



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



**PREPARTUM VE POSTPARTUM DÖNEMDE ANNELERİN
DUYGU DURUMLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Dr. Özgür ERDEM

DİYARBAKIR

2009

TEŐEKKÖR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesinde beni her zaman teővik eden ve yol gűsteren Sayın Prof. Dr. İsmail Hamdi KARA'ya, yardımlarını hiç esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Őakir ÖZEN'e, Yrd. Doç. Dr. P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE'ye ve Yrd. Doç. Dr. Nurten AKDENİZ'e teőekkűrű borç bilirim.

Uzmanlık eėitimim sűresince rotasyonlarda bilgi ve olanaklarından istifade ettiėim ve eėitimime katkıda bulunan tűm hocalarıma ve araőtırma gűrevlisi arkadaşlarıma teőekkűr ederim.

Hiç bir zaman desteėini esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını bildiėim aileme sonsuz teőekkűrler.

Dr. Özgűr ERDEM

Diyarbakır 2009

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	1
İÇİNDEKİLER.....	2
KISALTMALAR.....	3
GİRİŞ.....	4
GENEL BİLGİLER.....	8
MATERYAL VE METOD.....	30
BULGULAR.....	34
TARTIŞMA.....	41
SONUÇ.....	52
ÖZET.....	55
SUMMARY.....	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	70

KISALTMALAR

- BAE:** Beck anksiyete envanteri
BDÖ: Beck depresyon ölçeği
BDT: Beklenen doğum tarihi
DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği
DKÖ: Durumluluk Kaygı Ölçeği
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
cAMP: Siklik adenosine Mono Phosphate
E: Erkek
EPDS: Edinburgh postpartum depresyon skalası
EKT: Elektro konvülsif tedavi
GABA: Gama amino butirik asit
G. P. A. Y.: Gravida, Parite, Abortus, Yaşayan
HCG: Human coryonik gonadotropin
ICD-10: International Statistical Classification of Diseases
K: Kız
MADS: Montgomery Asberg Depresyon Skalası
MAO: Mono amino oksidaz
MD: Majör depresyon
mRNA: Messenger ribo nükleik asit
NE: Norepinefrin
NVY: Normal Vajinal Yol
PC: Personel Computer
PPD: Postpartum Depresyon
Prep.: Prepartum
Pstp.: Postpartum
SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV
SKÖ: Süreklilik Kaygı Ölçeği
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
SSGİ: Selektif seratonin geri alım inhibitör
STAI: State-Trait Anxiety Inventory
TBG: Troid bağlayıcı globulin
TSA: Trisiklik antidepresanlar
TSH: Troid stümülan hormon
5-HT: Serotonin

GİRİŞ VE AMAC

Gebelik, kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Gebelik döneminde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişimler kadının ruhsal alanına yansır. Bu nedenle gebelik fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadında stres yaşatan bir durum olabilmekte ve kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (1). Bu dönem, ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli kabul edilmektedir. Birçok kadın bu sürece kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu dönemde kadınların %70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar ortaya çıkar (2).

Depresyon oranlarının hemen doğumu izleyen dönemde arttığına ilişkin yaygın kanı, özellikle son 20 yılda konu ile ilgili yapılan çalışmalarca da desteklenmiştir. Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastane başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (3). Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları postpartum depresyon (PPD) tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan depresyon annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini olumsuz etkilemektedir (4).

Kadınlar, doğum sonrasındaki ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde baskın olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle doğum sonrası depresyon anlaşılır. Doğum sonrası (postpartum) depresyon sıklığı %5–20 arasında bildirilmekle birlikte, genelde bazal sıklığının yaklaşık %10 olduğu kabul edilir (5,6).

PPD bulguları doğum yapmayan kadınlardaki depresyondan farklı değildir. Ancak normal involüsyonel fenomenlerden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.) ya da doğum sonrasındaki ilk günlerde %50–70 sıklıkla görülen annelik hüznünden ayırt edilmesi güç olabilir. Bununla birlikte doğum sonrası depresyonda, annede ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duygular daha ön plandadır. Doğum sonrası depresyonun diğer bulguları; duygu durumunun deprese olması, aktivitelere ilginin

azlığı, iştah değişikliği, yorgunluk, uyku bozuklukları, çocuğun bakımında güçlükler ve yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda suçluluk hissi, kendine güven azlığı, konsantrasyon güçlüğü, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, anksiyete, unutkanlık ve intihar düşünceleridir (6).

Doğumdan sonraki 1 yıl PPD için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir (7). Genellikle doğumdan sonraki 2–8. haftalar içinde başlar ve en az 2 hafta en çok 1 yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay–1 yıl arasında kendiliğinden düzelir. Doğum sonrası depresyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmektedir, ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açık değildir. Bununla birlikte bazı risk etmenlerini taşıyan kadınlarda doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir (6).

Bu risk etmenleri kadının ya da eşinin işsizliği, sosyal desteğin yetersiz olması, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık vb.), riskli gebelikler, planlanmamış gebelikler, adölesan gebelikler, gebelik ve çocuk sayısı, multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, kişisel ya da ailesel depresyon öyküsü, anne sütü ile beslenmeme, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri, erken anne-bebek ayrılığı ve bebeğin bakımı ile ilgili duyulan kaygılar, zor doğum eylemi, gebelikte preeklamsi gibi ciddi tıbbi komplikasyon öyküsü ve acil sectio girişimidir (1,6,8).

Risk altında olduğundan şüphelenilen kadınlar her trimester en az bir kez ya da semptom şiddetine göre daha sık olmak üzere postpartum 6–12. haftaya kadar izlenmelidir. Özellikle rekürens depresyon epizodları olan ve gebelikte antidepresan idame tedavisini kesen kadınlar postpartum rekürens açısından daha fazla risk altındadır (6). PPD geçiren bir kadının, önündeki 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığı, PPD geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazladır (9). Türkiye’de de çeşitli çalışmalarda %6.3 - %50.7 prevalansa sahip olduğu bildirilen (10,11) PPD’nin, her ne kadar klinik, etiyoloji ve tedavi seçenekleri yönünden majör depresyonla benzer olduğu düşünülse de PPD vakalarının yarıya yakını tanı alamamakta ve tedavisiz kalmaktadır (6,12,13).

Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, PPD'nin başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda

PPD uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir (14). Bu durumun başlıca nedenleri kadının negatif duyguları nedeniyle kendini yalnız hissetmesi ya da utanması, rutin kontrol için çağrıldığı doğum sonrası 6. haftaya kadar doktorla görüşme olanağı bulamamış ya da hangi doktora başvuracağını kestirememiş olması, yeni doğan bebeğin verdiği heyecanla yakınmalarını dile getirememesi olabilir. Çoğu kadın sorunlarını depresyon olarak algılamaz, yine çoğu bu konuda destek arayışı içinde değildir. Bu konuda yardım arayışında olan bir kadın da çoğu kez bebeğinin doktorundan bu konuda bir yardım alabileceğini düşünmez. Ağır doğum sonrası depresyonu olan kadınların yalnızca %50'den azı belirtilerini depresyon olarak değerlendirmektedir (6).

Gebelikte yeterli psikososyal desteğin varlığı ve ruh sağlığının iyi olması fetüsün sağlığı için de önemlidir. Duygusal gerilimin, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (15,16). Tedavi edilmeyen PPD, çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanmaktadır (17,18). PPD geçiren annelerin çocukları 18 aylık olduklarında bilişsel fonksiyon ve becerilerinin, PPD geçirmeyen annelerin bebeklerine göre daha geri olduğu ve çocuk 4-5 yaşına geldiğinde de bu durumun halen geçerli olduğu bildirilmektedir (12).

Annedeki PPD ilk dönemlerden itibaren anne - çocuk ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Depresyonu olan annelerini kendilerini daha mutsuz, daha gergin ve daha sinirli tarif ettikleri, iştahsızlık ve yorgunluktan daha fazla şikayet ettikleri, iş, ekonomik ve sosyal alanda daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Depresyonu olan anneler bebeklerin daha fazla ağladığını belirtmiştir. Ayrıca depresyonu olan anne bebeklerinde uyku ve yeme sorunu daha yüksek oranda saptanmıştır. Depresyonu olan annelerin, depresyonu olmayan annelere göre bebekleriyle daha az konuştukları, daha az göz teması kurdukları, karşılıklı iletişimlerinin ve gülümsemelerinin daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca doğum sırasında yaşanan zorlukların, doğum sayısının, annenin yorgunluğunun anne - çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği bulunmuştur (5).

Postpartum dönemde duyarlılığın arttığı tarihsel olarak bilinmesine ve geleneksel olarak tablonun şiddetini yansıtan; postpartum hüznün (blues), PPD ve

postpartum psikoz şeklinde 3 kategoriye ayrılmasına rağmen (14) doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum mizaç bozukluklarında konfüzyon, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel değişiklikler daha fazla görülür. Uyku bozukluğu sık görülen prodromal bir semptomdur (19).

Watt ve ark. (1) doğum sonrası depresyon yaşayan kadınları incelediği çalışmasında, doğum yapan kadınların hastaneden taburcu olmadan önce mutlaka bir kadın doğum hekimi tarafından değerlendirildiğini ancak hiçbirine depresyon tanısı konulmamış olduğunu ve bu nedenle de hastaların hem medikal tedaviden hem de psikoterapiden yararlanamadıklarını belirlemiştir. Özetle doğum sonrası depresyonu etkileyen birçok faktör vardır ve problem erken tanımlanmalıdır. Tanı ve tedavideki gecikme sonucu hem annenin hem de bebeğin bakımında sorunlar yaşanmasına neden olur. Bazen bebeğin hem fiziksel, hem de bilişsel gelişiminde gecikmeye yol açar.

GENEL BİLGİLER

Özellikle, 15–49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk döneminde yer alan doğum sonu dönem, fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir süreç olması nedeniyle anne ve bebek için risk taşımaktadır. Bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Bu bakımdan doğum sonu dönem aile için kriz ortamına neden olabilmektedir (20).

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Doğum öncesinde ve sonrasında meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir. Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (21).

Postpartum dönem, kadınlar için duygu durum bozuklukları, özellikle postpartum depresyon açısından önemlidir. Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858’de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (3). Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (12,17). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (22,23).

PPD annenin, çocuğun ve ailenin birçok günlük yaşamına sebep olmakta ve anne ile çocuk arasında kurulacak ilişkiyi, bebek bakımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle doğumdan sonra anneler yakından izlenmeli ve gerektiğinde klinik müdahale yapılmalıdır. Eğer müdahale edilmezse sadece anneyi olumsuz etkilemez, bununla birlikte çocuğun gelişimi ve bütün aile üzerinde olumsuz etkisi olabilir (24,25).

Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülür ve postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir (26). Postpartum dönemde anne fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişimler yaşamaktadır (27). Postpartum dönemde ortaya çıkan Bu duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre; annelik hüznü ile başlayarak, postpartum depresyon ve psikoza kadar ilerleyebilmektedir (23).

Annelik Hüznü (Bebek Hüznü =Baby Blues)

Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum annelik hüznü ya da bebek hüznü şeklinde de adlandırılmaktadır (28). Semptomlar hafif düzeyde olduğundan, tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir (29,30).

Annelik Hüznü Görülme Sıklığı

Muhtemelen ortak tanımının olmayışından dolayı, annelik hüznünün bildirilen insidansı değişmektedir. Çeşitli yazarlar bu durumun postpartum kadınların %50-85'ini etkilediğini bildirmektedirler (31) ve doğum sonu en sık karşılaşılabilen problemlerden biridir (32).

Annelik Hüznünün Nedenleri

Etyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Annelik hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eşzamanlıdır. Bu da postpartum hüznün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (33). Bazı çalışmalarda postpartum hüznü hastaları ve kontrol gruplar arasında belli günlerde bakılan östrojen ve progesteron düzeyleri açısından farklılık bulunmamakla birlikte postpartum hüznü olan kadınların gebeliğin 38. haftasında ve postpartum 2–3. günlerdeki serbest östriol düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunlarda ortalama postpartum östriol düzeylerinin, prepartum düzeylere göre daha büyük bir düşüş olduğu bildirilmiştir (31,34).

Annelik Hüznünün Klinik Özellikleri

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3–5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişiklik, konsantrasyon güçlüğü,

eleştiriyeye aşırı duyarlılık, kayıp ve keder duyguları görülür (32). Annelik hüznü geçici bir tablo olmakla birlikte, bu olguların %20'sinin postpartum 1. yılda majör depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir (35).

Annelik Hüznünün Tedavisi

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde iyileşirler. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (36-38).

Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7–10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse, kadınların hastaneye başvurması önerilmelidir (28).

Depresyon

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken temel nokta onun bir sendrom olduğudur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir, aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesidir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (39,40).

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5–11 arasındadır. Kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14–21 arasındadır (39). Yapılan çalışmalarda, ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla majör depresif bozukluk görüldüğü bulunmuştur (41). Hastalık başlangıcı 20–40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde kızlar ve erkek çocuklar eşit dağılım gösterir, adölesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki - üç kat daha fazladır (42,43). Bugün depresyonun

etyolojisi 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 (44).

Majör Depresyon Tanı Kriterleri

A. MD tanısı için DSM-IV-TR kriterlerine göre belirtilerin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi (üzüntü ya da boşlukta hissetme) ya da hastadaki ağlamaklı, gözü yaşlı görünme gibi durumların başkaları tarafından gözlenmesi ile birlikte hastada hemen her gün görülen ve gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi azalması ya da hastanın etkinliklerden eskisi gibi zevk alamıyor olması yanı sıra aşağıda liste halinde belirtilen kriterlerden beş ya da daha fazlasının en az iki haftalık bir süreçte hemen hemen her gün görülmesi gerekir.

1-Ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygu durumu,

2-Tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,

3-Hemen her gün diyet uygulamaksızın anlamlı kilo yitimi veya kilo alma ya da hemen her gün iştahta azalma veya artma,

4-Hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5-Psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,

6-Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7-Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8-Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,

9-Yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (45).

Postpartum Depresyon

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel hoş bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (3).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) postpartum ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (46). Postpartum depresyon, DSM-IV' de "Duygu Durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (45). ICD-10'da ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Loğusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak bir bölüm ayrılmıştır (47). Postpartum depresyonda belirtiler 'annelik hüznü' tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir (32). Bazı annelerde depresyonun aksine mizaçta yükselmenin görülebileceği de bildirilmektedir (19).

Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar (46).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (4).

Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı

Doğum olayının en sık komplikasyonu olan PPD yaygınlığı, kullanılan yöntem farklılıklarından dolayı değişik oranlar verilmekte ise de araştırmalar yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde PPD geliştiğini göstermektedir (36,37). Postpartum depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlar çıkmasının sebebi, yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısal değerlendirmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanmasından kaynaklanmaktadır (4,48).

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok normal fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (4). Postpartum depresyonun görülme sıklığı, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem hacmi ve popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir (49,50).

DSM-IV'e göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda annenin postpartum depresyon açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir (45). Diğer bazı çalışmalarda başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere 1 yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir (49,50).

Geriye yönelik 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 dönem olmakta, ancak genellikle bu süre altıncı aya kadar uzayabilmektedir (27). Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, 1 yıl, hatta 2 yıl sürebildiği bildirilmektedir (4,51).

Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu iki dönemde farklı etiyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır. Çeşitli araştırmalarda gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların varlığının postpartum depresyonu öngörmeye en güçlü belirleyicilerden biri olduğunu vurgulamaktadır (52). Bazı çalışmalarda postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve annelik hüznü bildirilmiştir (53).

Postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir (53).

Doğum Sonu Depresyona Yönelik Tarama Yöntemleri

Yeni doğum yapan kadınlarda, doğum sonu depresyon güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir. Doğum sonu depresyonu belirlemek için, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) kullanılabilir (54,55).

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği; DDTÖ 35 maddeli, 7 boyutlu ve her boyutunda 5 madde bulunan, 5 dereceli (1–5) bir kendini bildirim ölçeğidir. Her madde annenin bebeğinin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin doldurulmasında kadından, her madde için, son iki haftadan itibaren yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1’den (kesinlikle katılmıyorum) 5’e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği cevabı (sayıyı) daire içine alması istenmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35–175 arasındadır. Minör ya da majör depresyonu belirlemede DDTÖ’nin kesme noktası 60 olarak belirlenmektedir (54).

Beck Depresyon Ölçeği; Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçek, Hisli tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. BDÖ depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, 21 maddelik, kendini bildirim ölçeğidir. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDÖ’nin 17 ve üstündeki puanlarının %90’dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği

belirlenmiştir. Değerlendirmede her madde 0 ile 3 arasında puan almakta ve her maddeden alınan puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür (54,56).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği; Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EDDÖ 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. EDDÖ'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz 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. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ ($p<0.001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (54,55).

STAI (State-Trait Anxiety Inventory)= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri; Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu envanter, her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçeye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (57).

Postpartum Depresyonun Risk Etmenleri

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanımlamak 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 (58,59). 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, doğum sonrası depresyon etkili faktörler olarak düşünülmektedir (60-63). Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde PPD insidansının zamanında doğum yapan annelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (64).

Bazı çalışmalarda annede ve ailede depresyon hikayesinin olması ile annede PPD gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir (37,65,66). Annede var olan kişilik bozukluğunun postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli veya utangaç, çekingen, karamsar annelerin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (37).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada PPD gelişimindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış hamilelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma 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 çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (62).

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
- Olumsuz evlilik ilişkileri
- Düşük benlik saygısı
- Bebeğin huysuzluğu
- Annenin evlilikten memnuniyeti
- Sosyoekonomik durumu
- Gebeliğin istenme durumu

yer almaktadır (67).

Postpartum Depresyonun Nedenleri

Risk faktörleri belirlenmiş olmasına rağmen, postpartum depresyonun nedeni henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte (46,53) postpartum depresyonun nedenleri biyolojik ve psikososyal faktörler ile açıklanmaktadır.

Biyolojik Faktörler

Beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Bu nörotransmitterler şunlardır;

- Norepinefrin (NE),
- Serotonin (5-HT),
- Dopamin,
- Asetilkolin ve
- Gaba'dır.

Depresyon etiolojisinde, bu nörotransmitterler, özellikle NE ve 5-HT etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan birisi olarak bildirilmektedir. NE'nin 5-HT'nin etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Noradrenerjik işlev yetersizliği ve NE'nin salınımını azaltıp kandaki seviyesini düşüren ilaçların kullanılması (ör: rezerpin, propranolol gibi), NE'nin etkinliğini dolayısıyla da 5-HT'nin etkinliğini azaltmaktadır. Aynı zamanda, dopamin azalması (bedende, kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (bedende, kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. GABA, NE ve serotonin etkinliğini düzenlemektedir. GABA'nın artması, NE ve serotonin etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir.

Dolayısıyla, tüm bu nörotransmitterlerin salınımındaki dengesizliklerin depresyon gelişimi için risk yarattıkları bildirilmektedir (68,69).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, PPD etyolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir (42,65). Doğum sonrası 9. haftada BDÖ kullanarak yapılan bir çalışmada hamileliğin 36 haftası süresince ve postpartum 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar gebeliğin 34, 38. ve postpartum dönemin 1,3,4,6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir. Östrojen ve progesteron gebeliğin üçüncü trimestirinin sonunda menstürel siklustaki en yüksek seviyelerine 10 ve 50 katına çıkarlar, doğumdan sonra da normal seviyelerine dönerler (65).

Östrojenin seratonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik, GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonu gibi diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir (65,70,71). Östradiol çekilmesinin dopamin aşırı duyarlılığı ve beyindeki dopamin transporter mRNA seviyelerinde artma ile sonuçlandığı ileri sürülmüştür. Ratlarda progesteronun seviyesinin düşmesi ise benzodiyazepinlere GABA-A duyarsızlaşması ile sonuçlanmıştır. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri santral seratonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir (65). Östrojen beyinde MAO ve 5HT2 aktivitesini azaltarak, 5HT1 reseptörlerin aktivitesini arttırarak etki eder. Bu birleşik etki östrojenin seratonerjik fonksiyon üzerinde 5HT agonisti gibi etki göstermesine neden olur. Üstelik östrojen duyarlılığı noradrenerjik aktiviteyi arttırır ve dopamin 2 reseptörlerini azaltır. Östrojenin santral nörotransmitter fonksiyona dönük bu kombine etkisi östrojenin antidepresan etkisinin yanında antipsikotik etkisinin de olabileceğini düşündürmektedir (70).

Doğum sonu dönemde majör depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfının bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını arttırmaktadır. Ancak, dopamin salınımında artma olmasına rağmen etkinliğinde

azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır (68,69).

Gebelik esnasında HCG'nin tiroid bezi üzerinde TSH benzeri etkisi vardır. Gebelikte ayrıca artmış östrojen düzeyine sekonder TBG'de artar. Sonuç olarak da gebelikte tiroid bezi büyüeyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk 6 ayda kadınların %6'sında tiroid disfonksiyonu gözlenir. Mikrozomal ve tiroglobulin antikoları pozitif ve negatif olan anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında antikoların varlığı ile depresif duygu durum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroksin düzeyinin doğumdan sonra düşmesinin bir grup kadında doğum sonrası depresyon gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Bununla birlikte PPD ile tiroid disfonksiyonu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır (65).

PPD'si olan ve olmayan kadınlarda yapılan hormonal ölçümler çelişkili sonuçlar vermektedir. Çalışmaların verilerine göre anormal üreme endokrin fonksiyonları ile PPD gelişimi arasında bir sonuç bulunamamıştır. Bununla birlikte üreme hormon değışikliklerinin meydana geldiği postpartum periyotta depresyon riski artabilir ve genel kanı da hormon seviyelerindeki hızlı düşüşün duyarlı kişilerde depresyonun ortaya çıkısında büyük önemi olduğu seklindedir (65). Yapılan bir çalışmada yapay uyarıyla östrojen serum seviyelerinde ani düşüşle birlikte PPD öyküsü olan kadınların %63'ünde depresyon ortaya çıktığı belirtilmiştir (71).

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değışikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir (4,51).

Harris ve ark. (33) tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile postpartum depresyon arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür.

Sinir impulslarının iletiminde rolü olan siklik adenosine monophosphate'ın (cAMP) postpartum depresyon gelişiminde etkili olduğu ve bu dönemde ruhsal değişiklikler yaşayan kadınlarda daha fazla bulunduğu bildirilmektedir (72).

Psikososyal Faktörler

Ebeveyn olma kararı insan yaşamındaki önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir (73). Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır. Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilmektedirler (73,74).

Gebe kadının gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir (73,75).

Hemen her toplumda özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı altında bulunmaktadır (74,75). Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da kadınların çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (73-75).

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu, geleneksel kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (38).

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi,

etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (4,76).

Landy ve ark. (32) kendi hayatlarını kendilerinden çok dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin postpartum depresyon açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler.

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (4,32).

Ayrıca gebe kadınların kendi anneleriyle ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir (4,58,76).

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (4,76).

Aile öyküsünde postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker (20,27).

Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (4,32).

Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır (78). Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2–3.

haftadan sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsice başlar, ancak başlangıç 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 4–5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6–9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (4,51). Doğum sonu depresyonun belirtileri majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar;

- Kendini değersiz hissetme
- Anksiyete ve hatta panik ataklar
- Suçluluk
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama
- Hareket ve konuşmada yavaşlık
- Ajitasyon veya hiperaktivite
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme)
- Uyku bozuklukları
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma
- Duygusal dengesizlik
- Öfke hissi
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma
- Keder, düşmanlık,
- Enerji ve motivasyon kaybı,
- Yoğun umutsuzluk
- Yalnızlık, korku,
- Kayıp, 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 ve

bebeğe zarar verme ile ilgili düşüncelerdir (4,25,46,53,72,79,80).

PPD'yi klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte PPD'de aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (25). PPD'yi postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygu durum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (4).

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 hafifleyip hafiflemediğini belirlemek için dikkatlice izlenmelidir (17,80). Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (4,51).

Postpartum Depresyonun Tedavisi

PPD tanısı alan bütün kadınlarda geçmiş psikiyatrik öykü, kişilik bozukluğu, madde kullanımı dahil geniş kişisel-ailesel hikaye alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Duygu durum değişikliklerine yol açabilen tiroid disfonksiyonu postpartum periyotta daha sık görülmesi nedeniyle altta yatabilecek herhangi bir tıbbi nedene ait en ufak şüphede gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır. Hipotirodizm veya hipertirodizmi olan kadınlarda tiroid hormon bozukluğunun tedavisi ile birlikte sıklıkla depresyon tedavisi yapılması da gerekmektedir (81).

Tedavide öncelikle riskin yüksek olduğu kadınlar belirlenip takip edilmelidir. Özellikle risk altındakiler olmak üzere bütün bireylerde postpartum iki haftadan uzun süren emosyonel yakınmalar, klinisyeni depresyon açısından daha fazla sorgulama yapması yönünde uyarıcı olmalıdır. Erken tanı konulamazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir (82,83).

Peripartum mizaç bozukluklarının farmakolojik tedavisinde teratojenite ve emzirme göz önüne alınmalıdır. Ciddi akıl hastalığının tedavi edilmemesinin ya da yetersiz tedavisinin riskleri, ilaçlar nedeniyle bebeğe olabilecek davranışsal ve

gelişimsel olumsuz etkilerle risk-yarar açısından değerlendirilmelidir Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek bir stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. Elektro Konvülfif Tedavi (EKT) ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (84). Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve EKT'den yararlanılabilmektedir (4,46,84).

Psikoterapötik Tedavi

Doğumla ilişkili duygu durum bozukluklarının tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık, postpartum depresyon tedavisinde etkisini kanıtlamıştır (46). Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (85).

Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özelliklerini, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorlukları, nesne yitimleri araştırılmalı ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin de iyi değerlendirilmesi gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onlarında ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Depresyondaki anne için olumsuz tutum ve davranışları varsa bunlar gösterilmeye çalışılmalıdır (5,86).

Farmakolojik Tedavi

Doğum sonrası depresyon tedavisi yakın zamana kadar majör depresyona benzetilmekteydi. Hendrick ve ark. (87) doğum sonu depresyon ve majör depresyonun farkları ve farmakolojik tedaviye yanıtları ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, doğum sonu depresyonu olan annelerin, majör depresyonu olan anneler ile karşılaştırılmaları sonucu daha kaygılı oldukları, belirtilerinin şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Düzenlenen ilaç tedavisi sonucunda, majör depresyonu olan kadınlarda %75 oranında iyileşme saptanırken, doğum sonu depresyonu olan kadınların yalnızca %36'sında iyileşme saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları doğum sonu depresyonunun daha farklı ele alınması gerektiğini göstermiştir.

Doğum sonu depresyonun tedavisi genel olarak belirtilerin türü ve şiddetine göre düzenlenir. Başlangıç döneminde destek, yardım ve bilgilendirme gerekli müdahalelerdendir. Belirtiler devam ettiğinde veya şiddetlendiğinde profesyonel tedavi gereklidir. Annelik işlevlerinin etkilenmediği hafif vakalarda psikoterapi yeterli olmakla birlikte, şiddetli vakalarda danışmanlık ve destekle birlikte antidepresan tedavisi gerekebilir (88).

Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif Serotonin Gerilim İnhibitör (SSGİ) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıftan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda Trisiklik Antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir (81,85).

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (81,88,89). Eğer hasta 6–8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (81).

Yapılan diğer bir çalışmada ICD–10 kriterlerine göre postpartum başlangıçlı depresyon tanısı alan ve daha önceden östrojen yetersizliği tespit edilen iki vaka dilaltı östradiol tedavisine olumlu yanıt vermişlerdir. Hastalardan biri aile terapisine direnç göstermiş ve bu hasta psikoterapinin yanı sıra antidepresan ve östradiol ile tedavi edilmiş, diğer hasta ise sadece östradiol ile tedavi edilmiştir. Her iki hastanın başlangıç östradiol düzeyleri ölçülmüş ve 8 hafta boyunca izlenmiştir. Hastaların kliniği Montgomery Asberg Depresyon Skalası (MADS) ile değerlendirilmiş ve östradiol tedavisi alan her iki hastanın kliniğinde anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Bu alışma PPD tedavisinde östrojenin etkili olabileceğini düşündürmekle beraber daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır (70).

Elektro Konvulzif Tedavi (EKT)

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (53).

Hamilton 300 postpartum depresyon vakasının %95’inde 6–7 hafta içinde EKT tedavisi ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak EKT tedavisi, doğumu takip eden ilk 4–5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde EKT tedavisi derin ven trombozuna ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (27).

Postpartum Psikoz

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir (4,51). Başlangıcı genellikle doğumdan 2 hafta sonradır. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar ve majör depresif bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu

düşündürmektedir (41,81). Şizofreni veya Bipolar bozukluk öyküsü olan kadınlar yüksek risk altındadırlar (90,91).

Postpartum Psikozun Görülme Sıklığı

Postpartum psikozu, doğum sonu dönemde %0.1–0.2 oranında görülebilmektedir (90,91). Postpartum psikoz sıklıkla doğumdan sonraki 3–14. günlerde görülmekle birlikte %80’inde belirtiler ilk bir ay içinde ortaya çıkmaktadır. Genellikle doğum sonrası 2–3 günlük belirtisiz dönem bulunmaktadır (48).

Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10–20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (27). Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Ancak bir kez puerperal psikoz geçiren bir kadının, daha sonraki gebeliğinde tekrar hastalanma olasılığı artar (4,27). Loğusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygu durum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükümlülüğü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (4,51).

Postpartum Psikozun Nedenleri

Postpartum psikozu olan hastaların akrabalarındaki duygu durum bozukluk sıklığı, duygu durum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki sıklığa benzerdir. Bir majör duygu durum bozukluğu epizodunun gelişmesine sebep olan doğum olayı, belki de baştan sona önemli hormonal mekanizma olduğundan özgül olmayan bir stres olarak görülebilir (41,81).

Postpartum psikozun az bir kısmı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi tıbbi durumlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin postpartum psikoz ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür (41).

Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve postpartum psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilir, diğerleri

mutsuz evlilikleri içinde kendilerini kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları, postpartum psikoz sıklığının artmasına yol açabilir (41).

Postpartum Psikozun Klinik Özellikleri

Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2–3 hafta içinde başlar ve 2–3 ay kadar sürer (4,51). Postpartum psikoz, semptomları açısından çok değişkendir. Bu nedenle postpartum psikozu tanımlarken ‘mercurial’ kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial; cıvalı, bir türlü yerinde durmayan, değişken anlamındadır (76).

Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınır. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygu durumunda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50’sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25’inde ortaya çıkar (41).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (41).

Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikozu göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (92).

Postpartum Psikozun Prognozu

Psikotik belirtilerin başlamasından önce genellikle uykusuzluk, dinlenememe, ajitasyon, duygu durumunda oynaklık ve hafif bilişsel defisitler gibi prodromal

belirtiler görülür. Psikoz ortaya çıkınca hasta sanrılar ve ajitasyon nedeniyle bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Postpartum psikozlu hastalar doğumun birinci ya da ikinci yılında sıklıkla başka bir atak geçirirler. Sonraki gebeliklerde başka bir atak geçirme riski yüksektir (41).

Postpartum Psikozun Tedavisi

Doğum sonu psikozunda kadına, özkıyım riski nedeniyle hızla, etkin ve acil bir biçimde tedavi uygulanması gerekmektedir. Hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır Doğum sonu depresyondan farklı olarak daha fazla biyolojik etkenlere (dopamin, tryptophan, norepinefrin, serotonin'in azalması gibi) dayanan bir ruhsal hastalıktır. Gençlerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülmektedir (68,69,93).

Eğer anne istekliyse bebeği ile teması engellenmemelidir. Ancak annenin bebeğe zarar verme ile ilgili fikirleri varsa dikkatli olunmalıdır. Akut psikotik dönem geçtikten sonra psikoterapi gereklidir. Terapi genellikle değerlendirme sırasında belirgin olan çatışma alanlarına yöneltilir. Terapi hastanın annelik rolünü benimsemesi ve rahat olmasını kapsayabilir. Çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Birçok çalışmada hastalığın akut fazında yüksek oranda iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir (41,42).

Tedavide genellikle antipsikotikler tercih edilir, antipsikotiklere yanıt alınamadığı durumlarda EKT uygulanabilir. Özellikle intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan anne ile bebeği ayırarak annenin tedavisinin hastanede yapılması gereklidir. Tedavi olan doğum sonu psikozlu hastaların %95.0'i 2-3 ay içinde iyileşmektedirler (48).

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte analitik bir çalışma olup kadınların gebelik esnasında ve doğumdan sonra içinde bulunduğu duygu durum değişikliklerini belirlemek ve doğum sonrası postpartum depresyon sıklığını ve muhtemel risk faktörlerini tespit etmek amacıyla yapıldı. Bu çalışma Haziran 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine rutin gebelik takibi için başvuran anneler üzerinde yapıldı. Çalışmaya rutin gebelik takibi için başvuran ve bilinen herhangi bir sağlık veya gebelik problemi olmayan ve gebeliğin üçüncü trimestrinde olanlar alındı. Annelere çalışma hakkında bilgi verildi, onayları alındıktan sonra form doldurularak gerekli görüşmeler yapıldı. Annelerin beklenen doğum tarihleri (BDT): (Son Adet Tarihi+7)-3 ay (Naegele formülü) formülü kullanılarak hesaplandı. Anneler doğumdan sonraki postpartum ilk üç aylık dönemde tekrar görüşmeye çağrıldı.

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünü saptamak için, hedef kitledeki birey sayısının bilindiği örnekleme formülü kullanıldı (94);

$$n=Nt^2pq/d^2 (N-1) + t^2pq$$

Formüllerde;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır.

$$p= 0.20$$

$$q= 0.80(1-0.20)$$

t= 1,96 ($\alpha= 0.05$ 'de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bulunmuştur).

$$d= 0.10 (\pm \%10 \text{ örnekleme hatasını kabul ettiğimiz için})$$

Hastane otomasyon sisteminden yararlanılarak hedef kitledeki gebe sayısının 2500 olduğu belirlendi.

Örneklem büyüklüğü;

$n = \frac{(2500)(1.96)^2(0.20 \times 0.80)}{(0.10)^2(2500-1) + (1.96)^2(0.20 \times 0.80)} = 60$ olarak hesaplandı.

Örneklem büyüklüğünü etkileyen faktörlerden ilki kabul edilen örnekleme hatasıdır. Bu oran azaldıkça, yani daha hassas sonuçlar istendikçe, ihtiyaç duyulacak örneklem büyüklüğü artacaktır. Örneğimizde $\pm \%10$ örnekleme hatası için gerekli örnek büyüklüğü 60 olarak hesaplandı, 56 hastaya ulaşıldı (%93.3), ancak postpartum takipten çıkan 7 hasta çalışmadan çıkarıldı. İstatistiksel analizler 49 hasta üzerinden yapıldı.

Annelere prepartum ve postpartum dönemde Beck depresyon ölçeği (BDÖ), STAI 1 (State-Trait Anxiety Inventory) Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), STAI 2 Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ile bizim tarafımızdan hazırlanan ve sosyo-demografik değişkenlerin kaydedildiği bir anket formu dolduruldu (Ek 1). Sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile bizim tarafımızdan doldurulurken BDÖ, DKÖ ve SKÖ annelere verilip kendilerinden doldurmaları istendi. BDÖ 17 puan eşik değer olarak belirlendi. Eşik değer ve üzerinde puan alanlar hasta olarak değerlendirilirken 17 puanın altında alanlar normal olarak değerlendirildi. 30 puan ve üzerinde puan alanların ise profesyonel desteğe ihtiyacı olduğu saptanıp psikiyatri konsültasyonu istendi. STAI 1 ve 2 anksiyete ölçeğinden 40 puan eşik değer olarak belirlendi. Eşik değerinin altında puan alanlar normal değerlendirilirken 40 puan ve üzeri puan alanların anksiyete de olduğu kabul edilip 60 puan ve üzeri puan alanların profesyonel desteğe ihtiyacı olduğu saptanıp psikiyatri konsültasyonu istendi.

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDÖ araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde

davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. BDÖ'nün değerlendirilmesinde 21 sorudan oluşan bu anket formu kullanıldı. Hastalardan bu sorulardan kendi durumlarına en uygun olanını seçmeleri istendi. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0–63 arasında değişen skorlar elde edildi. Sonuçlar 0–9 hiç yok/minimal depresyon, 10–17 hafif depresyon, 17–29 orta depresyon, 30–63 şiddetli depresyon olarak değerlendirildi (54,56,95). Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDÖ'nün Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Teğin tarafından yapılmıştır (96).

STAI (State-Trait Anxiety Inventory)= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri: Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu envanter, her biri 20 sorudan oluşan süreklilik ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçeye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (57).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlanması:

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direkt) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak

gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direkt) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Puanların Yorumlanması

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir (57,97).

İstatistiksel analizler: Analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 PC programı kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılması ise student t test ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi (ve/veya Fisher's exact test) kullanıldı. Sonuçlar Ortalama \pm SD olarak verildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 49 annenin yaş ortalaması 28.2 ± 4.2 (min:19-maks:38) bulundu. Annelerin obstetrik anamnezi incelendiğinde ortalama gravida 2.0 ± 4.2 (min:1-maks:6), parite 0.9 ± 1.1 (min:0-maks:5), abortus 0.16 ± 0.6 (min:0-maks:4) ve yaşayan çocuk sayısı 0.9 ± 1.1 (min:0-maks:5) olarak saptandı. Annelerin prepartum (prep) puan ortalamaları; BDÖ: 13.9 ± 7.7 (min:3-maks:33), STAI 1: 40.4 ± 11.0 (min:22-maks:63), STAI 2: 43.9 ± 7.4 (min:29-maks:65) postpartum (pstp) puan ortalamaları; BDÖ: 13.3 ± 8.2 (min:0-maks:36), STAI 1: 40.0 ± 11.2 (min:20-maks:60), STAI 2: 42.9 ± 8.6 (min:25-maks:57) olarak saptandı (Tablo1).

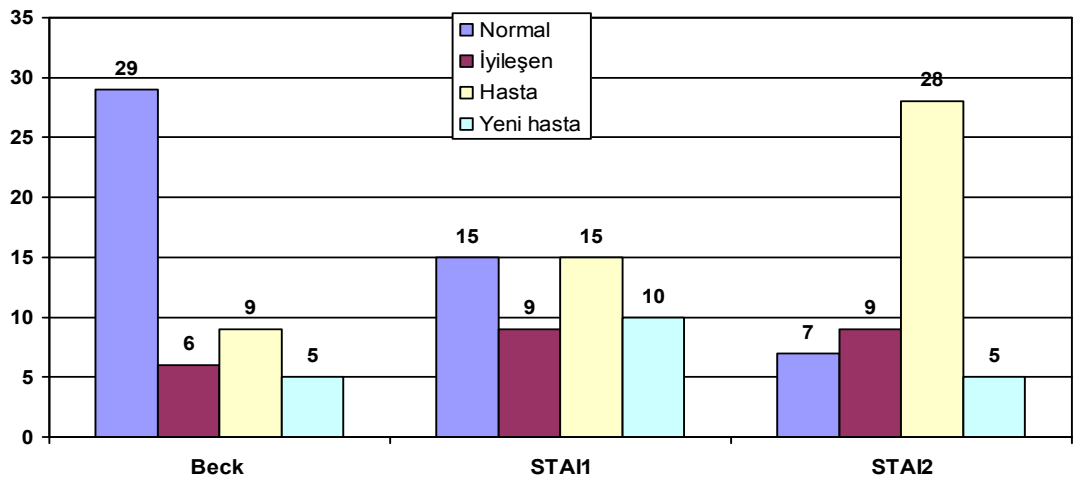
Tablo 1. Annelerin obstetrik bulguları ve prep. ve pstp. duygu durumları

	Ort \pmSD	Min-Maks
Yaş (Yıl)	28.2 ± 4.2	19–38
Gravida	2.0 ± 4.2	1- 6
Parite	0.9 ± 1.1	0–5
Abortus	0.16 ± 0.6	0–4
Yaşayan	0.9 ± 1.1	0–5
BDÖ (Prep.)	13.9 ± 7.7	3–33
BDÖ (Pstp.)	13.3 ± 8.2	0-36
STAI 1 (Prep.)	40.4 ± 11.0	22-63
STAI 1 (Pstp.)	40.0 ± 11.2	20-60
STAI 2 (Prep.)	43.9 ± 7.4	29-65
STAI 2 (Pstp.)	42.9 ± 8.6	25-57

Annelerin eğitim düzeyine bakıldığında %18.4'ü (n=9) ilkokul, %8.2'si (n=4) ortaokul, %16.3'ü (n=8) lise, %57.1'i (n=28) üniversite mezunu idi. Annelerin %36.7'si (n=18) ev hanımı iken, %63.3'ü (n=31) çalışan bayanlardan oluşuyordu. Çalışan annelerin %54.8'i (n=17) hemşire, %19.4'u (n=6) doktor, %9.6'sı (n=3) öğretmen, %6.5'i (n=2) memur, %6.5'i (n=2) laborant, %3.2'si (n=1) veteriner idi. Sigara içme alışkanlığına bakıldığında annelerin %85.8'i (n=42) sigara içmezken %14.2'si (n=7) sigara içmekte idi. Annelerin %83.7'sinin (n=41) eşiyle arasında herhangi bir akrabalık bağı yoktu. %16.3'ünde (n=8) akrabalık saptandı. Çalışmaya katılan annelerin %89,8'inin (n=44) ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü yok

iken, %10,2'sinin (n=5) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Doğum şekli incelendiğinde; annelerin %40.9'u (n=20) Normal Vajinal Yol (NVY) ile doğum yapmışken %59.1'inde (n=29) sezeryan ile doğum öyküsü mevcut idi. Tüm doğumların canlı doğum ile sonuçlandığı tespit edildi. Doğan bebekleri %49'u (n=24) erkek, %51'i (n=25) kız idi. Doğum öykülerine bakıldığında %4'ünde (n=2) zor doğum anamnezi mevcut idi.

BDÖ'ne göre: Prep; n=34 (%69.4) kişi (17 puan ve altında puan alanlar) normal olarak değerlendirilirken; n=15 (%30.6) kişi ise (17 puanın üstünde puan almış olanlar) hasta olarak değerlendirildi. Pstp.; n=35 (%71.4) kişi (≤ 17 puan) normal olarak değerlendirilirken; n=14 (%28.6) kişi (>17 puan) hasta olarak değerlendirildi. İlk bakışta çalışmaya katılan annelerin BDÖ'lerinde prep. ve pstp. bir farklılık yok gibi görünmektedir. Ancak vakaların puanları tek tek incelendiğinde prep. ve pstp. BDÖ'den eşik değerinin altında puan alan ve normal olarak değerlendirilen kişi sayısı n=29 (%59.1) idi. prep. BDÖ'den eşik değerinin altında puan alıp normal olarak değerlendirilen n=5 (%10.2) kişi pstp. eşik değerinin üstüne çıkmış olup hasta olarak değerlendirilmiştir. Aynı şekilde prep. eşik değerinin üstünde puan alıp hasta olarak değerlendirilen n=6 (%12.2) kişi pstp. eşik değerinin altına indiğinden normal olarak değerlendirildi. Burada vakaların prep. ve pstp. duyu durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.002$) (Tablo 2, Şekil 1).



Şekil 1. Olguların prepartum ve postpartum duyu durum (BDÖ, DKÖ ve SKÖ) test sonuçları

STAI 1'e göre: prep.; n=25 (%51) kişi (40 eşik değer in altında puan alanlar) normal olarak değerlendirilirken, n=24 (%49) kişi (40 eşik değer ve üzerinde puan alanlar) hasta olarak değerlendirildi. Pstp.; n=24 (%49) kişi normal olarak değerlendirilirken, n=25 (%51) kişi hasta olarak değerlendirildi. Burada da ilk bakışta gebelerde prep. ve pstp. belirgin bir değişiklik yokmuş gibi görünmektedir. Ancak vakaların puanları tek tek incelendiğinde prep. ve pstp. bazı belirgin değişiklikler tespit edildi. STAI 1 'e göre prep. ve pstp. normal olan vaka sayısı n=15 (%30.6) idi. Prep. eşik değer in altında puan alıp normal olarak değerlendirilen n=10 (%20.4) kişi pstp. eşik değer ve üzerinde puan almış olup hasta olarak değerlendirildi. Aynı zamanda prep. eşik değer ve üzerinde puan alan ve hasta olarak tespit edilen n=9 (%18.4) kişi pstp. eşik değer in altında puan almış olup normal olarak değerlendirildi. Fakat vakaların prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.228) (Tablo 2, Şekil 1)

Tablo 2. Olguların prep. ve pstp. duygu durum test sonuçlarının çapraz tablosu

	POSTPARTUM BDÖ		P
PREPARTUM BDÖ	Normal n (%)	Hasta n (%)	
Normal n(%)	29 (59.2)	5 (10.2)	=0.002
Hasta n(%)	6 (12.2)	9 (18.4)	
	POSTPARTUM STAI 1		
PREPARTUM STAI 1	Normal n (%)	Hasta n (%)	
Normal n(%)	15 (30.6)	10 (20.4)	=0.228
Hasta n(%)	9 (18.4)	15 (30.6)	
	POSTPARTUM STAI 2		
PREPARTUM STAI 2	Normal n (%)	Hasta n (%)	
Normal n(%)	7 (14.3)	5 (10.2)	=0.080
Hasta n(%)	9 (18.4)	28 (57.1)	

STAI 2'ye göre: Prep.; n=12 (%24.5) kişi (40 eşik değerin altında puan alanlar) normal olarak değerlendirilirken, n=37 (%75.5) kişi (40 eşik değeri ve üzerinde puan alanlar) hasta olarak değerlendirildi. Pstp.; n=16 (%32.7) kişi eşik değerin altında puan alıp normal olarak değerlendirilirken, n=33 (%67.3) kişi eşik değeri ve üzerinde puan alıp hasta olarak değerlendirildi. Burada da ilk bakışta gebelerde prep. ve pstp. belirgin bir değişiklik yokmuş gibi görünmektedir. Ancak vakaların puanları tek tek incelendiğinde prep. ve pstp. belirgin değişiklikler tespit edildi. STAI 2 'ye göre prep. ve pstp. normal olan vaka sayısı n=7 (%14.3) idi. Prep. eşik değerin altında puan alıp normal olarak değerlendirilen n=5 (%10.2) kişi pstp. eşik değeri ve üzerinde puan almış olup hasta olarak değerlendirildi. Aynı zamanda prep. eşik değeri ve üzerinde puan alan ve hasta olarak tespit edilen n=9 (%18.4) kişi pstp. eşik değerin altında puan almış olup normal olarak değerlendirildi. Fakat vakaların prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.080$) (Tablo 2, Şekil 1).

BDÖ' ye göre, annelerin prep. ve pstp. duygu durumlarında; eğitim düzeyine, mesleğine ve çocuğun cinsiyetine göre anlamlı bir fark bulunmadı. Sigara içmeyen, eşiyile arasında akrabalık bağı olmayan, sezeryanla doğum yapan, anamnezinde zor doğum öyküsü olmayan ve ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olmayan annelerin duygu durumundaki değişiklik ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3).

STAI 1'e göre, annelerin prep. ve pstp. duygu durumlarında eğitim düzeylerine, mesleğine, sigara içme durumuna, eşiyile arasında akrabalık bağı varlığına, doğum şekline, bebeğin cinsiyetine, zor doğum öyküsüne ve ailede psikiyatrik rahatsızlık olup olmamasına göre anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4).

STAI 2'e göre, annelerin prep. ve pstp. duygu durumlarında sigara içme durumuna, bebeğin cinsiyetine, zor doğum öyküsüne ve ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığına göre anlamlı bir farklılık bulunmadı. Eğitim düzeyi üniversite mezunu olanlarda, çalışan annelerde, eşiyile arasında akrabalık bağı olmayanlarda ve sezeryanla doğum yapan annelerin duygu durumlarındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 5).

Tablo 3. Beck depresyon ölçeğine göre vakaların prep. ve pstp. karşılaştırılması

BDÖ	Parametre	PREPARTUM		POSTPARTUM				p
		Normal n(%)	Hasta n(%)	Normal n(%)	Hasta n(%)	Eşik Değer Altına İnen n(%)	Yeni Hasta n(%)	
Eğitim	İlkokul	4(8.2)	5(10.2)	3(6.1)	4(8.1)	1(2.0)	1(2.0)	0.167
	Ortaokul	2(4.0)	2(4.0)	2(4.0)	1(2.0)	1(2.0)	0(0)	0.500
	Lise	5(10.2)	3(6.1)	4(8.2)	2(4.0)	1(2.0)	1(2.0)	0.286
	Üniversite	23(46.9)	5(10.2)	20(40.8)	2(4.0)	3(6.1)	3(6.1)	0.207
Meslek	Çalışıyor	25(51.0)	6(12.2)	22(44.9)	3(6.1)	3(6.1)	3(6.1)	0.077
	Ev Hanımı	9(18.4)	9(18.4)	7(14.2)	6(12.2)	3(6.1)	2(4.0)	0.069
Sigara	İçen	4(8.2)	3(6.1)	4(8.2)	2(4.0)	1(2.0)	0(0)	0.143
	İçmeyen	30(61.2)	12(24.4)	25(51.0)	7(14.2)	5(10.2)	5(10.2)	0.012
Akrabalık	Var	6(12.2)	2(4.0)	5(10.2)	0(0)	2(4.0)	1(2.0)	0.750
	Yok	28(57.1)	13(26.5)	24(48.9)	9(18.4)	4(8.2)	4(8.2)	0.001
Doğum Şekli	NVY	11(22.4)	9(18.4)	9(18.4)	5(10.2)	4(8.2)	2(4.0)	0.102
	Sezeryan	23(46.9)	6(12.2)	20(40.8)	4(8.2)	2(4.0)	3(6.1)	0.018
Bebğin Cinsiyeti	Kız	17(34.7)	8(16.3)	14(28.6)	5(10.2)	3(6.1)	3(6.1)	0.039
	Erkek	17(34.7)	7(14.2)	15(30.7)	4(8.2)	3(6.1)	2(4.0)	0.038
Zor Doğum Öyküsü	Var	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	0(0)	0(0)	0.500
	Yok	33(67.3)	14(28.6)	28(57.2)	8(16.3)	6(12.2)	5(10.2)	0.006
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	3(6.1)	2(4.0)	3(6.1)	1(2.0)	1(2.0)	0(0)	0.400
	Yok	31(63.3)	13(26.5)	26(53.0)	8(16.3)	5(10.2)	5(10.2)	0.005
Toplam		34(69.3)	15(30.6)	29(59.1)	9(18.4)	6(12.2)	5(10.2)	0.002

BDÖ'ye göre; prep. 30 ve üzeri puan alan 1 kişi pstp. da 30 kritik eşik değer üzerinde puan aldığı ve prep. 30 kritik eşik değer altında olan 1 kişi de pstp. 30 kritik eşik değeri aştığı tespit edildi. STAI 1'den prep. 60 puan alarak profesyonel desteğe ihtiyacı olduğu belirlenen 3 vaka pstp. 60 değerinin altına inmişti, ancak hala 40 eşik değerinin üzerinde idiler. Aynı zamanda prep. 40 eşik değerinin üstünde olup ancak 60 eşik değerini aşmamış olan 1 vaka da pstp. 60 eşik değerinin üzerinde puan almıştır. STAI 2'den prep. 60 puan alan 1 kişi ise pstp. 60 eşik değerinin altına indiği ancak hala 40 eşik değerinin üzerinde olduğu tespit edildi.

Özetle BDÖ'ye göre; prep. 1, pstp. 2, STAI 1'e göre; prep. 3, pstp. 1, STAI 2'ye göre; prep. 1 vakada ağır depresyon tespit edildi. Prep. n=5 kişide (%10.2),

Pstp. n=3 kişide (%6.1) ağır depresyon tespit edildi. Bu vakalardan 1 tanesi BDÖ’de prep. pstp. ve STAI 1’de prep. tespit edilen aynı anne olduğundan toplam n=6 kişide (%12.2) perinatal ağır depresyon tespit edildi. BDÖ’ye göre prep. n=15 (%30.6) pstp n=14 (%28.6) annede depresyon tespit edildi. STAI 1 Durumluk Kaygı Ölçeğine (DKÖ) göre prep. n=24 (%49) pstp. n=25 (%51) , STAI 2 Sürekli Kaygı Ölçeğine (SKÖ) göre prep. n=37 (%75.5) pstp. n=33 (%67.3) annede kaygı düzeyi yüksek bulundu (Tablo 2). Depresyon tespit edilen annelere gerekli tıbbi yaklaşımda bulunuldu ve psikiyatri konsültasyonu ile profesyonel destek sağlandı.

Tablo 4. STAI 1 anksiyete ölçeğine göre vakaların prep. ve pstp. karşılaştırılması.

STAI -1	Parametre	PREPARTUM		POSTPARTUM				p
		Normal n(%)	Hasta n(%)	Normal n(%)	Hasta n(%)	Eşik değeri altına inen n(%)	Yeni Hasta n(%)	
Eğitim	İlkokul	5(10.2)	4(8.2)	2(4.0)	3(6.1)	1(2.0)	3(6.1)	0.741
	Ortaokul	2(4.0)	2(4.0)	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	0.368
	Lise	2(4.0)	6(12.2)	1(2.0)	3(6.1)	3(6.1)	1(2.0)	0.549
	Üniversite	16(32.7)	12(24.5)	11(22.4)	8(16.3)	4(8.2)	5(10.2)	0.139
Meslek	Çalışıyor	16(32.7)	15(30.6)	11(22.4)	8(16.3)	7(14.3)	5(10.2)	0.285
	Ev Hanımı	9(18.4)	9(18.4)	4(8.2)	7(14.3)	2(4.0)	5(10.2)	0.529
Sigara	İçen	2(4.0)	5(10.2)	2(4.0)	3(6.1)	2(4.0)	0(0)	0.233
	İçmeyen	23(46.9)	19(38.8)	13(26.5)	12(24.5)	7(14.3)	10(20.4)	0.382
Akrabalık	Var	3(6.1)	5(10.2)	2(4.0)	2(4.0)	3(6.1)	1(2.0)	0.714
	Yok	22(44.9)	19(38.8)	13(26.5)	13(26.5)	6(12.2)	9(18.4)	0.205
Doğum Şekli	NVY	11(22.4)	9(18.4)	5(10.2)	6(12.2)	3(6.1)	6(12.2)	0.663
	Sezeryan	14(28.6)	15(30.6)	10(20.4)	9(18.4)	6(12.2)	4(8.2)	0.112
Bebğin Cinsiyeti	Kız	12(24.5)	13(26.5)	7(14.3)	7(14.3)	6(12.2)	5(10.2)	0.303
	Erkek	13(26.5)	11(22.4)	8(16.3)	8(16.3)	3(6.1)	5(10.2)	0.386
Zor Doğum Öyküsü	Var	0(0)	2(4.0)	0(0)	1(2.0)	1(2.0)	0(0)	-
	Yok	25(51.0)	22(44.9)	15(30.6)	14(28.6)	8(16.3)	10(20.4)	0.214
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	2(4.0)	3(6.1)	2(4.0)	2(4.0)	1(2.0)	0(0)	0.300
	Yok	23(46.9)	21(42.9)	13(26.5)	13(26.5)	8(16.3)	10(20.4)	0.289
Toplam		25(51.0)	24(49.0)	15(30.6)	15(30.6)	9(18.4)	10(20.4)	0.228

Tablo 5. STAI 2 anksiyete ölçeğine göre vakaların prep. ve pstp. karşılaştırılması.

STAI -2	Parametre	PREPARTUM		POSTPARTUM				p
		Normal n(%)	Hasta N(%)	Normal n(%)	Hasta n(%)	Eşik değeri altına inen n(%)	Yeni Hasta n(%)	
Eğitim	İlkokul	0(0)	9(18.4)	0(0)	7(14.3)	2(4.0)	0(0)	-
	Ortaokul	1(2.0)	3(6.1)	0(0)	1(2.0)	2(4.0)	1(2.0)	0.248
	Lise	1(2.0)	7(14.3)	1(2.0)	6(12.2)	1(2.0)	0(0)	0.169
	Üniversite	10(20.4)	18(36.7)	6(12.2)	14(28.6)	4(8.1)	4(8.1)	0.046
Meslek	Çalışıyor	10(20.4)	21(42.9)	6(12.2)	16(32.6)	5(10.2)	4(8.1)	0.049
	Ev Hanımı	2(4.0)	16(32.7)	1(2.0)	12(24.5)	4(8.1)	1(2.0)	0.642
Sigara	İçen	2(4.0)	5(10.2)	2(4.0)	4(8.1)	1(2.0)	0(0)	0.143
	İçmeyen	10(20.4)	33(67.3)	5(10.2)	25(51.0)	8(16.3)	5(10.2)	0.282
Akrabalık	Var	1(2.0)	7(14.3)	1(2.0)	4(8.1)	3(6.1)	0(0)	0.368
	Yok	11(22.4)	30(61.2)	6(12.2)	24(49.0)	6(12.2)	5(10.2)	0.041
Doğum Şekli	NVY	2(4.0)	18(36.7)	1(2.0)	11(22.4)	7(14.3)	1(2.0)	0.684
	Sezeryan	10(20.4)	19(38.8)	6(12.2)	17(34.7)	2(4.0)	4(8.1)	0.009
Bebğin Cinsiyeti	Kız	4(8.1)	21(42.9)	3(6.1)	16(32.7)	5(10.2)	1(2.0)	0.115
	Erkek	8(16.3)	16(32.7)	4(8.1)	12(24.5)	4(8.1)	4(8.1)	0.221
Zor Doğum Öyküsü	Var	0(0)	2(4.0)	0(0)	1(2.0)	1(2.0)	0(0)	-
	Yok	12(24.5)	35(71.4)	7(14.3)	27(55.1)	8(16.3)	5(10.2)	0.066
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	1(2.0)	4(8.1)	1(2.0)	3(6.1)	1(2.0)	0(0)	0.400
	Yok	11(22.4)	33(67.3)	6(12.2)	25(51.0)	8(16.3)	5(10.2)	0.152
Toplam		12(24.5)	37(75.5)	7(14.3)	28(57.1)	9(18.4)	5(10.2)	0.080

TARTIŞMA

Doğum öncesinde ve sonrasında meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir (98). Retrospektif epidemiyolojik çalışmalar ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin gebelik dönemine kıyasla 3–4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır (27). Çeşitli araştırmalar gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların varlığının postpartum depresyonu öngörmeye en güçlü belirleyicilerden biri olduğunu vurgulamaktadır (52,72,99).

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Depresyon ve Kaygı Sıklığı

Çalışmamıza katılan annelerin prep. puan ortalamaları; BDÖ: 13.9 ± 7.7 , STAI: $1 \ 40.4 \pm 11.0$, STAI 2: 43.9 ± 7.4 pstp. puan ortalamaları; BDÖ: 13.3 ± 8.2 , STAI 1: 40.0 ± 11.2 , STAI 2: 42.9 ± 8 . olarak saptandı (Tablo1). BDÖ'ye göre prep. depresyonda olanlar %30.6, pstp. %28.6 idi. prep. %10.2 pstp. %6.1 olmak üzere %12.2 oranında ağır derecede perinatal depresyon tespit edildi. Annelerin prep. ve pstp. duygu durumları arasındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.002$). STAI 1'e göre annelerin prep. %49 pstp. %51 Durumluluk Kaygı Ölçeğinden eşik değerin üzerinde puan aldıkları tespit edildi. Fakat vakaların prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.228$). STAI 2'ye göre annelerin prep. %75.5 pstp. %67.3'i Süreklilik Kaygı Ölçeğinden eşik değerin üzerinde puan aldıkları tespit edildi. Fakat vakaların prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.080$).

Kavramsal olarak hamilelik, mutlulukla birlikte duygusal dalgalanmaların da arttığı bir dönemdir. Son dönemde yapılan birçok çalışma, hamilelik döneminde görülen depresyon oranının çokta seyrek olmadığını ve postpartum döneme benzer bir oranda bulunduğunu, gebelik dönemindeki mevcut anksiyete ve depresyon ile postpartum dönemdeki depresif belirtilerin ilişkisini göstermektedir. Bir sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı, birinci, ikinci ve üçüncü trimestirlarda sırasıyla, %7.4, %12.8 ve %12 olarak bildirilmiştir (100). Bazı araştırmalarda ikinci trimestire göre ilk ve üçüncü trimestirlarda depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (101). Diğer bir çalışmada postpartum dönemde depresif

olan kadınların %50 sinden daha fazlasının belirtilerinin hamilelik döneminden itibaren devam ettiği rapor edilmiştir (65). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyonu inceleyen bir derlemede ise gebelerin %70'inden fazlasında depresif belirtilerin olduğu ve %10-16 oranında majör depresyon bulunduğu bildirilmiştir (78).

Trabzon ilinin merkezinde yapılan bir çalışmada hamilelikte Beck anksiyete envanteri (BAE) ile ölçülen anksiyete puanlarının yüksekliği ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PPD olan 54 kişi gebeliğinde yapılan BAE de ortalama 20.61 ± 13.05 puan almış ve bu değer PPD olmayan kadınların skor ortalamasına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (102).

Bizim çalışmamızda annelerin BDÖ'ye göre %18.4'ü, STAI 1'e göre %30.6'sı ve STAI 2'ye göre %57.1'inde depresyon ve artmış kaygı düzeylerinin hamilelik döneminde mevcut olduğu ve bu durumun doğumdan sonra pstp. dönemde de aynen devam ettiği tespit edildi.

Bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada annelerin ortalama EPDS puanı gebelikte, postpartum her iki ölçümden de yüksek bulunmuş (ardışık olarak $p=0.054$, $p=0.003$). EPDS skoru kesme noktası üzerinde olan kadın oranı gebelik döneminde %31.8 iken, doğum sonrası 2. hafta %22.7'ye, doğum sonrası 6.ayda %19.7'ye gerilediği bildirilmiş (103). Benzer çalışmalarda gebelik esnasında görülen depresif semptomların postpartum dönemde görülenden daha sık olduğu belirtilmiş ve gebelikte depresyonun daha sık olduğu düşünülmüştür (52).

Bizim çalışmamızda da BDÖ'den eşik değer üzerinde puan alanların oranı prep. %30.6 iken pstp. %28.6'ya düşmüş yine STAI 2'den eşik değer üzerinde puanı alanların oranı prep. %75.5 iken pstp. %67.3'e gerilemiştir. Buda bize depresif bozukluk riskinin kadınlarda sadece doğum sonrası dönemde değil, gebelikte de ortaya çıkabileceğini ve sağlık personelinin doğum sonrası olduğu kadar gebelik döneminde de ruhsal durum değişikliklerini gözden kaçırmaması gerektiği gerçeğini hatırlatmaktadır.

Gebelikte depresyon ve kaygı düzeyi ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada BDÖ (puan aralığı; 3-43) puan ortalaması 20.91 ± 8.52 idi. Bu puan ortalaması orta düzeyde depresif belirti ile uyumluydu. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ne göre gebelerin %42.3'ü hafif düzeyde, %39.4'ü orta düzeyde ve %18.3'ü şiddetli düzeyde

depresif belirtiyeye sahipti. Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalaması 40.10 ± 4.24 idi ve bu ölçeğe göre kaygısı olmayan %17.3, hafif kaygı taşıyan %47.1 ve yüksek kaygı taşıyan %35.6 gebe vardı. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puan ortalaması 48.94 ± 4.26 idi ve bu ölçeğe göre gebelerin %90.4'ü ise yüksek düzeyde kaygı taşımaktaydı (104).

Bizim çalışmamızda gebelerin BDÖ puan ortalaması 13.9 ± 7.7 olup depresyon oranı %30.6 olarak saptandı. Ağır depresyon geçirenlerin oranı %10.2 olarak saptandı. STAI 1 Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalaması 40.4 ± 11.0 olup yüksek kaygı taşıyanların oranı %49 olarak tespit edildi. STAI 2 Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puan ortalaması 43.9 ± 7.4 olup yüksek kaygı duyanların oranı %75.5 olarak tespit edildi. Yukarıdaki çalışmayla karşılaştırıldığında her ne kadar bizim depresyon ve kaygı oranlarımızın daha düşük olduğu görülmekteyse de, yüksek olduğu kanısındayız.

Postpartum dönemde depresyon sıklığı çeşitli yayınlarda, kullanılan tanı yöntemine, ülke ve kültürlere göre farklılık göstermektedir. Literatür taramasında dünya ülkelerinde farklı zaman aralıklarında, farklı toplumlarda ve farklı tanı metotları kullanılarak yapılmış çalışmalarla araştırılmış olup, bunlara göre PPD'nin görülme sıklığının %4.2 ile %30 arasında oranlarda olduğu saptanmıştır. Chandran ve ark. (105) ICD-10 tanı kriterlerine göre Hindistan da 359 kadında yaptıkları bir çalışmada PPD insidansını %11 olarak bulmuşlardır. Kitamura ve ark. (106) Japonya da DSM-III-R kriterlerini kullanarak 290 kadında yaptıkları çok merkezli bir çalışmada ise PPD insidansını %5 olarak bildirmişlerdir. A.B.D'de 802 kadında SCID-I kullanarak yapılan bir çalışmada PPD insidansı %4.2 olarak bulunmuştur (107).

EPDS kullanılarak yapılan çalışmalarda değişik oranlar bulunmuştur. Hong – Kongta yapılan bir çalışmada ise Dominic Lee ve ark. (108) PPD oranını %13 olarak bulmuşlardır. İsveç'te, 1584 kadın üzerinde EPDS kullanılarak, doğum sonrası 8. ve 12. haftalarda yapılan ölçümler sonucunda 8. haftada PPD yaygınlığı %12.5, 12. haftada PPD yaygınlığı %8.3 saptanmıştır (109). Dubai'de 95 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada EPDS kesme puanı 6 ve üstü alındığında PPD insidansı %18.0 olarak bulunmuştur (110). Santiago'da farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınlarla yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 10 ve üstü alındığında postpartum depresyon

insidansı %36.7 gibi yüksek bir değerde bulunmuştur (111). İngiltere’de doğum yapan Japon kadınlarından oluşan 98 kişiye, kesme puanı 13 ve üstü alınan EPDS uygulandığında PPD insidansı %12 olarak bulunmuştur (112). Portekiz’de bir kent merkezinde 352 kadın üzerinde yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %13.1 olarak saptanmıştır (113).

Değişik çalışmalarda: Malta’da %15.5 (113), Finlandiya’da %30 (114), ABD’de %21 ve %26 (115,116), Brezilya’da depresyon oranı %19.6, durumsal kaygı %59.5 ve sürekli kaygı %45.3 (117), İsrail’de %22.6 (118), Japonya’da %17 (119), İzlanda’da %14 (93), İsveç’te %12.7 (24) bulunmuştur.

Ülkemizde ise farklı bölgelerde, farklı zaman dilimlerinde ve farklı yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalarda PPD oranı %14 ile %29 arasında bulunmuştur. Manisa il merkezinde 257 kişilik bir örneklem grubunda EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %14 olarak saptanmıştır (80). Sivas il merkezinde 750 anneye EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %28 olarak saptanmıştır (25). Türkiye’nin orta ve doğusundaki 5 ilde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) 2514 kişilik örneklem grubunda EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %27.2 olarak saptanmıştır (62). Samsun il merkezinde yapılan çalışmada EPDS’e kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %23.1 saptanmıştır (11). Manisa’da yarı-kentsel bir bölgede yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında PPD insidansı %19.8 olarak bulunmuştur (120). Konya’da yapılan çalışmada EPDS’e göre PPD insidansı %19.4 olarak saptanmıştır (121).

Bu çalışmalardan BDÖ kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde ise Trabzon il merkezinde yapılan çalışmada PPD sıklığı %28.1 (102), İstanbul Üsküdar’da yapılan çalışmada, doğum sonrası grupta %17, son 1 yıl içinde doğum yapmayan grupta ise %24 (6), Gaziantep’te annelerin ortalama depresyon puanları 14.97 ± 8.12 olup, %21.8’inde PPD saptanmıştır (122). İstanbul’da Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk hastalıkları hastanesinde 173 kadının katılımıyla yapılan çalışmada, katılımcılarımızın %15.7’sinin (n=27) doğum sonrası depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Depresyon puanları yüksek olan annelerin doğumdan sonraki süreçte depresyon belirtileri gösterdiği ve annelik deneyimlerinin olumsuz yönde etkilendiği gözlenmiştir (123).

Bizim çalışmamızda BDÖ'ye göre PPD oranı %28.6 olup literatür ile uyumlu olmasına rağmen üst sınırdaki olması dikkat çekici idi. Literatür taramalarında annelerin durumluluk ve süreklilik kaygı oranlarıyla ilgili çok az sayıda çalışma mevcut idi. Brezilya'da yapılan bir çalışmada durumsal kaygı %59.5 ve sürekli kaygı %45.3 iken (117), ülkemizde yapılan çalışmada ise durumluluk kaygı %47.1 ve sürekli kaygı %90.4 olarak tespit edilmiş. Bizim çalışmamızda ise durumsal kaygı %49 ve sürekli kaygı %75.5 olarak saptandı. Bu oranlar literatür ile uyumlu idi. Ancak gebeler üzerinde DKÖ ve SKÖ ile ilgili yapılan çalışmalar yetersiz olup bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Eğitim Düzeyi İle İlişkisi

Çalışmamıza katılan annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %18.4 (n:9) ilkokul, %8.2 (n:4) ortaokul, %16.3 (n:8) lise, %57.1 (n:28) üniversite mezunu idi. BDÖ ve STAI 1'e göre annelerin eğitim düzeyi ile prep. ve pstp. duygu durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. STAI 2'ye göre üniversite mezunu olan annelerin prep. ve pstp. duygu durumları arasındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı idi.

PPD ile eğitim düzeyi ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Robertson ve ark. (37) Kanada'da 1000 kadında, Verkerk ve ark. (60) Hollanda da 113 kadında yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. Campbell ve ark. (124) ABD'de 1033 kadında yaptıkları bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ile PPD arasında ilişki olduğunu, düşük eğitim düzeyine sahip annelerin depresyona daha yatkın olduklarını, Cury ve ark. (125) Brezilyada 113 kadında yaptıkları bir çalışmada eğitim süreleri sekiz yıldan az olan annelerin PPD geliştirme riskinin arttığını bildirmiştir. Ülkemizde İnandı ve ark. (62) çalışmalarında da eğitim düzeyi azaldıkça postpartum depresyon oranının arttığı bildirilmiştir. Dündar çalışmasında annenin öğrenim düzeyinin yükselmesinin PPD oranını düşürdüğünü ifade etmiştir (126). Sivas'ta yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin PPD için ciddi risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (25). Yapılan başka bir çalışmada annelerin eğitim düzeyi azaldıkça EPDS puanları anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir (127).

Ülkemizde yapılan farklı çalışma sonuçlarında araştırmaya katılan annelerin eğitim durumları ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı da saptanmıştır (98,122,128,129). Çalışmamızın literatürle benzerlik göstermesiyle beraber üniversite mezunu annelerin kendi arasında yapılan karşılaştırmada prep. ve pstp. duygu durumlarında anlamlı değişikliklerin olmasını eğitimle beraber bilinç düzeyi, entelektüel, sosyal ve kültürel seviyenin de arttığını ve bunun da kaygıları artırdığı kanaatindeyiz.

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Annenin Çalışıp Çalışmaması İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan annelerin %36.7 (n: 18) ev hanımı iken, %63.3 (n:31) çalışan bayanlardan oluşuyordu. BDÖ ve STAI 1'e göre annelerin herhangi bir işte çalışıp çalışmaması ile prep. ve pstp. duygu durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. STAI 2'ye göre çalışan annelerin prep. ve pstp. duygu durumları arasındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı idi.

Annelerin çalışıyor olması ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, herhangi bir mesleği olmayan, çalışmayan kadınlarda PPD yaygınlığının yüksek olduğunu bulanlar olduğu gibi (25,62,130), PPD ile annenin mesleğinin ilişkisi olmadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır (127-129,131,132) Atasoy ve ark. (26) doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeylerinin incelendiği çalışmalarında çalışan annelerde, çalışmayan annelere oranla depresyonun 2.44 kat daha fazla görüldüğü sonucunu bulmuşlardır.

Çalışmamızda, çalışan annelerin SKÖ açısından kaygı düzeylerinin arttığı tespit edilmiş olup bununda anne işte iken bebeğine bakan kişiler her ne kadar çok titizlikle seçilse de ve bazen büyükanne, teyze veya hala gibi akrabalarından birine emanet edilse de annelik duygusu ile paralel olarak kaygının devam ettiği kanısındayız.

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Sosyal Destek Varlığı İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan annelerin %83.7 (n:41) eşiyile arasında herhangi bir akrabalık bağı yoktu. %16.3 (n:8) akrabalık saptandı. Eşiyile arasında akrabalık olanlarda BDÖ, STAI 1 ve STAI 2'ye göre prep. ve pstp. duygu durumunda anlamlı bir değişiklik saptanmazken; eşiyile arasında herhangi bir akrabalık bağı olmayan

annelerin STAI 2'ye göre prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı idi.

Literatürde gebelik, doğum ve emzirme sırasında kadının sahip olduğu sosyal desteğin yararlı sonuçları olduğu belirlenmiştir (1,123,133). Yapılan araştırmalarda gebelikte sosyal destek yetersizliğinin artmış depresyon ve kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğu ve depresif belirtileri artırdığı ortaya konulmuştur (104,134-138).

Eşlerinden fiziksel ve ruhsal yönden destek almayan kadınlar, aile ve bebeğin sorumluluğunu tek başına üstlenmekten yorgun, kendilerini yalnız, hayattan kopmuş ve değersiz hissedebilmektedir. Eşinden fiziksel ve ruhsal destek alan kadınların, eşi tarafından desteklenmeyen kadınlara göre, fiziksel ve ruhsal açıdan daha sağlıklı oldukları ve bu durumun da bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (8).

Almanya'da 896 gebe ile yapılan bir çalışmada, gebeleri ilk trimestirdan itibaren algılamış oldukları sosyal destek puanlarına (düşük, orta ve yüksek) göre gruplara ayırmışlar. Bu gebeleri, gebelikleri boyunca ve doğum sonrası dönemde izlemişler. Ayrıca doğumdan sonra da bebeğin sağlık durumunu takip etmişler. Sosyal desteği olmayan veya düşük sosyal desteği olan gebelerin daha yüksek oranda depresif belirtiyeye sahip oldukları ve bu gebelerin hayat kalitelerinin belirgin olarak daha düşük olduğu bulunmuş. Sosyal desteği düşük olan gebelerde daha fazla oranda sigara tüketimi olduğu ve bu gebelerin yeni doğan çocuklarında anlamlı olarak daha fazla oranda "düşük doğum ağırlığı" olduğu saptanmış. Bu çalışmada ilginç olarak sosyal destek yetersizliğinin "düşük doğum ağırlığı" ile ilişkisi, depresyon ve düşük hayat kalitesi ile "düşük doğum ağırlığı" ilişkisinden daha güçlü bir bağıntıya sahip olduğu belirtilmiş (137).

Türkiye'de, İnandı ve ark. (62) alışmalarında da bizim bulgularımıza benzer şekilde, yeterli aile desteği olmayan kadınlarda doğum sonrası depresyonun önemli oranda arttığı belirlenmiştir. Sivas'ta yapılan bir çalışmada zayıf aile içi ilişkiler PPD için ciddi risk faktörü olarak tespit edilmiştir (25).

Diğer bir araştırmada sosyal destek ölçęęi puanı arttıkça, BDÖ puanı düşmekteydi. Eşiyle uyumlu olmadığını belirten gebelerin BDÖ puanı, uyumlu olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ($Z=4,187, p=0,001$). Bebeğin bakımına

yardımcısı olduğunu söyleyen gebelerin BDÖ puan ortalaması, böyle bir yardımcı olmayan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktü ($t=2,798$, $p=0,006$). Bu çalışmada istatistiksel olarak sosyal destek yetersizliği ile artmış depresif belirti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (104).

Çalışmamızda da akrabalık bağı olmayanlarda prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklik anlamlı bulunmuş buda bize sosyal destek azlığını çağrıştırdığını düşündürmektedir. Ülkemizin kültürel yapısı ve güçlü aile bağları nedeniyle anneler özellikle kırsal bölgelerde eşlerinin aileleri ve eşi ile birlikte büyük bir aile içinde yaşarlar. Eş kaybı sonrası bile bu birliktelik devam edebilir. Özellikle şehirlerde hızla değişen sosyoekonomik ve kültürel yapı çekirdek aile yaşamını beraberinde getirmektedir. Bu hızlı kültürel değişim aile bireyleri arasındaki iletişimi zayıflatmakla birlikte ülkemizde aile bağları batı toplumlarına göre daha güçlüdür. Bu güçlü aile bağları sayesinde anneler doğum sonrası dönemde yeterli sosyal desteğe sahip olabilirler. Bu sosyal destek anneyi PPD'den koruyabilir; ancak buda unutulmamalıdır ki; iç içe yaşantı aksine yoğun bir sürtüşme ve yük nedeni de olabilir

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Psikiyatrik Hastalık Öyküsü İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan annelerin anamnezi incelendiğinde %89.7'sinin ($n=44$) ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü yok iken, %10.2'sinin ($n=5$) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Ailelerinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık öyküsü varlığına göre yapılan incelemede BDÖ, STAI 1 ve STAI 2'ye göre istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya rastlanmadı.

Yapılan çalışmalarda her ne kadar geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olanların PPD için daha fazla risk taşıdıkları ve daha önce depresyon geçirmiş olma ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık öyküsü önemli risk etmeni olarak tanımlanmışsa da (37,61,139-141), aile öyküsünde depresyon bulunan kadınlarda bulunmayanlara oranla postpartum depresyonun daha fazla görüldüğü ancak, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (102,122,129).

Aries ve ark. (142) babada depresyon öyküsü olmasını anlamlı bulmuşlardır. Babada psikiyatrik bir hastalık olması hem ruhsal olarak anneyi etkilemesi hem de

bu durumdaki bir babanın gebelik ve doğum sonrasında gerekli desteği sağlayamaması olasıdır. Sünter ve ark. (11) Samsun'daki çalışmada, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda postpartum depresyon, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre 2.8 kat daha fazla bulunmuştur. Sivas'ta yapılan çalışmada gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda PPD prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur (25). Manisa ilinde yapılan bir çalışmada da EPDS puanlarının yükselmesiyle anneye ait etmenlerden, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (80).

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Bebeğin Cinsiyeti İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan gebe annelerinin Doğan bebekleri %49 (n:24) erkek, %51 (n:25) kız idi. Annelerin doğan bebeklerinin cinsiyetine göre BDÖ, STAI 1 ve STAI 2'ye göre prep. ve pstp. duygu durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir bulguya rastlanmadı.

Ülkemizde Trabzon, Konya, Manisa ve İzmir'de yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ve annenin cinsiyetten memnun olup olmamasıyla PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (102,120,129).

Batıda yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Beeghyll ve ark. (144) ABD' de 163 kadında yaptıkları çalışmada bebek cinsiyeti ile PPD arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını saptamışlar.

Ülkemizde İnandı ve ark. (62) ile Çin (37) ve Hindistan'da (37,143) yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında ilişki olduğu görülmüştür (105).

Kız bebek doğuran anneler bazı kültürlerde aile ve toplum içerisinde yeterince destek göremeyebilir ve bu nedenle suçluluk ve yetersizlik düşünceleri gelişebilir. Özellikle Asya kültüründe ve ülkemizde erkek bebek aile ve toplum tarafından daha çok tercih edildiği için kız bebek doğuran annelerde PPD riski

artabilir (145). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç ülkemiz ve dünya ortalaması ile uyumlu idi.

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Doğum Şekli İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan gebe annelerin doğum şekli incelendiğinde; annelerin %40.8 (n:20) Normal Vajinal Yol (NVY) ile doğum yapmışken %59.1'da (n:29) sezeryan ile doğum öyküsü mevcut idi. Tüm doğumların canlı doğum ile sonuçlandığı tespit edildi. Sezeryanla doğum yapan annelerin BDÖ ve STAI 2'ye göre prep. ve pstp. duygu durumları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi.

Bu konuda literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Baker ve ark. (146) ABD'de 151 kadında, Tammentie ve ark. (147) Finlandiya'da 373 kadında yaptıkları çalışmalarda da doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışlardır. Ülkemizde de yapılan bazı çalışmalarda doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (26,129).

Literatürde konuyla ilgili farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Sünter ve ark. (11) normal vajinal yolla doğum yapmanın doğum sonrası dönemde depresyon görülme oranını 2.2 oranında arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Fakat yapılan bazı çalışmalar da ise ulaşılan bu sonuçların aksine sezeryan ile doğum yapan kadınlarda, normal vajinal yolla doğum yapan kadınlara oranla depresyon görülme oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (18,20,26,131).

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Sigara Kullanımı İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan annelerin sigara içme alışkanlığına bakıldığında annelerin %85.7'si (n:42) sigara içmezken %14.3'ü (n:7) sigara içmekte idi. Sigara içen annelerin BDÖ, STAI 1 ve STAI 2'ye göre prep.ve pstp. duygu durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Bu konudaki çalışmalarda da farklı sonuçlar bulunmuştur. McCoy ve ark. (148) ABD'de 209 kadında yaptıkları bir çalışmada sigara içen annelerde EPDS puanı 13 ve üzerinde olanların oranının içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı

derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Cury ve ark. (125) Brezilya da, Andersson ve ark. (149) İsveç'te yaptıkları çalışmalarda anne sigara içimi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır.

Çalışmamız sonucunda sigara içimiyle PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sigara içen kadınlarda sağlık problemlerinin daha fazla yaşanacağı düşünüldüğünde bu kadınlar çocuklarına yeterince bakım veremeyebilirler ve gerek gebelik döneminde gerek gebelik sonrası dönemde sigara içmesi nedeniyle bebekte de bazı sağlık problemleri gelişebilir. Ancak çalışmamızda annenin sigara içmesi ile PPD arasında ilişki bulunmadı. Bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Gebelerin Prepartum ve Postpartum Duygu durumlarının Zor Doğum Öyküsü İle İlişkisi.

Çalışmamıza katılan annelerin Doğum öykülerine bakıldığında %4 (n:2) zor doğum anamnezi mevcut idi. Bu annelerin BDÖ, STAI 1 ve STAI 2'ye göre prep. ve pstp. duygu durumlarındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Gebelik komplikasyonu ile PPD arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda gebelik komplikasyonu yasayan kadınlarda, komplikasyon yasamayanlara göre PPD riskinin anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (37,61).

Gebelik döneminde komplikasyon yasayan annelerde gebelik döneminde ve doğum sonrasında kendisi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili kaygılar olabilir. Yasadıkları bu olumsuz yaşam deneyimleri annelerin endişeli, huzursuz olmalarına ve zorluklarla basa çıkma konusunda yetersizlik yaşamalarına neden olabilir. Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak gebelik komplikasyonu ile PPD arasında ilişki bulunmaması örneklemin sosyodemografik özellikleri ve komplikasyonun anne ve bebeğin sağlığını önemli ölçüde etkileyip etkilememesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamız sonucunda gebelik komplikasyonu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Her ne kadar bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlı da olsa çalışmamızı destekleyen ve annelerin bir önceki gebeliklerinde herhangi bir tıbbi sorun yaşamaları ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı araştırmalar bulunmaktadır (128,129).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerde prepartum dediğimiz gebelik dönemi ile postpartum denilen ve doğumdan sonraki dönemi kapsayan biri birinden çok farklı birçok fizyolojik değişimin meydana geldiği birbirine yakın iki yaşam sürecini inceledik. Prepartum üç ve postpartum üç olmak üzere altı aylık zaman zarfında İnsan psikolojisi üzerinde ne gibi değişiklikler meydana geldiğini ve bu iki dönemde annelerin duygu durumlarındaki değişimlerin benzer ve farklı yönlerini bulmaya çalışarak bu değişimlerin farklılıklarını inceledik. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine rutin kontrol için müracaat eden annelerin prepartum %30.6, postpartum %28.6'sında depresyon tespit edildi. Annelerin durumluk kaygı oranları prepartum. %49 postpartum %51, sürekli kaygı oranları ise prepartum %75.5 postpartum %67.3 idi. Bu sonuçlar bize annelerin sadece doğumdan sonra değil, gebelikte de duygusal problemler yaşayabileceğini göstermektedir. Bu duygusal problemlerin bir kısmı gebeliğin doğum eylemiyle tamamlanması ile düzelebileceği gibi, daha önce düzgün olan psikolojik durumun bozulmasına da sebebiyet verebilir. Bu sadece bir faktöre bağlı olmayıp annenin genetiğinden, eğitiminden tutun da yaşadığı sosyal çevre ve alışkanlıkları ve daha önceki yaşam olayları gibi çok geniş bir yelpazeden etkilenmektedir.

Annelerin prepartum ve postpartum duygu durumlarının eğitim ile ilişkisi incelendiğinde üniversite mezunu olan annelerde sürekli kaygı düzeyinin anlamlı derecede değişken olduğu saptandı. Bu bize eğitim düzeyinin artması ile entelektüel, sosyal, kültürel ve ekonomik seviyenin yükseldiğini hatırlatarak beraberinde bazı hassasiyetler getirdiği, bilgi düzeyinin farkındalığı artırdığı ve yüksek kaygıyı tetiklediğini düşündürmektedir. Üniversite mezunu olanların çoğu aynı zamanda çalışan anneleri oluşturmaktadır. çalışan annelerinde prepartum postpartum kaygı oranları anlamlı derecede değişkenlik göstermekte idi.

Eşyle arasında akrabalık bağı olan annelerin oranı %16.3 gibi düşük bir seviyede olmasına karşın ailelerinden, eşlerinden ve çevrelerinden yeterli sosyal desteği görmüş olmalı ki; prepartum ve postpartum duygu durumlarındaki değişiklik ile akrabalık bağı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Bunu doğu toplumlarındaki sosyal

desteğin ve insani ilişkilerin batı toplumlarından farklı olarak hala çok güçlü olduğu tezi ile açıklayabiliriz. Buna paralel olarak ailesinde psikiyatrik bir hastalık anamnezi olan annelerin prepartum ve postpartum duygu durumlarında anlamlı bir değişiklik saptanamadı.

Doğan bebeklerin cinsiyetlerine bakıldığında %49 (n:24) erkek, %51 (n:25) kız idi. ancak bu annelerin duygu durumunda anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktaydı. Buda bize bazı tabuların yıkıldığı izlenimini vermektedir.

Doğum şekli incelendiğinde sezeryanla doğum yapan annelerin prepartum ve postpartum duygu durumlarında anlamlı derecede değişiklikler tespit edildi. Buda normal spontan doğumun daha fazla teşvik edilmesi gerektiği tezini güçlendirmiştir. Çünkü sezeryan sonrası her ne kadar tıp biliminde teknolojik ilerlemeler gün geçtikçe artmaktaysa da olası cerrahi komplikasyonların önüne geçilememekte ve hastanın konforu daha çok bozulmakta ve postpartum ağrı çektiği dönem artmaktadır. Bu durum beraberinde bebeğin bakımında aksamalar ve annenin sorumluluk duygusunda yıpranmalar yaratmaktadır.

Sonuç olarak depresyon her insanın yaşamı boyunca karşılaşılabileceği bir ruh sağlığı problemidir. Depresyonun tüm yaş ve cinsiyet gruplarında görülebileceği gibi özellikle bayanlarda erkeklere oranla birkaç kat daha sık görüldüğü bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur. Bayanların en fazla risk altında oldukları dönem 15-49 yaş arası doğurganlık yaş aralığıdır. Bu dönemde hayatta yeni sorumluluklarla beraber yeni rollerde üstlenmekte kalabilirler. Özellikle evlenerek eş rolünü, evinin kadını hüviyetini kazanan kadın artık bir anne adaydır. Annelik rolünün gelmesi bundan sonra çok gecikmeden gerek isteyerek, gerekse toplumsal baskı ile gelir. Bu hızlı yaşam döngüsü içinde annelerin psikolojik desteğe en çok ihtiyaçları olduğu dönem olmakla beraber bu psikolojik ihtiyaç çoğu zaman dikkatlerden kaçır. Zamanında müdahale edilmeyince daha sonraları tamiri mümkün olmayan skarlarla iyileşebilir. İşte annelerin iç dünyasında meydana gelebilecek bu yaraların skarlaşmadan düzgün iyileşebilmesi için sağlık personeline çok iş düşmektedir.

Hekimlerin, özellikle Aile hekimlerinin bu konuda uyanık olması gerekmektedir. Çünkü hastaların en rahat ulaşabildikleri sağlık kuruluşları birinci

basamak sağlık kuruluşlarıdır. Risk altında olduğundan şüphelenilen anneler daha sık kontrollere çağrılmalıdır. şüphelenilen vakalara gerekli tarama testleri yapılmalı, bilgi verilmeli, psikoterapi uygulanmalı gerekirse farmakolojik tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir. Unutulmamalıdır ki sağlıklı anne demek sağlıklı bebek demek, sağlıklı bebek demek sağlıklı bir nesil ve dolayısıyla sağlıklı bir toplum demektir.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma annelerin prepartum ve postpartum duygu durumlarının belirlenmesi, postpartum depresyon sıklığı ve muhtemel risk faktörlerini tespit etmek amacıyla yapıldı.

Materyal metot: Bu çalışma Haziran 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine rutin gebelik takibi için başvuran anneler üzerinde yapıldı. Çalışmaya rutin gebelik takibi için başvuran ve bilinen herhangi bir sağlık veya gebelik problemi olmayan ve gebeliğin üçüncü trimestrinde olanlar alındı. Anneler doğumdan sonraki postpartum ilk üç aylık dönemde tekrar görüşmeye çağrıldı. Annelere prepartum ve postpartum dönemde Beck depresyon ölçeği (BDÖ), STAI 1 (State-Trait Anxiety Inventory), STAI 2 ve sosyodemografik değişkenlerin kaydedildiği bir anket formu dolduruldu.

Bulgular Çalışmamıza katılan annelerin prepartum puan ortalamaları; BDÖ: 13,9±7,7, STAI: 1 40,4±11,0, STAI 2: 43,9±7,4 postpartum puan ortalamaları; BDÖ: 13,3±8,2, STAI 1: 40,0±11,2, STAI 2: 42,9±8. olarak saptandı. BDÖ'ye göre prepartum depresyonda olanlar %30,6 postpartum %28.6 idi. Prepartum %10.2 postpartum %6.1 olmak üzere %12,2 oranında ağır derecede perinatal depresyon tespit edildi. Annelerin prepartum ve postpartum duygu durumları arasındaki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.002). Annelerin STAI 1'e göre prepartum %49'unun postpartum %51'inin, STAI 2'ye göre prepartum %75.5'inin, postpartum %67.3'ünün eşik değerinin üzerinde puan aldıkları tespit edildi.

Sonuç: Sağlık personeli, hekimler ve özellikle Aile hekimleri, gebelikte ve postpartum dönemde takip ettikleri anneleri depresyon açısından mutlaka gözden geçirmelidirler. Şüphelenilen vakalara gerekli tarama testleri uygulanmalı, bilgi verilmeli, psikoterapi uygulanmalı gerekirse farmakolojik tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Prepartum, Postpartum, Kaygı, Depresyon

SUMMARY

Aim: This study has been done with the aim of determination of the feeling states of prepartum and postpartum of mothers, the frequency of postpartum depression and possible risk factors.

Material and method: This study has been done on mothers who applied to Department of Gynecology and Obstetrics at Dicle University's Faculty of Medicine for routine pregnancy follow-up between June 2007 and January 2008. The study has included those who applied for a routine follow-up, without known health or pregnancy problem and those who are in their third trimester. In the first three months postpartum after the birth, mothers were called again for a negotiation. During the prepartum and postpartum period, mothers were asked to complete a survey in which Beck Depression Index (BDI), STAI 1 (State-Trait Anxiety Inventory), STAI 2 and sociodemographic variables were saved.

Results: Averages of prepartum scores of mothers participating in our work were identified as BDI: 13.9 ± 7.7 , STAI: 1 40.4 ± 11.0 , STAI 2: 43.9 ± 7.4 . Averages of postpartum scores have been found as BDI: $13.3 \pm 8, 2$, STAI 1: 40.0 ± 11.2 , STAI 2: 42.9 ± 8 . In accordance with BDI, those who were in prepartum depression were %30.6 and in postpartum depression were %28.6. Prepartum being %10.2 and postpartum %6.1, a severe perinatal depression at the rate of %12.2 was detected. The change of mothers' feeling states between prepartum and postpartum was found statistically significant ($p=0.002$). It has been determined that in accordance with STAI 1 %49 of prepartum and %51 of postpartum and with STAI 2 %75.5 of prepartum and %67.3 postpartum, mothers got scores more than the threshold value.

Conclusion: Health staff, doctors and family doctors in particular should check up the mothers, whom they are following in pregnancy and postpartum period, in terms of depression. Required screening tests must be applied to suspected cases, the information should be given, and psychotherapy should be applied, if necessary pharmacological treatment options should be reviewed.

Keywords: Prepartum, Postpartum, Anxiety, Depression

KAYNAKLAR

- 1- Watt S, Sward W, Krueger P, Sheedan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression. Implications for primary care providers from the Ontario mother & infant survey. *BMC Fam Pract.* 2002; 3(1):5-10.
- 2- Beck CT. Predictors of postpartum depression, An update, *Nursing Research.* 2001; 50(5):275.
- 3- Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.* 2004; 12(4):3-6.
- 4- Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(1):58-67.
- 5- Righetti-Veltima M, Conne- Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affective Disord* 2002; 70:291-306.
- 6- Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon sted. 2001; 10(9):333-334.
- 7- Parry BL, Haynes P. Mood disorders and the reproductive cycle. *The journal of gender-specific medicine.* 2000; 3:53-58.
- 8- Lumley J, Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression? *Curr.Opin Obstet Gynecol.* 2001; 13(6):605-611.
- 9- Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development* 1991; 62:918-929.
- 10- Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48:343-347.
- 11- Sünter AT, Güz H, Ordulu F, Öz H, Peksen Y. Samsun il Merkezi'nde Doğum Sonrası Depresyon ve Risk Faktörleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002; 855-858.
- 12- Moses-Kolko EL, Roth EK. Ante Partum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of Women's Health.* 2004; 59(3):181-197.

- 13- Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health* 2005; 8:141–153.
- 14- Steiner M, Yonkers K. *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, 1998; 26-47.
- 15- Berle JI, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, ve ark. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trondelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Women Ment Health*. 2005; 8:181-89.
- 16- Mc Elderry D. Screening of adolescent females for depression before, during and after pregnancy. *Opinions in Pediatric and Adolescent Gynecology* 2001; 1(14):131-33.
- 17- 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; 78:163–169.
- 18- Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife' S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of women's mental health*. 2006; 9:95–102.
- 19- Parry BL. Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1999; 21-45.
- 20- Vural G. Akkuzu G. “Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999; 3(1);33-37.
- 21- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4:98-105.
- 22- Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. *La Revue de medicine interne*. 2005; (26)2:226-9.
- 23- Brockington I. Postpartum Psychiatric disorders. *The Lancet* 2004; 363:303-310.

- 24- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80:251-255.
- 25- Nur N. Çetinkaya S, Bakır D. A, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26(2):55-59.
- 26- Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L et al. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2004; 14:252-257.
- 27- Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. 1993; 201-220.
- 28- Kurt A, Kısa C. Postpartum hüzün. *3P Dergisi Aralık* 2004; (ek 4);7-11.
- 29- Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1999; 3-19.
- 30- Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge University Pres. 1998; 14-35.
- 31- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA ve ark. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48:801-806.
- 32- Landy S, Montgomery J, Walsh S et al. Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J.* 1989; 18:1-29.
- 33- Harris B, John S, Fung H ve ark. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry.* 1989; 154:660- 667.
- 34- Heidrich A, Schleyer M, Springler H ve ark. Postpartum blues: relationship between non-protein bound steroid hormones n plasma and postpartum mood changes. *J Affect Disord.* 1994; 30:93-98.
- 35- Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C ve ark. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology.* 1992; 4:29-47.

- 36- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28:3-8.
- 37- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26:289-295.
- 38- Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193:1522-1525.
- 39- Sheldon H. Preskorn Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı Kırılı S. (çeviren) Bursa 1999; 3-20.
- 40- Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression-myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.2000; 35:19-27.
- 41- Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry, 7.baskı 2003; 494-496.
- 42- Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2005; 54:49-52.
- 43- DeRosa N, Logsdon MC A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. *J Child Adoles Psychiatry Nurs*.2006; 19:13-20.
- 44- Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi. 2003; 467-484,290-298.
- 45- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000. Köroğlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001; 152-153.
- 46- Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. *3P Dergisi*. Aralık 2004; (ek 4):12-20.
- 47- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. B. Uluğ (Çev.Ed). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. Ankara 1993; 184-187.

- 48- Eltutan H, Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. Depresyon Dergisi. 1997; 2:74-80.
- 49- Bashırı N, Spielvogel MA. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. Prim Care Update Ob/Gyns. 1999; 6:82-87.
- 50- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP et al. Population- based screening for postpartum depression. Obstet Gynecol 1999; 93:653-657.
- 51- Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. Comprehensive textbook of psychiatry, 6. baskı, cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (ed), Baltimore, Williams & Wilkins 1995; 1059-1066.
- 52- 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; 57:269-274.
- 53- Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. Duygu Durum Dizisi. 2000; 2:64-70.
- 54- Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; (18):3.
- 55- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Bahar Sempozyumları. 1997; 1:51-52.
- 56- BeckT, Reynolds M, Rutowski P. Maternity Blues and postpartum Depression. JOGNN.1992; 21(4):287-293.
- 57- Öner N, Lecompte A. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı.2. baskı Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul 1998; 2-10.
- 58- 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.
- 59- 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.
- 60- Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. 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.

- 61- Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 8:37-43.
- 62- Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M et al. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002; 31:1201-1207.
- 63- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:221-227.
- 64- Gra A, Özkan H, Ongun H, Eryılmaz M, Oygr N Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Byme zerine Etkileri, *The Journal of the Child*. 2004; 4:168-172.
- 65- Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 2003; 44:234-246.
- 66- Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord*. 2004; 82:297-301.
- 67- Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996; 45:297-303.
- 68- Balcıoğlu İ. Depresyonun Etiyopatolojisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999; 19-28.
- 69- Akkaya C. Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin, Yeni Symposium. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa. 2005; 43(3):91-96.
- 70- Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;146:108-110.
- 71- A Riecher-Rössler, M.Hofecker Fallahpour *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 418:51-56.
- 72- Kruckman L, Smith S. An introduction to postpartum illness. 2003; 4: 62-67.
- 73- Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Blteni*. 2007; 6(6):479-484.
- 74- Benson RC. *Obstetrics and Gynecology*. Lange Medical Publication. 1994; 7:235.

- 75- Güler K. Prenatal bakımı etkileyen faktörlerle ilgili epidemiyolojik bir çalışma, Hemşirelik Bülteni. 1998; 3:12.
- 76- Unterman RR, Posner NA, Williams KN et al. Postpartum depressive disorders: Changing trends. Birth. 1990; 17:131-137.
- 77- Murray D, Cox JL, Chapman G et al. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. Br J Psychiatry. 1995; 166:595-600.
- 78- Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry. 1997; 58:26-32.
- 79- Mills EP. Depression, anxiety and childbirth depression, anxiety & childbirth. 2003; 456-473.
- 80- Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37(3):125-129.
- 81- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347-18:194-199.
- 82- Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant Prevention of Postnatal Depression Plos med. 2006; 3:160-168.
- 83- Tedlow J, Leslie V, Keefe BR, Alpert J, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Fava M. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. J. Affect Disord. 1999; 52:217-223.
- 84- Raskin VD. Pharmacotherapy and Electroconvulsive therapy for postpartum mood disorders. Postpartum Mood Disorders, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC, American Psychiatric Pres. 1999; 179-194.
- 85- Ekşi A. Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü: Ben hasta değilim. 1. baskı İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 1999; 22-25.
- 86- Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviors. J Affect Disord. 2007; 98;199-205.
- 87- Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and Nonpostpartum Depression: Differences In Presentation and Response to Pharmacologic Treatment. Depression and Anxiety. 2000; 11(2):66-72.

- 88- Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:1631-1637.
- 89- Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses-Kolko EL. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26:353-360.
- 90- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Affektif Hastalıklar Birimi. 2004; 2:70-74.
- 91- Karamustafaoğlu N, Tomruk N Postpartum Hüzün ve Depresyonlar, Duygu durum Dizisi. 2000; 2:64-71.
- 92- Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between estradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101:167-169.
- 93- Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women *Arch Womens Ment Health*. 2000; 3:7-14.
- 94- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık. 2004; 50.
- 95- Sorias O. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri. Güleç C, Köroğlu E (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Cilt. Ankara. 1997; 81-94.
- 96- Teğin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*. 1987; 6:116-21.
- 97- http://www.psikoweb.com/durumluk_surekli_kaygi.html (31.12.2008 tarihinde ulaşılmıştır.).
- 98- Evcimen Y, Sudak D. "Postpartum Depression", *Obstetric and Gynecology*. 2003; 10:210-216.
- 99- Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005; 51:1087-1093.
- 100- Bennett HA, Einarson A, Taddio A ve ark. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:698-709.
- 101- Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001; 23:61-4.

- 102- Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(4):243-251.
- 103- Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Bir sağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonun değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2006; 59:151-157.
- 104- Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Seretbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008; 45:9-13.
- 105- Chandran M, Tharyan P., Mulyil J. and Abraham S. post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India *Br J Psychiatry*. 2002; 499-504.
- 106- Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita, K, Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9:121-130.
- 107- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1856-1863.
- 108- Lee DT, Yip AS, Chan SS, Tsui MH, Wong WS, Chung TK. Post delivery screening for postpartum depression. *Psychosom Med*. 2003; 65:357-361.
- 109- Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95:62- 66.
- 110- Abou Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95:428-432.
- 111- Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev Med Chil*. 1995; 123:694-699.
- 112- Yoshida K, Marks MN, Kibe N et al. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J affect Disord*. 1997; 43:69-77.

- 113- Augusto A, Kumar R, Calheiros JM et al. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med.* 1996; 26:135-141.
- 114- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R ve ark. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000; 95:487-90.
- 115- Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry.* 2001; 23:107-13.
- 116- Chung EK, McCollum KF, Elo IT ve ark. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics.* 2004; 113:523-29.
- 117- Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Women's Ment Health.* 2007; 10:25-32.
- 118- Glasser S, Barell V, Shoham A et al. Prospective study of Postnatal depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1998; 19:155-164.
- 119- Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of 'Satogaeri bunben'. *Pediatr Int.* 2001; 43:189-193.
- 120- Danacı AE, Dinç G, Deveci A. ve ark. Manisa il Merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2000; 11(3):2004-211.
- 121- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull.* 2008; 7(5):391-398.
- 122- Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006; 1(2):106-118.
- 123- Arslan H, Gürkan ÖC, Ekşi Z, Yiğit FE. Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi.* 2006; 3(10):71-80.

- 124- Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol.*1991; 100:594-599.
- 125- Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Women's Ment Health* 2004; 7:123-131.
- 126- Dündar PE. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve kadınların durumu raporu 158-168.
- 127- Hatice Başdönmez Danışman Yrd. doç. Dr. Ayşegül Bükülmez Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yüksek lisans tezi. Postpartum Depresyonun Annelerin Bebeklerini Emzirmeleri Ve Bebek Büyümesi Üzerine Olan Etkisi. Afyonkarahisar 2007.
- 128- Cemal Akman Uzmanlık Tezi Tez danışmanı Prof. Dr. Nazmiye Kaya Postpartum Başlangıçlı Depresyonun Sosyodemografik Özellikler Ve Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi. Konya 2006.
- 129- Saniye Özdemir. Uzmanlık Tezi. Tez Danışmanı: Prof. Dr. Selma Çivi. Konya İlinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Sosyodemografik Etmenler. Konya 2007.
- 130- Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health.* 2003; 6:43-50.
- 131- Chaaya M, Campbell MR, El Kak F et al. Postpartum Depression: Prevalence and determinants in Lebanon, *Archives of Women's Mental Health.* 2002; 5:65-72.
- 132- Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health.* 2005; 28:27-38.
- 133- Morrell C J, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomized controlled trial. *BMJ.* 2000; 9-321(7261), 593-598.
- 134- Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM ve ark. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth.* 2000; 27:97-101.

- 135- Zayas LH, Jankowski KRB, McKee MD. Prenatal and postpartum depression among low-income Dominican and Puerto Rican Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2003; 25:370-85.
- 136- Ross LE, Sellers EM, Gilbert Evans SE ve ark. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109:57-466.
- 137- Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007; 22:869-77.
- 138- Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:134-40.
- 139- Desai DH, Jann WM. Major depression in women: a review of the literature. *Journal of American Pharmaceutical Association*. 2000; 40(4):525-537.
- 140- Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN. The American journal of maternal child nursing*. 2000; 31(2):121-126.
- 141- O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and no childbearing women. *J Abnorm Psychol*. 1990; 99:3-15.
- 142- Areias ME, Kumar R, Barros H et al. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996; 169:36-41.
- 143- Patel W, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:43-47.
- 144- Beeghly M, Olson KL, Weinberg MK, Pierre SC, Downey N, Tronick EZ. Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health J*. 2003; 7:157-160.
- 145- Goyal D, Murphy SO, Cohen J. Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35:98-104.

- 146- Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R; Healthy Start CORPS. Prevalence of postpartum depression in a Native American population. *Matern Child Health J.* 2005; 9:21-25.
- 147- Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8:240-246.
- 148- McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc.* 2006; 106:193-198.
- 149- Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85:937-944.

EKLER

Beck Depresyon ölçeği

Adı-soyadı: Prepartum() Postpartum()

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BU GÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1) 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
- 2) 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
1. Gelecek hakkında karamsarım
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3. Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu hissediyorum
3. Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor
3. Her şeyden sıkılıyorum
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
- 6) 0. Kendimden memnunum
1. Kendi kendimden pek memnun değilim
2. Kendime çok kızıyorum
3. Kendimden nefret ediyorum
- 7) 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum
- 8) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncem yok
1. Zaman, zaman kendimi öldürmek gibi düşüncelerim oluyor
2. Kendimi öldürmek isterim
3. Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 9) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
1. Zaman, zaman içimden ağlamak geliyor
2. Çoğu zaman ağlıyorum
3. Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum

- 10) 0. Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum
2. Şimdi hep sinirliyim
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
- 11) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
3. Hiç kimse ile görüşmek ve konuşmak istemiyorum
- 12) 0. Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
3. Artık hiç karar veremiyorum
- 13) 0. Aynada kendime baktığımda bir değişiklik göremiyorum.
1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum
- 14) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
3. Hiçbir şey yapamıyorum
- 15) 0. Her zamanki gibi uyuyabiliyorum
1. Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- 16) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
2. Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
- 17) 0. İştahım her zamanki gibi
1. İştahım eskisi kadar iyi değil
2. İştahım çok azaldı
3. Artık hiç iştahım yok
- 18) 0. Son zamanlarda kilo vermedim
1. İki kilodan fazla kilo vermedim
2. Dört kilodan fazla kilo verdim
3. Altı kilodan fazla kilo verdim
*Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum; 1) Evet, 2) Hayır
- 19) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı sancılı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
2. Sağlığım beni fazla endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 20) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
- 21) 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
1. Cezalandırılabilceğimi seziyorum
2. Cezalandırılmayı bekliyorum
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum

STAI 1 Durumluluk Kaygı ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **O ANDA** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **ANINDA** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

STAI-I (Durumluluk K.Ö.)

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

STAI 2 Süreklilik Kaygı Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **GENEL OLARAK** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **GENEL OLARAK** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen		Çok	Hemen
	Hiç bir	Bazen	zaman	her
	zaman			zaman
21.Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22.Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23.Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	()	()	()	()
27. Genellikle sakin,kendime hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	()	()	()	()
29.Önemsiz şeylar hakkında endişelenirim	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()

Sosyo-demografik değişkenler ölçeği

Yaş:	Sigara: + / -	NVY / Sezeryan	Önceki gebeliklerde zor/sakat doğum + / -
Evlenme yaşı:	Alkol : + / -	Miad / Preterm
Eğitim: İlk Orta Lise Üniv () () () ()	İlaç : + / -	Bebek: K / E Canlı / Ex	Ailede psikolojik rahatsızlık + / -
Meslek:	Akrabalık +/-	G P A Y	...

***Bu tablo doktorunuz tarafından doldurulacaktır.**