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.
44. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10:25-32.
45. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. Early Hum Dev 2009; 85:65-7.
46. Arslan H, Gürkan Ö C , Ekşi Z, Yiğit F E. Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. Aile ve Toplum Dergisi Yıl:8 Cilt: 3 Sayı:10. Sayfa 71-79.
47. Ak M. Doğum sonrası ilk altı ayda maternal depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.Cilt 7. Sayı 2. 2010. Sayfa 39-42.
48. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88:599-605.

49. Yıldırım A, Hacıhsanoğlu R, Karakurt P. (2011). Postpartum Depresyon ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi (Bağlantıda). 8:1. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
50. Dilbaz N, Enez A. [Women and psychiatry: postpartum mood disorders]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):32-40.
51. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev.Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
52. World Health Organization (1992). ICD-10 Mental and behavior disorders classification. In: Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B, trans. eds. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993. p.184-7.
53. Erdem, Ö , Bucaktepe, P . (2015). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri [The prevalence and screening methods of postpartum depression]. *Dicle Tıp Dergisi*, 39 (3), 458-461. DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182
54. Aktaş M C, Şimşek C, Aktaş S. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi: Kültür Etkisi. *JAREN* 2017;3(Ek sayı):10-13
55. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1):3-8.
56. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):289-95.
57. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(1):58-67.
58. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM et al. Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93(2):158-71.
59. Posmontier B, Horowitz JA. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *J Transcult Nurs.* 2004 Jan;15(1):34-43.

60. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1997;4(2):241-6.
61. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP et al. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999;93(6):653-7.
62. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993;201-20.
63. Shashi Rai, Abhishek Pathak, and Indira Sharma. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S216–S221.
64. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
65. Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. *Women Health* 1986;11(1):61-78.
66. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(4):569-73.
67. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi* 2000;2(1):64-70.
68. Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160(6):777-80.
69. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(5):639-45.
70. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM et al. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:122-132.
71. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M et al. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65:1243-1258.
72. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL et al. Patient preference for counseling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women. *J Affect Disord* 2004; 83:43-48.

73. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:37-43.
74. Poçan A G, Erden Aki Ö, Parlakgümüs A H, Gereklioglu Ç, Dolgun A B, The Incidence of and Risk Factors for Postpartum Depression at an Urban Maternity Clinic in Turkey, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2013, 46, 2, 179
75. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:221-227.
76. Gura A, Özkan H, Ongun H et al. Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri. *The Journal of the Child* 2004; 4:168-172.
77. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44:234-246.
78. Felice E, Saliba J, Grech V et al. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004; 82:297-301.
79. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996; 45:297-303.
80. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:26-32.
81. Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ. Postnatal depression: an examination of psychosocial factors. *S Afr Med J* 1995;85:99-105.
82. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(2):187-196
83. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year.: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders*, 2004;80:37-44.
84. Matthey S, Henshaw C, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale- implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*, 2006;9:309-15.

85. Small R, Lumley J, Yelland J, Brown S. The performance of the Edinburgh postnatal Depression Scale in English speaking and non-English speaking populations in Australia. *Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 2006;134(3)
86. Lee DT, Yip SK, Chiu HF et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 1998;172:433-7.
87. Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 2000;58:145-54
88. Da Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, 1998;31:799-804.
89. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorder*, 2003;75:71-6.
90. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale. Validation for an Italian sample. *J Affect Disord*, 1999;53:137-41.
91. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 2003;76:151-6.
92. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective disorders*, 2004;78:163-9.
93. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, Goudemand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):169-76.

94. Ghubash R, Abou Saleh MT, Daradken TK. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1997;32:474-6.
95. Abou Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 1997;95:423-32.
96. Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Apr;107(4):251-9.
97. Goodwin GD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet Gynecol*, 2007 Apr;109(4):875-83.
98. Sünter, A.T., Güz, H., Canbaz, S., Dündar, C., 2006. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3 (1), 26-31.
99. Arslantaş, A., Ergin, F., Balkaya, N.A., 2009. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3), 13-22.
100. Vural G, Akkuzu G. Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999;3(1):33-38.
101. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2(3): 306-17.
102. Aktaş D. Doğum sonu dönemde depresyon görülme durumu ve depresyon gelişmesini etkileyen risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2008.
103. Dündar P.E., Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, [http:// google.com](http://google.com)
104. Gülseren L., Erol A., Gülseren Ş., Kılıç B., Küey L., (2003) Doğum Sonrası Depresyonun Yaygınlığı ve Psikososyal Risk Etmenleriyle İlişkisi, 39. Ulusal Psikiyatri

105. Jadresic, E., Araya, R., 1995. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Revista Medica de Chile* 123 (6), 694-699.
106. Morales AW, Marks MN, Kumar R. Smoking in pregnancy: a study of psychosocial and reproductive risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997 Dec;18(4):247-54.
107. Brown C, Madden PA, Palenchar DR, Cooper-Patric L. The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med*. 2000;30(1):15-26.
108. Leftwich MJT and Collins, J FL. Parental smoking, depression, and child development: persistent and unanswered questions. *Pediatr. Psychol*, 1994; 19: 557-70.
109. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193: 1522-5.
110. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99:223-8.
111. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31:121-6.
112. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1515-20.
113. Berlim MT, Flack PAM. Quality of life in major depression. In: *Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 241-52.
114. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000;107:1210-17
115. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49:167-80.

116. Gungor I, Oskay U, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional wellbeing: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *J Clin Nurs*. 2011; 20(5-6): 653-65.
117. Kit LK, Janet G, Jegasothy R. Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23:85-9.
118. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. İki hafta18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J* 2011;28:385-93.
119. Kırpınar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T, Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010;19:422- 31
120. Lee SH, Liu LC, Kuo PC, Lee MS. Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2011;56:347-52.
121. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine* 2006;68:321-30.
122. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2014; 27: 15 2014;20.
123. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Sca (EPDS): Translation and validation study of the Iranian vesion. *BMC Psychiatry* 2007; 4: 7-11.

10. EKLER

EK 1: Anket Formu

1) Yaşınızı belirtiniz.....

2) Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okur-yazar
- Okuma-yazma bilmeyen
- İlkokul
- İlköğretim
- Ortaokul veya mesleki ortaokul
- Lise ve dengi okullar
- Yüksekokul veya fakülte
- Yüksek lisans,doktora

3) Çalışma durumunuz nedir?

- Ev hanımı
- Memur
- Özel sektörde çalışıyorum
- Kendi işim

4) Sağlık güvenceniz varmı?

- Yok
- SGK(SSK,Bağ-kur,Emekli sandığı)
- Yeşilkart

5) Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?

- 600 TL veya daha düşük
- 601-1300 TL
- 1301-1500 TL
- 1501-2500TL
- 2501-3500TL
- 3501-4500TL
- 4501-5500TL
- 5501 TL ve üzeri

6) Medeni haliniz nedir?

- Evli ve resmi nikahlı
- Evli ve resmi nikah yok
- Eşinden ayrı yaşayan
- Boşanmış
- Dul

7) Sizinle aynı evde kaç kişi yaşıyor?(Lütfen belirtiniz).....

8) Sigara kullanıyor musunuz?

- Halen kullanıyorum
- Daha önce kullandım ve bıraktım
- Yaşamım boyunca birkaç kez kullandım
- Bugüne kadar hiç kullanmadım

9) Sigara kullanıyorsanız, ne kadar süredir içiyorsunuz?

..... yıl,ay

10) Günde kaç tane içiyorsunuz?tane

11) Alkol kullanır mısınız?

- Evet
- Kullanıyordum ama artık kullanmıyorum
- Yaşamım boyunca birkaç kez kullandım
- Bugüne kadar hiç kullanmadım

12) Yanıtınız Evet ise, ne kadar sıklıkla alkol kullanırsınız?

- Hergün
- Haftadakere
- Aydakere
- Yıldakere

13) Gebeliğiniz istemli bir gebelik miydi?

- Evet , istemli gebelikti
- Hayır, istemli bir gebelik değildi

14) Doğum öncesi bakım aldınız mı?

- Evet
- Hayır

Cevabınız evet ise bakımı nerde aldınız?

- a)Aile sağlığı merkezi
- b)Devlet hastanesi
- c)Eğitim ve araştırma hastanesi
- d)Üniversite hastanesi
- e)Özel hastane
- f)Kadın hastalıkları ve doğum hastanesi
- g)Özel muayenehane

15) Gebelik öncesi kilonuz neydi?

-

16) Şu anda kaç kilosunuz?

-

17) Bu gebeliğiniz sırasında herhangi tıbbi bir sorun yaşadınız mı?

- Evet ise Nedir?.....
 Hayır

18) Bu gebeliğiniz öncesitedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

- Evet
 Hayır

Yanıtınız Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi gördünüz?

- a) Psikolojik tedavi
b) İlaç tedavisi
c) Diğer (lütfen belirtiniz):

19) Bu gebelik süresince tedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

- Evet
 Hayır

Yanıtınız Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi gördünüz?

- a) Psikolojik tedavi
b) İlaç tedavisi
c) Diğer (lütfen belirtiniz):

20) Bebeğinizin şu anda kaç haftalık / aylık?

-

21) Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- Kız
 Erkek

22) Doğum şekliniz nedir?

- Vajinal / Normal doğum
 Sezeryan

23) Kaç haftalıkken doğum yaptınız?.....

24) Bebeğinizin doğum ağırlığı neydi?.....

25) Doğum sırasında herhangi bir problem yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

Cevabınız evetse yaşadığınız problemi belirtiniz:.....

26) Bebeğinizde herhangi bir doğumsal anomali var mı?

- Evet,anomalisi var.
- Hayır

27) Bebeğinizin bilinen bir kronik hastalığı var mı?

- Evet ,.....hastalığı var.
- Hayır

28) Bebeğinizin beslenme şekli nedir?

- Sadece anne sütü
- Sadece mama
- Anne sütü ve mama

29) Kaçınıcı gebeliğiniz?(Belirtiniz).....

30) Hiç istemli düşük(küretaj) yaptınız mı?

- Evet,kez düşük yaptım.
- Hayır

31) Hiç kendiliğinden gelişen düşük yaptınız mı?

- Evet,kez düşük yaptım.
- Hayır

32) Canlı doğum sayınız nedir?

-

33) Yaşayan çocuk sayınız nedir?

-

EK 2: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Özellikleri: Doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şisset değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler gidelek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır.

Özgün adı: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Geliştirenler: Cox ve Holden

Özgün makale: Cox JL, Holden JM: Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry, 1987;150:782-6.

Türkçe formunun adı: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Uyarlayanlar: Nur Engindeniz, Levent Kuey, Savaş Kültür

Türkçe formunun yayını: Engindeniz AN, Kuey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara: 51-2.

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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 taraflarını görebiliyorum

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Her zaman olduğu kadar | <input type="radio"/> Artık kesinlikle o kadar değil |
| <input type="radio"/> Artık pek o kadar değil | <input type="radio"/> Artık hiç değil |

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Her zaman olduğu kadar | <input type="radio"/> Artık kesinlikle o kadar değil |
| <input type="radio"/> Artık pek o kadar değil | <input type="radio"/> Artık hiç değil |

Son 7 gündür;

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Evet, çoğu zaman | <input type="radio"/> Çok sık değil |
| <input type="radio"/> Evet, bazen | <input type="radio"/> Hayır, hiçbir zaman |

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hayır, hiçbir zaman | <input type="radio"/> Evet, bazen |
| <input type="radio"/> Çok seyrek | <input type="radio"/> Evet, çoğu zaman |

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Evet, çoğu zaman | <input type="radio"/> Çok sık değil |
| <input type="radio"/> Evet, bazen | <input type="radio"/> Hayır, hiçbir zaman |

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- 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, bazen
- 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