

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Banu ŞİŞLİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ

İSTANBUL, 2017

Banu ŞİŞLİ

POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Banu ŞİŞLİ

122009391

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Banu Şişli Öğrenci No : 122009391
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 25.04.2017
Danışman : Yrd. Doç.Dr. Neşe Çapraz Tez Savunma Saati : 11.30

Tez Konusu : "Postpartum Depresyon Prevalansının Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Neşe Çapraz (İstanbul Bilim Ün.)	Kabul	
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Postpartum Depresyon doğum eylemini takip eden dört hafta içinde başlayıp, doğum sonu bir yıla kadar uzayabilen, kadının; psikolojik, sosyal ve fiziksel durumunu önemli ölçüde tehdit eden, takip ve tedavisinin hassasiyetle yapılması gereken önemli bir dönemdir. Çalışmamız; sağlık hizmetinin sunumu aşamasında anne sağlığını tehdit eden postpartum döneme dikkat çekmek, Postpartum Depresyon prevalansını hesaplamak amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada, Samsun Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, kent merkezinde ikamet eden, doğum yapmış ve bebeği dört haftalık olan ve anket yapmayı kabul etmiş toplam 347 lohusa ile çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında 30 soruyu kapsayan “Sosyodemografik Anket Formu” ve 10 sorudan oluşan “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20.0 programı kullanılmış ve %95 güven aralığında (GA) çalışılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmış olup, Nonparametric testlerden Mann-Wihitney ve Kruskal-Wallis test kullanılmıştır.

Bu çalışmada Postpartum Depresyon'un görülme oranı %34,6 olarak bulunmuştur. Araştırmamız sonucunda aile hekimliği birimlerinde postpartum depresyon ile ilgili çalışmaların başlatıldığı, fakat bu çalışmaların yeterli olmadığı, lohusalık döneminde annelerin daha etkin bir takip sistemine ve desteğe ihtiyaçlarının olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum sağlık yönetimi ve sağlık hizmetini sunma aşamasında halk sağlığı kurumunun önemle üzerinde durması gereken bir konu olarak değerlendirilmiştir. Aile Hekimliği'nde çalışan sağlık personelinin Postpartum Depresyon'un anne, bebek ve dolayısıyla da aile için önemini kavraması, aile hekimliği birimlerinde etkili Postpartum Depresyon takibi yapılması, gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve uygun görülen hastaların bir üst birime sevk edilmesi ve etkin sevk takibinin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Aile Hekimliği Birimi, Takip Yeterliliği.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE POSTPARTUM DEPRESSION PREVALANCE

Postpartum Depression begins in the first four weeks after delivery, may take up to one year. This period, threatens woman's psychological, social and physical condition significantly, also is an important period of follow-up and treatment needs to be done. In this study that we have done; our aims are to draw attention to postpartum period that threatens the mother health at the submission stage of health care; to calculate the prevalence of postpartum depression.

This cross-sectional and descriptive study includes 347 women who has agreed to survey, childbirth and the baby is four weeks, residing in the city center, registered to Samsun Mimar Sinan Family Medicine Unit. The collection of data consisting of 30 questions "Demographic Questionnaire" and consists of 10 questions "Edinburgh Postpartum Depression Scale" is used. IBM SPSS Statistics 20.0 software was used to analyze the obtained data and 95% confidence intervals (CI) were shown. Statistical significance level of $p < 0.05$ were taken and used to Kruskal-Wallis and Mann-Wihitney test statistics from Nonparametric tests.

In this study, it is found that Postpartum Depression Prevalence rate is %34.6. Based on the results obtained from the study, we can say family medicine units already initiated studies about postpartum depression, but those studies are not enough. It is concluded that Mothers during the postpartum period need much more efficient tracking and supporting system. In this situation, public health institutions, that gives health care and management services, should be regarded as an issue that needs to concentrate on. It is recommended that, understanding the importance of Postpartum Depression for the mothers, baby and therefore for the family, effectively tracking Postpartum Depression at the family medicine units, giving the necessary consultancy services, consigning the patients to higher healthcare units and referral follow-ups.

Keywords: Postpartum Depression, Family Medicine Unit, Tracking Capability.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Tarihsel Süreç ve Tanım.....	5
2.2. Postpartum Psikiyatrik Bozuklukların Sınıflandırılması	6
2.2.1. Postpartum Hüzün	7
2.2.1.1. Etiyoloji.....	7
2.2.1.2. Klinik Özellik	8
2.2.1.3. Tedavi.....	8
2.2.2. Postpartum Psikoz	8
2.2.2.1. Risk Faktörleri	9
2.2.2.2. Etiyoloji.....	9
2.2.2.3. Klinik Özellikler.....	10
2.2.2.4. Ayırıcı Tanı.....	10
2.2.3. Postpartum Depresyon	10
2.2.3.1. Görülme Sıklığı	11

2.2.3.2. Risk Faktörleri	11
2.2.3.3. Etiyoloji.....	12
2.2.3.3.1. Biyolojik Faktörler.....	12
2.2.3.3.2. Psikososyal Faktörler.....	13
2.2.3.3.3. Kalıtım	14
2.2.3.4. Klinik Belirtiler	14
2.2.3.5. Depresyonun Olumsuz Etkileri	16
2.2.3.6. Yaklaşım ve Tedavi.....	17
2.2.4. Postpartum Anksiyete Bozuklukları	18
2.2.4.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	19
2.2.4.2. Panik Bozukluk.....	20
2.2.4.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	22
2.2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	23
2.2.4.5. Diğer Değişik Kaygılar	25
2.2.5. Postpartum Bipolar Bozukluk	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1.Araştırmanın Amacı.....	27
3.2. Araştırmanın Önemi.....	27
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.4.Araştırmanın Modeli.....	27
3.5. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	27
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKÇA.....	71
EKLER.....	84
EK.1. Anket Formu.....	84
EK.2. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği.....	88
EK.3. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anket Çalışması İzin İstemi Belgesi.....	90
EK.4. Samsun Halk Sağlık Müdürlüğü Anket Çalışması İzin Belgesi.....	91

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 4.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.2. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.3. Çalışma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.4. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4.5. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin EPDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 4.6. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin EPDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması	43

KISALTMALAR LİSTESİ

PPD	: Postpartum Depresyon
EKT	: Elektro Konvülsif Terapi
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
PB	: Panik Bozukluk
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
MAO	: Mono Amin Oksidaz
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
HCG	: Human Coryo Gonadotropin
TSH	: Tiroit Stimülan Hormon
TBG	: Tiroksin Bağlayıcı Globülin
ECA	: Epidemiologic Catchment Area
EPPDÖ	: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
GA	: Güven Aralığı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ

Aile; toplumun, sosyal ve geleneksel bir kurumudur. İnsan neslinin devam ettirilmesinde, toplum kurallarına uyan insan yetiştirilmesinde, kuşaktan kuşağa kültür aktarılmasında ailenin çok büyük önemi bulunmaktadır. Ailenin önemi, doğurganlık fonksiyonunun varlığı ile artmaktadır (1).

Doğurganlık özelliğine sahip olan kadının geçirdiği gebelik süreci, normal ya da sezaryen ile sonlanan doğum deneyimi, annelik rolünün benimsendiği doğum sonrası dönem; kadın ve ailesi için önemli ve özeldir (2, 3).

Gebelik süreci ve arkasından doğum eylemi, kadın hayatında biyolojik ve fizyolojik değişimlerin gözlemlendiği önemli bir süreç olmakla birlikte aynı zamanda birçok çatışmanın da yaşandığı karmaşık bir psikolojik süreçtir.

Postpartum Depresyon adı verilen ve doğumdan sonraki ilk yıl içinde herhangi bir zamanda başlayabilen bu duygu durum bozukluğu, kadın hayatında önemli ve desteklenmesi gereken bir dönemdir.

Anneliği tadan kadınların mutlu bir süreç olduğuna inandıkları bir zamanda, depresif durumda olmaları nedeniyle kendilerini suçlu hissetmeleri, hastalık bulgularını gizlemeleri, Postpartum Depresyon belirtilerinin farkına varılmasına engel teşkil edebilmektedir(64).

Daha önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre Postpartum Depresyon görülme sıklığı %10-15 arasındadır (13).

Depresif durum, normal sayılabilecek hüzün durumundan, psikotik depresyona kadar değişen klinik belirtilerle ortaya çıkabilir. Bu dönemde annede; bedensel yakınmalar, aşırı yorgunluk, bebeğin beslenme ve uykusuyla ilgili endişeler vardır. Aynı zamanda bebeğe şiddet uygulama düşünceleri, cana kıyma girişimleri, konsantrasyonda güçlük, ağır anksiyete, panik ataklar, bellekte zayıflık, ağlama nöbetleri, iştahsızlık, ilerlemiş anksiyete ve uykusuzluk gibi yakınmalar olabilir (14).

Postpartum Depresyon hastalık ve sonrasında ölüm riski yüksek bir bozukluktur. Anneyi, annenin diğer aile bireyleriyle ilişkilerini ve sonuç olarak bütün aile ilişkilerini ve sağlığını ve istenmeyen şekilde yönlendirebilir. Bebeğin zeka gelişimi, psikolojik ve sosyal açıdan becerileri üzerine de negatif yönlendirme olabilir (15).

Postpartum dönemde anneyi olumsuz etkileyen depresyon anne, bebek ve akabinde ailenin birtakım sorunlara maruz kalmasına yol açmakta, doğumla birlikte gelişmeye başlayan anne- bebek bağı, annenin bebeğiyle ilgilenmesini ve annelik rolü gereği yapması gereken işlevleri öğrenmesini de istenmeyen yönde etkilemektedir (15).

Postpartum dönem, plasentanın vücuttan ayrılmasıyla başlayan, gebelik sırasında anne bedeninde oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi haline geri döndüğü 6-8 haftalık lohusalık ve emzirme dönemini de kapsayan bir yıllık zaman dilimini ve psikiyatrik tabloların da görülebildiği önemli bir süreci kapsar (4, 5).

Bu süreç birtakım değişimlerle karakterizedir. Fizyolojik olarak uterus, vajina ve diğer genital organlar gerileme sürecine girerek gebelik öncesi duruma dönerlerken bir yandan da laktasyonla birlikte annelik döneminin başladığı, yeni sorumluluk ve rollerin kazanıldığı zor ve ilerleyici bir dönem yaşanmaktadır. Kazanılan bu roller annede belli seviyede stres ve kaygı yaratmaktadır (6).

Postpartum dönemde görülen hüznün, depresyon ve psikoz bu döneme ait psikolojik bozukluklardandır. Önceki yıllarda daha çok ve daha ayrıntılı olarak postpartum depresyon ve hüznün ile ilgili araştırmalar rapor edilmiş olmakla beraber son yıllarda yapılan çalışmalar başta anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer postpartum psikiyatrik bozukluklara da yönelmiştir(7).

Annelik hüznü sıklıkla doğumdan birkaç gün sonra belirti verir. Belirtiler kalıcı olmayıp, birkaç hafta boyunca devam edebilir. Belirtilerin hafif şiddette olması nedeniyle müdahaleye gerek kalmadan düzelmeye görülür (9, 10).

Annelik hüznünün belirlenen insidansında farklılıklar olabilir. Çeşitli çalışmalarda annelik hüznünün doğum sonrası dönemde annelerin %50-85'ini etkilediği bildirilmiştir(11, 12).

Postpartum psikoz, postpartum süreçte görülen ve en travmatik tabloya sahip olan psikiyatrik bozukluklardandır. Postpartum periyotta görülme oranı %0,1- %0,2'dir. Belirtiler doğumu takip eden 3-14. günlerde gözlemlenebileceği gibi, vakaların %80'inde doğumdan sonraki ay içinde de gözlemlenmek mümkündür. Genetik yatkınlığı olanlarda risk daha yüksektir. Genç kadınlarda, ilk hamileliği olanlarda ve önceden hastalık hikayesi bulunanlarda da risk artmaktadır(16).

Östrojen ve progesteron hormonlarının yoğunluğundaki hızlı düşüşün doğum sonrası dönemde psikoza sebebiyet verebileceği düşünülmüştür. Psikozların başlangıcında yorgunluk belirtilerine uykusuzluk eşlik edebilir. Anne bebeğe ya da kendisine zarar verebilir hale gelebilir. Tabloya sanrılar ve hezeyanlar eklenebilir. Postpartum depresyon ile karşılaştırıldığında intihar düşüncesi ve girişimi ön plandadır. Bu riskler sebebi ile tedaviye bir an önce başlanmalıdır. Antipsikotik ilaçlarla tedavide başarı yakalanamadığında Elektrokonvülsif Terapi (EKT) tedavide ikinci yöntem olabilir. Postpartum psikoz tedavisi gören vakaların yaklaşık %95'inde 2-3 ay gibi bir süre içerisinde iyileşme görülebilmektedir(16).

Postpartum dönemde panik bozukluk (PB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), (posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi birçok psikolojik bozukluğun görüldüğünü, hastalık belirtilerinin arttığını ya da düzeldiğini bildiren birçok çalışma mevcuttur. Buna ek olarak Matthey yaptığı çalışmasında doğum sonrasında annedeki anksiyeteye neden olan belirtilerin çoğunlukla ihmal edildiğini bildirmişlerdir (17).

Tüm bu bilgilerden yola çıkarak gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemin anne sağlığını korumada önemli ve üzerinde durulması gereken bir dönem olduğunu söyleyebiliriz. Koruyucu sağlık hizmeti veren Aile Hekimliği Birimlerinde de son senelerde postpartum depresyonun önemi kavranmış ve bununla ilgili çalışmalar başlatılmıştır.

Aile hekimliği birimlerinde lohusalık döneminde Edinburg Postpartum Ölçeği uygulanarak annelerin psikolojik durum saptanması yapılmaktadır. Ölçek sonucuna göre 12 ve üzerinde puan alan annelerin ilgili birimlere yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanı tarafından sevk edilen hastaların ilgili birimlere gidip gitmediklerinin kontrolü yapılamamaktadır. Sağlık çalışanı sözlü olarak sevkettiği anneyi ancak bebeğin bir sonraki aşı veya izleminde görüp değerlendirmektedir. Bu süre minimum bir ay olmaktadır.

Bu demektir ki anne bir ay daha kendi imkanlarıyla postpartum depresyonla savaşmaya çalışacaktır. Postpartum depresyonda olan annenin bir ay önceki genel durumuyla bir ay sonrakini kıyaslamak sağlık çalışanı açısından zor değildir ve sahada gerçekten zor durumda olan birçok anne ile karşı karşıya kalınmaktadır.

Sağlık alışanı bu durumda izlem, takip ve sevk kriterleri standartlara bağlanmadığı için etkin bir yol takip edememekte, anneye szlu olarak ikinci basamak sağlık kurumuna gitmesi önerilmektedir.

Tüm bu bilgiler işığında annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını korumaya yönelik hizmet veren aile hekimliği birimlerinde, anne, bebek ve aileye olumsuz etkileri göz önüne alındığında postpartum dönemdeki psikiyatrik bozuklukların oluşumunda rol alan faktörlerin irdelenmesinin, erken tanı ve zamanında tedavi sağlanması'nın önemi ortaya çıkmaktadır. Annenin sağlığı koruma altına alınırken, aynı zamanda bebeğin, ailenin ve dolayısıyla da toplumun sağlığı da koruma altına alınır. Bu nedenle de postpartum dönemde aile hekimliği birimlerinde gebe ve lohusa izlemlerinde postpartum depresyon konusunda standartlar oluşturulmalı ve lohusa takibi daha etkili şekilde yürütülmeli, gerekli durumlarda hasta sevk ve sevk sonrasında hasta takibi yapılmalıdır.

Sonuç olarak postpartum depresyon kadın-aile ve toplum sağlığı açısından önemli bir dönem olup, sağlık personelinin bu önemli dönemde iyi bir değerlendirme, takip ve sevk standartlarına sahip olması gerekmektedir. Bu sayede birinci basamak sağlık hizmetlerinin birincil görevi olan halkın sağlığını korumak ve yükseltmek görevi etkin bir şekilde yerine getirilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihsel Süreç ve Tanım

Postpartum ruhsal bozukluklara ilişkin fenomonolojinin uzun bir öyküsü vardır. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili halen geçerliliğini koruyan ilk dökümanlar Hippocrates ve Tortula'ya ait belgelerdir. Çok eski zamanlarda tanınması ve patogenezi hakkında 19. yüzyıl ortalarına dek kapsamlı bir çizgide araştırmalar yapılmasına rağmen yine de çok iyi bilinmeyen bir sendrom olarak kalmıştır.

Esquirol, 1845'te postnatal duygudurum bozukluğu sendromları ile ilgili nedenini laktasyona bağladığı değişik tablolar tarif etmiştir (18).

Kraepelin ve Bleuler gebelik ve doğum stresini izleyerek ortaya çıkan tipik sendromlar olduğunu öne sürmüşlerdir (19). 50'li ve 60'lı yıllara kadar özellikle yönelim, bilinç ve algılamamanın bozulduğu postpartum psikozlar “organik tabiatta toksik bozukluklar” olarak görülmüştür (20).

Pitt (21) de benzer şekilde postpartum depresyonun klasik depresif hastalıklardan farklı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüş ve doğuma eşlik eden hormonal değişiklikler sonucu olmaktan ziyade özgül olmayan bir stres cevabı olarak değerlendirmiştir.

Dalton (22) gibi başka araştırmacılar ise, postpartum depresyon gelişmesinde hormonal değişiklikler ve özellikle puerperiumdaki ani progesteron düşmesinin sorumlu olduğunu savunmuşlardır.

Doğum sonrası dönemde meydana gelen psikiyatrik bozukluklar DSM-III-R'de farklı tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamış, “başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar” şeklinde incelemeye alınmıştır (23). Sonraki yıllarda yapılan prevalans, izleme ve etiyoloji çalışmaları bu bozuklukların tanı ve sınıflandırılması ile ilgili olarak birbiriyle uyuşmayan kuramların ortaya atılması sonucunu doğurmuştur. DSM-IV'de duygudurum bozukluklarını tanımlamak amacıyla “postpartum başlangıçlı” tabiri yer almıştır. Bu tabir, başlangıcı doğumdan sonraki 4 hafta içinde olmuşsa, major depresif bozukluk, bipolar I ya da bipolar II bozukluğunda, o esnadaki (ya da sonuncu) majör depresyona, manik ya da mix epizoda ya da kısa süreli psikotik bozukluk durumuna uygulanabilir (24).

Ancak belirtilen dört haftalık sürenin yanı sıra, başlangıcın doğumdan sonraki ilk yıl içinde de olabileceği bildirilmektedir. ICD-10'da ise "fizyolojik bozukluklar ve fizik etkenlerle bağlantılı davranış sendromları" başlığıyla "lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar" adı altında bir bölüm oluşturulmuştur. Bu sınıflandırmanın, sadece lohusalıkla ilgili olan ve yeterli bilgi olmadığı için ya da bazı ek klinik özellikleri nedeni ile başka bölümlerde sınıflandırılan bozuklukların tanı ölçütlerini sağlamayan ruhsal bozukluklar için kullanılması önerilmektedir (25).

Doğum sonrası dönemde anne psikolojik, sosyal ve fizyolojik yönlerden farklı bir döneme girmektedir (24). Kadınların çoğu gebelik ve doğum sonucunda bu değişimlere daha rahat uyum sağlarken, birçok kadında psikiyatrik durumlar, birçok kadında da sonu yatışlı tedaviye kadar varan düzeyde çok ağır durumlar görülebilmektedir(26).

Kadın hayatında hem biyolojik hem de fizyolojik değişikliklerin gözlemlendiği gebelik ve doğum eylemi, önemli bir dönem olmasının yanısıra, aynı zamanda erken gelişim dönemlerine dair bastırılmış, çözülmemiş çatışmaların tekrar gün ışığına çıktığı karmaşık bir dönemdir. Bu sebeple kadınlar, doğum sonrası dönemde psikiyatrik hastalık gelişimi yönünden çok daha fazla risk altındadır (26).

Bununla beraber postpartum dönemde gelişen duygulanım bozukluğunun, yaşamın diğer dönemlerindeki duygulanım bozukluklarından önemli farklılığının olmadığını ileri süren görüşler de vardır (27).

2.2. Postpartum Psikiyatrik Bozuklukların Sınıflandırılması

Postpartum dönemde meydana gelen psikiyatrik belirtilerin -çok net olarak saptanmamış olmakla birlikte- bu konuyla ilgili çalışmalara göz atıldığında hastalığın gözlemlenen belirtilerine, hastalığın seyrine ve birtakım ayırıcı kriterler kullanılarak 3 başlık altında toplandığı görülmektedir. Bunlar postpartum hüznün, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur (15, 28).

Bu durumlar, birbirlerini dışlayan sendromlar değildir. Örneğin, postpartum psikozlar postpartum hüznü izleyerek ortaya çıkabileceği gibi psikozların ılımlı depresyonlardan ayrımı da belki yalnızca bir şiddet farkına dayanarak yapılabilir (5).

Puerperal psikiyatriyi özetleyen bir derlemede çok geniş çeşitlilikte postpartum bozukluklar tanımlanmış, özellikle uzun dönem olumsuz etkilere yol açmakla beraber tedaviye iyi yanıt verdikleri için anne bebek ilişkisindeki bozuklukların tanımlanmasının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca postpartum dönemde klasik üç grup bozukluk dışında Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), PB, OKB ve çeşitli diğer psikiyatrik bozukluklarının da görülebileceği, önemli sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir (29).

2.2.1. Postpartum Hüzün:

Doğum sonrası periyotta annede, kalıcı olmayan birtakım ruhsal durum değişiklikleri görülebilmektedir. Bu tablo doğum sonrası hüznü ya da annelik hüznü şeklinde de adlandırılmaktadır (8).

Annelik hüznü, doğum sonrası ilk on gün içinde ortaya çıkan ve kadınların %15-85'inde görülebilen, ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmaksızın iyileşebilen bir bozukluktur. Ancak annelik hüznü, Postpartum Depresyon gelişmesinde bir risk faktörü olduğu için önemlidir(30).

2.2.1.1. Etiyoloji

Postpartum hüznün başlangıcının doğum sonrası östrojen ve progesteron seviyelerinin hızlı düşüşü ile aynı zamanda olması, onun endokrin bir fenomen olabileceğini akla getirmektedir(27).

Postpartum hüznü ile ilgili ileriye dönük bir çalışmada premenstrual disfori hikayesi, özgeçmiş ve soygeçmişte depresyon hikayesinin daha fazla bulunduğu belirlenmiştir (31).

Araştırmacılar kişisel etkenler, gebeliğin son trimesterinde anksiyete ve depresif semptomlar yasama, primipar olma, doğum korkuları, sosyal uyum güçlüğü ve gebeliğe karşı çelişkili duygular yasayan kadınların da postpartum hüznü daha yatkın olduklarını ileri sürmüşlerdir (32).

2.2.1.2. Klinik Özellik

Annelik hüznü, doğum sonrası kadınların %15-85'inde, ilk on gün içinde görülebilen, ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmaksızın iyileşebilen bir bozukluktur. Ancak annelik hüznü, PPD gelişmesinde bir risk faktörü olduğu için önemlidir.

Postpartum Depresyon'da şikayetler "annelik hüznü" tablosundan daha şiddetlidir. Son aşamada kendini öldürme istek ve düşüncesi de gözlenebilmektedir (30).

Annede görülen hüznün hali çoğunlukla doğumu takip eden birkaç gün içinde görülür. Belirtiler anksiyete, uyku bozukluğu, ağlama, aşırı sinir hali, yorgunluk, duygulanımdaki hızlı değişiklik hali, konsantre olmada güçlük yaşama, eleştiriye tahammülsüzlük ve keder hali mevcuttur(16). Bu durum kadınların bebek bakımını ve işlevselliklerini etkilemez. Hastanın kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığı ile ilgili endişeleri artmıştır. Cinsel ilgi kaybı olmuşsa durum daha uzun sürebilir (32).

2.2.1.3. Tedavi

Annelik hüznünde tedavide ilaçla tedaviye ihtiyaç yoktur. Tablonun şiddeti gittikçe azalarak, çoğunlukla iki hafta içinde kendiliğinden iyileşir. Belirtiler tahmin edilen süre zarfında düzelmez ise, depresyona dönüşmesi ihtimali akla gelmelidir. Tedavide kadınlar, her açıdan desteklenmeli, başatme yolları öğretilmeli, var olan bilgi eksikleri belirlenmeli ve giderilmelidir. Bu girişimler tablonun kolayca atlatılmasında önemli faktörler olmaktadır (16).

2.2.2. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar arasında en şiddetli olan tablodur. Postpartum dönemde görülme oranı %0,1– %0,2 arasındadır. Doğum sonrasında psikoz belirtileri ilk 2 hafta içinde görülebildiği gibi, vakaların %80'inde ilk 1 ay içinde de görülebilmektedir. Şayet kendisinde veya ailevi hastalık öyküsünde psikiyatrik hastalık hikayesi olanlarda, genç yaşta anne olanlarda daha fazla risk bulunmaktadır(33). Postpartum psikozun başlı başına ayrı bir antite olup olmadığı halen tartışmalıdır. Affektif hastalığın bir alt şekli ya da yalnız doğumun yarattığı stres nedeniyle daha önceden varolan şizofrenik veya affektif hastalığın tekrarlaması olduğu yönündeki tartışmalar sürmektedir (35).

Yapılan alışmalar sonucunda doğum sonrası dönemde östrojen ve progesteron seviyelerindeki hızlı düşüşün postpartum psikoz tablosunun oluşumunda rol oynayabileceği fikri ortaya atılmıştır. Hastada tablo yorgunluk ve uykusuzluk gibi belirtilerle kendini gösterebilir.

Tabloya ilerleyen dönemlerde halüsinasyonlar veya sanrılar eklenirse, tablo ağırlaşabilir ve anne kendine ya da bebeğine zarar verebilir. Suisid ve homisid risk varlığı, psikozla depresyonu birbirinden ayırmada önemli rol oynar ve bu risk sebebiyle bu vakalar acilen tedavi altına alınmaladırlar(33).

EKT alternatif tedavi seçeneği olarak, antipsikotiklere cevap alınamadığında uygulanabilir. Tedavi edilen postpartum dönemde psikoz yaşayan kadınların yaklaşık %95’inde 2–3 ayda iyileşme belirtileri gözlenir. Özellikle sağlık hizmetini birinci basamak kapsamında sunan sağlık çalışanları bu hastaların tanılama ve tedavilerini erken dönemde yaparak hastalığın seyrini önemli lde değiştirebilirler(33).

2.2.2.1. Risk Faktörleri

Yapılan alışmalar doğrultusunda, postpartum dönemin birinci ayında psikoz görülme oranı gebelik dönemine oranla 10 ila 20 kat daha fazla olduğu söylenebilir(36). İlk gebeliğini yaşayan annelerde risk fazla olmakla birlikte öyküsünde bir kez bile puerperal psikoz yaşamış kadınların diğer gebeliklerinde tekrar psikoz yaşama oranları yüksektir(15, 36).

Geçmiş yaşantılarında psikoz öyküsü olanlar, genetik yatkınlığı bulunanlar, duygulanım bozuklukları yaşayanlar, lohusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, yüksek risk grubu olarak kabul edilmektedirler (15, 16, 37).

2.2.2.2. Etiyoloji

Postpartum psikozun etiyolojisi bilinmemektedir. Postpartum psikoz çeşitli tıbbi nedenlerden kaynaklanmış olabilir. rnek olarak çeşitli enfeksiyonlar, entoksikasyonlar, kan kaybı neden olabilir. Doğumdan sonraki dönemde kadındaki hormonal yapıdaki hızlı değişimlerin psikozla ilgisi olabileceği düşünülmüş, ancak yapılan hormonal tedavilerde etkili sonuç alınamamıştır(38).

2.2.2.3. Klinik Özellikler

Çoğunlukla postpartum psikoz, doğumdan sonraki ilk haftalarda (özellikle 2–3 haftada) başlar ve birkaç ay boyunca devam eder (15, 37). Postpartum psikoz değişken belirtiler gösterir(39).

Kişiler uykusuzluktan, yorgunluk halinden ve dinlenememekten şikayetçidirler. Sürekli ağlama hissi, emosyonel değişiklik durumları gözlenir. Devamında konfüzyon, dezorganize hareketler, bebeğinin sağlığı konusunda gerçek olmayan kaygılar ve düşünceler, mantıksız ifadeler, şiddetli disfori, dezoryantasyon, şüphencilik, depersonalizasyon, duygulanımda artış ve dağınıklık halleri görülebilir. Hastaların %50'sinde hezeyan, %25'ine yakınında da halüsinasyonlar görülmektedir(38,40).

Anne bebeğinin bakımında yetersiz kalabilir, çevresine zararlı olabilecek düşüncelere veya bebeğiyle ilgili çeşitli hezeyanlara sahip olabilir. Bu hezeyanlar sonrasında annede çocuğunu öldürme dürtüsü veya eylemi gözlenebilir. Halüsinasyonlar sadece hasta tarafından duyulabilen sesler şeklinde de devam edebilir. Annelerin düşünceleri bu süreçte davranışa dönüşebileceği için çok dikkatli olunmalıdır (38, 41).

2.2.2.4. Ayırıcı Tanı

Bütün psikotik bozukluk vakalarındaki gibi doktor, hastalığın herhangi bir tıbbi duruma, madde bağımlılığı veya kullanımına bağlı olarak meydana gelip gelmediğine dikkat etmeli, ayırımı iyi yapmalıdır. Hipotiroidizm, Cushing, çeşitli enfeksiyonlar, zehirlenmeler, tümörler genel tıbbi durum ile alakalıdır. Gebelikte kullanılan ağrı kesiciler, antihipertansifler de dahil olmak üzere her türlü ilaç madde kullanımı kapsamında irdelenmelidir (38).

2.2.3. Postpartum Depresyon

Postpartum Depresyon doğum eyleminden sonraki ilk dört haftalık zaman dilimi içinde başlayıp, doğum sonu bir yıla kadar uzayabilen bir dönemi kapsamaktadır. Postpartum depresyon; genel bir isteksizlik hali, yetersiz hissetme, uyku bozukluğu, bitkinlik, suçlu hissetme, sinirlilik, kilo kaybı, konsantre olamama ve ölümü düşünme ile karakterizedir (42).

Anneler yakın çevreleri tarafından bu belirtiler yönünden takip edilmeli, desteklenmeli, aileler doğum sonrası dönemin önemi ve tehlikeleri hakkında eğitilmelidirler.

2.2.3.1. Görülme Sıklığı

Daha önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre Postpartum Depresyon görülme sıklığı %10-15 arasındadır(13). Yapılan araştırmalarda doğum sonrası depresyonun prevalansı, tanılama araçları, örneklem büyüklüğü, çalışma yöntemi, kültürel farklılıklara bağlı olarak farklılık gösterebilir. Amerika ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda, standart tanı yöntemleri kullanıldığı durumlarda prevalans; %3,5 ile 17,5(43, 44) arasında, Türkiye’deki çalışmalarda ise kendini bildirim ölçekleri kullanıldığında prevalans; %21,2 ile 54,2 (45-47) olduğu saptanmıştır.

2.2.3.2. Risk Faktörleri

Depresyon; multifaktöriyel bir hastalık olup, hem genetik, hem de çevresel sebepleri içermektedir. Bununla birlikte, epidemiyolojik bulgular depresyonla ilgili risk faktörlerinin %40-50’sinin genetikle bağlantılı olduğunu göstermektedir (49).

Postpartum depresyon kaynağı anne olan nedenlerle birlikte psikososyal ve çevresel sebeplerin de etkisi ile oluşan ruhsal bir hastalıktır (48).

2001 yılında Beck (28) 84 çalışmanın meta-analizini yaparak 13 tane risk faktörü olduğunu saptamıştır. Bu 13 maddenin 10 tanesi; prenatal depresyon, bebek bakım stresi, kendine değer vermeme, prenatal anksiyete, stresli bir yaşam, yaşantısında destek görememe, evlilikte yaşanan sorunlar, depresyon hikayesi, bebeğin mizacı, annelik hüznü daha ağır basarken, diğer 3 faktörün; sosyoekonomik durum, medeni durum, planlanmayan ve istenmeyen ve planlı olmayan gebelikler olarak daha az etkisi olduğu belirlenmiştir (50).

Son dönemde yapılan birçok çalışmayla postpartum dönemdeki depresyon durumunun gebelik sürecinde mevcut olan depresif durum ve yaşanan anksiyete haliyle ilişkili olduğu saptanmıştır(51).

Postpartum depresyon oluşumunda kişinin içinde bulunduğu kültürel yapının, geleneklerin, birtakım yanlış inanış ve ritüellerin etkisi büyüktür. Yapılan araştırmalarda çeşitli kültürel farklılık, inanış ve davranışların boyutunun Postpartum Depresyonun gidişatını olumlu veya olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır(52).

Uygulanan en yaygın ritüel olarak, doğumdan sonra annenin bir süre istirahat etmesi, özel beslenme planı hazırlanması ve anneye birtakım sınırlılıklar getirilmesi ve aileden bir bayanın anneye her konuda yardımcı ve destek olması doğum sonrası anneye olumlu yönde etki sağlayabilir. Bu da toplumda yazılı olmayan ama o topluma özgü birtakım geleneklerin anne sağlığını olumlu yönde etkileyen örnek olarak gösterilebilir (52).

Gebeliğe bağlı komplikasyonlardan preeklampsi, hiperemezis; doğuma ait komplikasyonlardan sezaryen, alet yardımı ile doğum, prematüre doğum, doğum sırasında aşırı kanama postpartum depresyon için potansiyel risk faktörleri olarak bulunmuştur (18, 53).

2.2.3.3. Etiyoloji

Postpartum Depresyon etiolojisinde, hormonal ve biyokimyasal durumların etkili olduğu düşünülmekle birlikte, net bir nedenden bahsedilememektedir(142).

2.2.3.3.1. Biyolojik Faktörler

Kadının yaşamında gebelik ve postpartum dönem, hormonal düzeydeki ciddi değişikliklerin yaşandığı önemli bir süreçtir. Postpartum Depresyonun etiolojisinde, gebelikte yüksek düzeyde olan östrojen ve progesteron seviyelerinde doğumla birlikte hızlı düşüş yaşanması postpartum depresyon etiolojisinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir(27,54). Östrojenin noradrenalin, serotonin, dopamin, GABA (Gama Amino Bütirik Asit) gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonuna neden olarak diğer beyin fonksiyonlarını etkilediği bilinmektedir. Postpartum dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir (27, 54). Doğumdan sonra prolaktin düzeyi birinci haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşünün tam tersine artmaktadır. Annenin bebeğini emzirmedeği durumlarda prolaktin seviyesindeki azalışın depresyonun oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (56).

Harris (55) yapmış olduğu çalışmada, annenin tükürüğündeki progesteron ve prolaktin seviyelerini incelemiş, çalışma sonunda postpartum depresyon ile arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Harris (55) tedavi aşamasında da emziren anneler ile emzirmeyenlerin tedavisinin aynı olamayacağını ileri sürmüştür.

Gebelikte tiroit bezi üzerinde HCG (Human Coryo Gonadotropin)'nin TSH (Tiroit Stimulan Hormon) benzer etkisi olduğu düşünölmektedir. Ayrıca artmış östrojen seviyesine sekonder TBG (Tiroksin Bağlayıcı Globölin) de eklenir ve gebelik esnasında tiroit bezinde büyüme görölebilir. Total T3, T4 ve TSH'da artma görölebilir. FT3 ve FT4 normal sınırlarlarda kalabilir. Yükselen tiroit hormonları doğumdan sonra düşöşe geçer, ayrıca doğumdan sonraki ilk altı ayda annelerin %6'sında tiroit disfonksiyonu gözlenir. Bununla birlikte Postpartum Depresyon ile tiroit disfonksiyonu arasında net bir ilişki bulunamamıştır (27).

Postpartum dönemde ortaya çıkan hipotriroidizm gebeliğin ilk evrelerinde tiroit antikorlarına bakılarak saptanabilmektedir(15, 37).

Gebelikte hipofolatemi (serum folat düzeyindeki düşöklük) riski yüksek olduğu için psikiyatrik sıkıntıların görölmesi de bu dönemde artabilir(56).

2.2.3.3.2. Psikososyal Faktörler

Anne olan kadınların tümünde birtakım hormonal değişimlerin gözlemlenmesine rağmen, sadece bazı kadınlarda psikiyatrik rahatsızlık görölmesi, yaşamda karşılaşılan çeşitli stresörler, sosyal ilişkilerdeki farklılıklar, yakın çevrenin sosyal desteği gibi çeşitli nedenlere bağlanabilir(26, 57).

Psikanalitik kurama göre Postpartum Depresyonda kendiliğin kaybı yaşanmaktadır. Bebekle olan bedensel yakınlığın kaybının nedeni doğum olayına bağlanmakta ve sevilen birinin kaybını hatırlatabilmektedir. Bağımsızlığın azalması, önceki yaşam şeklinin değişmesi ve sosyal statü kaybı, beden imajında değişiklik ve bunun sonucu olarak depresyon görölebilmektedir (26).

Landy ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hayatlarının başka faktörlerin etkisiyle biçimlendiğini düşönen annelerin postpartum depresyon bakımından diğer gruba göre daha çok risk taşıdıklarını bildirmektedirler (58).

Nicolson, geliştirdiği iki modelle Postpartum Depresyonu açıklamaya çalışmıştır. Birincisi; doğumdan sonra yaşanan bozukluk veya hastalık durumu şeklinde tanımlanan model (Klinik model), ikincisi; doğumun yaşamın içinde normal bir olay olduğu ve Postpartum Depresyonun da bu olaya cevap niteliğinde meydana geldiğini kabul eden model (Sosyal model) (26,59).

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alan kaybı, entelektüel yetiler ile mesleki statünün ya da beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir (26,59).

2.2.3.3.3. Kalıtım

Postpartum dönemde duygudurum değişiklikleri gözlenen kadınların yakın akrabalarında duygudurum değişikliklerinin prevalansı genel nüfusa oranla daha fazladır. Bu da olası kalıtsal ya da ailesel etkenlerin Postpartum Depresyon gelişimindeki önemine işaret etmektedir (27, 28).

Mevcut çevresel faktörler tek başına depresyonun gelişmesine yol açmayıp, çoğu zaman hastalık için genetik yatkınlığı bulunanlarda riski arttırabilmektedir (49).

2.2.3.4. Klinik Belirtiler

Postpartum Depresyonun seyri birkaç hafta ya da birkaç aya yayılabilecek yavaşlıkta olabilir, takiben plato seviyesine ulaşır ya da düzelme görülür. Bazı durumlarda da postpartum 4.-5. aylara dek anlaşılamayarak dikkatlerden kaçırılabilir (37).

Postpartum Depresyon kadının; duygularını, davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, sosyal hayatını, mesleki işlevselliğini, kendine olan güvenini, yaşam kalitesini, çocuklarıyla, eşiyle ve yeni doğan bebeği ile olan ilişkilerini olumsuz etkiler. Dolayısıyla anne bebek bağının kurulmasını geciktirebilir (60-63).

Yapılan çalışmalar; Postpartum Depresyonlu anne bebeklerinin, büyüme-gelişmelerinin yavaş olduğunu, bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişmelerinin ise negatif yönde etkilendiğini göstermektedir (61-63). Bu nedenlerden dolayı Postpartum Depresyonun anne, bebek ve aile sağlığı için önlenmesi, erken tanı ve uygun tedavisinin planlanması çok önemlidir.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların hepsinde meydana gelen birtakım fizyolojik değişiklikler aynı zamanda depresyon belirtileriyle de aynı olduğu için, değerlendirme kısmında sadece bu belirtilere odaklanmamak, daha geniş bir açıdan depresyonu ele almak gerekmektedir(15, 53).

Dolayısıyla postpartum depresyonu şiddetli yaşayan vakalar kolay tesbit edilebilirken, depresyonu hafif yaşayan vakalar sürecin normal sonucu olarak düşünülüp gözden kaçırılabilirler. Postpartum ruh hali bozukluğunu tanımada başarısızlık, suisid ve bebeğine zarar verme düşüncesi veya eylemine dönüşebilir (28).

Doğumsonu Depresyonu klinik açıdan diğer depresyon türlerinden ve postpartum hüzünden ayırt etmek zor olabilir. Buna ek olarak Postpartum Depresyon'da çevreye ilgisiz davranışlar ve bebekle ilgili karşıt duygulara kapılma ön plandadır (64). Doğum sonu depresyonları diğer depresyonlardan ayıran fark, psikotik belirtilerin daha sık görülmesidir, tablo akşam saatlerinde gittikçe kötüleşir, süresi kısalmaya ve özkıyım düşüncesi azalır. Bu belirtilerin yanısıra çökkün ruh hali, zevk alamama, ilgi kaybı, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah artışı veya kaybı, uykuya meyilde artış veya uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon hali mevcuttur(65).

Bu tabloya kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulguları da eklenebilir (65).

Postpartum Depresyon'u, doğum sonu uyum reaksiyonlarından ayıran belirtiler; duygulanım bozukluğu, hissedilen suçluluk enerji kaybı, konsantrasyon zorluğu, aileye karşı ilgide azalma gibi belirtilerdir. Buna ek olarak postpartum dönemde olup sürekli uyku hali, cinsel isteksizlik, beslenme bozukluğuna bağlı olarak kilo kaybı gibi belirtileri yaşayıp, normal postpartum dönemde olan birçok anne ile de karşılaşılmaktadır(67).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) tarafından; Postpartum Depresyon tanı kriterlerinin majör depresyon ile aynı olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden majör depresif epizod ölçütleri Postpartum Depresyon için de tanı kriterleri olarak bilinmelidir (68). Majör depresyon bulgularının; iki haftalık bir süreçte, her gün ve günün büyük çoğunluğunda, daha önceki fonksiyonel durumunda değişikliğin olması ile birlikte aşağıda belirtilen semptomlardan en az beşinin bulunması olarak açıklanır (67, 69).

Bu kriterler;

Çökkün duygu durumu,

Tüm faaliyetlerde belirgin azalma veya zevk alamama,

Aşırı uykusuzluk veya aşırı uyuma,

Kilo kaybı veya kilo alımının olması,
Psiko-motor retardasyon veya ajitasyonun olması,
Yorgunluk, enerji kaybı ve bitkinliğin olması,
Suçluluk ve değersizlik, duygularının olması,
Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştıramama,
Tekrarlayan ölüm ve intihar etme düşüncelerinin olmasıdır (67,69).

Doğum sonrasında kadınların depresif bulguları; doğum sonu yorgunluğu gibi değerlendirilerek göz ardı edilebilir (70, 71). Postpartum Depresyon'un sinsi olan başlangıç dönemi, bazı hafif veya orta şiddette belirti gösterdiği zaman ve annenin yardım beklentileri desteklenmediği zaman gözden kaçırılabilir. Bununla birlikte Postpartum Depresyon'da aileye karşı sevgi eksikliği ve bebeğe karşıt duygular daha ön planda bulunabilir. Bu vakalarda Postpartum Depresyonda süreç uzayıp, tablo hastane yatışını gerektirecek ölçüde ağırlaşabilir. Bu sebeple risk faktörlerini bilmek önemlidir (72, 73).

2.2.3.5. Depresyonun Olumsuz Etkileri

Postpartum Depresyon gibi ilave sağlık sorunu yaşayan kadınların doğum öncesi fonksiyonel aktivitelerine geri dönüşü bir yıla kadar uzayabilir (74,75). Annelerin fizyolojik, anatomik değişiklikler yaşamaları ve yorgunlukları kendilerini güçsüz ve halsiz hissetmelerine neden olabilir (76,71).

Bebek bakım sorumluluğu ile başa çıkabilme kaygısı, hem kendi bakımı, hem de bebeğinin bakımı için anksiyeteli olması ve ilerleyen dönemlerde daha ağırlaşabilen ruhsal sorunlar yaşanması söz konusu olabilir. Anneliği bazı kadınlar, kendi hayatlarında önemi yadsınamaz bir yaşamsal olay şeklinde görürlerken, bazı kadınlara göre de yeni doğandan kaynaklanan özgürlüğün kısıtlanması ve sosyal çevreden uzaklaşma şeklinde tanımlamaktadırlar(76-80).

Postpartum Depresyon geçiren kadında ailesiyle ilgili görev ve sorumluluklarını yerine getirmede sorunlar, yeteneklerini göstermede yetersizlik, benlik saygısında azalma görülebilir. Postpartum depresyonun önemi sadece anne açısından düşünülmemeli, anne rahatsız olunca bu durum bebeğini ve aynı zamanda tüm aile ve çevreyi de etkileyeceği için titizlikle ele alınmalıdır. Postpartum Depresyon'da anne ve bebek ilişkisi ciddi bir biçimde bozulur. Depresif duygular yaşayan kadınlar bebekleriyle duygusal iletişim kurmada zorlanırlar. Postpartum depresyonlu annelerin bebekleri yalnız davranışsal ve duygusal sıkıntılar değil, aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşarlar (81, 82).

2.2.3.6. Yaklaşım ve Tedavi

Postpartum Depresyon'a yatkın durumda olan anneler için; erken tanı ve tedavi işlemlerini başlatmak, hastalığın uzun dönemde meydana gelebilecek olumsuz etkilerini azaltmada fayda gösterir. Postpartum depresyondaki risk faktörlerini bilmek ve risk grubunda yer alabilecek anneleri takibe almak ve değerlendirmek önem arz eder (83-86).

Postpartum dönemde özellikle ilk günlerde kadınların bebeklerini benimsemeleri, anneliğe adaptasyon göstermeleri ve bebek bakımını eksiksiz yapmalarının beklenmesi doğru değildir. Kadınlar; bebek sahibi olunca bu yetenekleri hemen kazanabilecekleri gibi yanlış bir inanişaya sahip olabilirler(18). Bu inanişaların yok edilmesi ya da kadının gereksiz yere kendini suçlayarak anneliğe geçişte zorluklar yaşadığını düşünmesi doğru değildir. Bu nedenlerle gelişebilecek Postpartum Depresyon riski de hemşirelerce verilecek eğitimlerle önlenbilir. Postpartum Depresyon'dan korunmada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Kadınlara (özellikle primipar ve adolesan anneler için); doğumdan sonra bebeğinin bakımı konusunda yetersiz hissetmelerinin normal olduğu, bebeği tam anlamıyla benimsemelerinin zaman alacağı anlatılmalıdır (90).

Annelere, bebeklerinin bakımıyla uğraşırken sabırlı ve özverili olmaları gerektiği anlatılmalı ve kendilerine yardımcı olabilecek kişilerden yardım isteyebilmeleri konusunda yol gösterilmelidir. Postpartum Depresyon'dan korunma aşamasında eşlere önemli görevler düşmektedir.

Annenin bebeğiyle birlikte yaşamaya başladığı bu hassas süreçte gerçekten kadına yardımcı olacak kişi eşidir. Bebeğiyle ve eşiyle ilgilenen babalar, annenin bu sıkıntılı sürecinde yanında olarak, destekleyerek, depresyonu daha rahat ve çabuk atlatmasına da yardımcı olabilir (90).

Tedavide ilk olarak riski yüksek bulunan anneler belirlenip takip edilmeli, doğumsonu iki haftadan fazla devam eden emosyonel şikayetler postpartum depresyonu akla getirmeli ve daha titiz sorgulama yapıp, takip edilmelidir. Tedaviye dirençli duruma gelen hastalar, erken tanı konulamayıp, belirtilerin kronikleşmesinden meydana gelebilir (87).

Hastaların kendilerine ve bebeklerine zarar verme potansiyelleri sorgulanmalı ve gerekli durumlarda acilen hastaneye yatırılmalı, tedavi altına alınmalıdırlar (6).

Kendine zarar verme veya öldürme düşüncesi ya da majör işlev bozuklukları (sosyal çekilme, yetersiz hijyen, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) görülmezsizin depresif belirtiler gösteren kadınlar dikkatlice izlenmelidir (88, 89) .

Duygu durum değişikliklerine yol açabilen her türlü tıbbi durumda hastadan birtakım tetkikler istenmelidir. Hipertiroidizm veya hipotiroidizm görülen hastalarda tiroit hormonu bozukluklarının tedavisine ek olarak depresyon tedavisi de yapılması gerekmektedir (41).

Postpartum Depresyon tedavisine karar vermeden önce; kadınlardan alınacak detaylı anamnez (öykü), fiziki değerlendirme ve laboratuvar incelemeleri, Sheehan sendromu (postpartum hipopituiterizm), hipotiroidizm gibi organik hastalıkların ekarte edilmesi ilk olarak yapılması gerekenlerdendir. Daha sonra önemli olan; belirtilerin erken teşhis edilmesi ve zaman kaybetmeden tedaviye başlanmasıdır.

Hastalığın erken döneminde tanı konulamaz, etkin bir tedavi planlanmaz ve uygulanmazsa belirtilerin kronikleştiği ve hastaların tedaviye dirençli hale geldiği bilinmektedir (91,15).

Tanı konulması ile tedavisi gereken bir bozukluk olan Postpartum Depresyon; farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak tedavi edilebilmektedir. Postpartum Depresyon'un şiddetine göre farmakolojik tedaviler (hormon tedavisi, antidepresan ve antipsikotik ilaçlar), psikoterapiler (bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, kişilerarası terapi, evlilik ve aile terapileri), psiko-sosyal bakım ve elektrokonvülsif (EKT) tedaviden yararlanılabilir (92-94). Postpartum depresyonun tedavi aşamasında başarıyla uygulanmakta olan EKT, emziren annelerde bebek ile ilgili risk teşkil etmediğinden önemli bir seçenek olmaktadır (72).

2.2.4. Postpartum Anksiyete Bozuklukları

Gebelik ve postpartum dönem, psikiyatrik hastalıkların sıklıkla ortaya çıktığı ya da alevlendiği, anksiyete bozukluklarının sıklıkla görülebildiği önemli bir dönemdir. Literatür incelendiğinde, postpartum döneme ait çalışmaların genellikle depresyonu ele aldığı görülmektedir. Son dönemlerde birçok duygu durum bozuklukları da araştırılmaya dahil edilmektedir (95).

Kadınların unipolar depresyona yatkınlıkları erkeklere oranla daha fazladır. Doğum sonrası dönemde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Posttravmatik Stres Bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının da oluştuğunu, şiddetlendiğini ya da düzelebildiğini gösteren birtakım araştırmalar mevcuttur. Ayrıca Matthey ve arkadaşları postpartum dönemde anksiyete belirtilerinin çoğunlukla gözden kaçtığını vurgulamışlardır (95).

Yine bu konuyla ilgili yapılan bir literatür taramasında prepartum ve postpartum anksiyete ile ilgili 19 çalışma bulunmuş ve annenin mental sağlığı açısından peripartum dönemde yaşanan anksiyetenin bebeğin gelişimine ve anne ile çocuk arasındaki duygusal bağ üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (96).

2.2.4.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), zamanla belirtilerinde şiddetlenmeler gösteren, ömür boyu süren , tedaviye dirençli olabilen ve hastada fonksiyon kayıplarına neden olabilen bir bozukluktur. Vakaların yaklaşık olarak % 10'unda gerileme gözlemlenebilir (97).

Obsesif durumlar tekrarlayıcı, zihinde istenmeden canlanan ve hastada anksiyeteye neden olan çeşitli düşünce, duygu, imge veya impulslardır (98, 99). Kompulsiyonlar ise, bir amaca hizmet edercesine, hastanın yapmakta zorunluluk hissettiği mental veya motor, tekrarlayıcı davranışlarıdır(99,100).

Obsesif Kompulsif Bozukluk kronik seyirli, seyrek rastlanan, kötü seyirli bir duygudurum bozukluğu olarak düşünülürken, yapılan son çalışmalarda prevalansın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sayede Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilgili çalışmalar artırılmış ve etiyolojisi, tedavisi, diğer duygudurum bozukluklarıyla arasındaki ilişkiler incelenmeye başlanmıştır (97).

Retrospektif olarak yapılan çalışmalarda gebe olmayan OKB'lu vakaların büyük çoğunluğunda hastalığın postpartum dönemde başladığı ya da postpartum dönemde şiddetlendiği bildirilmiştir (101). OKB, ilk doğumdan sonra başlama oranı daha yüksektir(102). Postpartum OKB'nun etiyolojisi tam olarak bilinmemekte olup, günümüzde büyük ölçüde biyolojik etiyoloji üzerine odaklanılmıştır (103).

OKB etiyojijisinde iyi bilinen serotonin hipotezine benzer şekilde postpartum başlayan obsesyon ve kompulsiyonlarda da serotonin disregölasyonuna vurgu yapan çalışmalar dikkati çekmektedir. OKB hastalarında doğumun tetikleyici etken olarak etiyojideki yerini araştıran çalışmalar mevcuttur (104).

Gebelikte görölen OKB’da bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha sık görölürken, postpartum dönemde gelişen OKB’da ise bebeğine zarar gelebileceği obsesyonları ve fobik kaçınuma görölebilmektedir(104). Ancak Uğuz ve arkadaşları (66) postpartum dönemde görölen OKB vakalarında bulaşma obsesyonlarının daha yoğunlukta olduğunu saptamışlardır.(105).

Postpartum dönemde görölen OKB’nin başlangıcı hızlıdır ve bebeğe verilebilecek zarar obsesyonları, annede aşırı sıkıntı hissi oluşturur ve bebeğiyle iletişimi azalır (104)

2.2.4.2. Panik Bozukluk

DSM IV panik atağı; hava açlığı, çarpıntı, üşüme duyguları, titreme, terleme, vb minimum dört somatik veya kognitif belirtinin göröldüğu aşırı korku veya rahatsızlık dönemi olarak tanımlanmıştır. Panik bozuklukta ataklar bir günde birden fazla görölebilmekle birlikte, bir senede sadece birkaç atak şeklinde de görölebilmektedir. Kendiliğinden ve zamanı belli olmayan atakların oluşumu ile kendini gösterir (106).

Panik bozukluk prevalansı yüksek bir rahatsızlıktır. Amerika’nın kuzeyinde ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda prevalans % 1,5-2 bulunmakla birlikte, diğer panik atak çeşitleri ve semptomları sınırlı panik bozukluklar, panik bozukluk eşlik etmeden agorafobi de ele alınınca oran %3-5 e yükselmektedir(107).

ABD’de yapılan Alan Tarama Çalışmasında (ECA-Epidemiologic Catchment area) bir aylık yaygınlık %0,8 bulunmuş olup, yaşam boyu yaygınlık ise %1,6 bulunmuştur (Horwarth 2000).

Türkiye’de panik bozukluk ile ilgili yapılan Ruh Sağlığı Profili araştırmalarına göre son bir yıldaki panik bozukluk yaygınlığı %0,4 olarak belirlenmiştir. Araştırmada agorafobi durumu tartışmalı olmasına rağmen yaşam boyu yaygınlık oranları %2,5-6,5 olarak bulunmuş ve panik bozukluğu olmadan agorafobi’ye rastlanılmadığı bildirilmiştir (107).

Panik bozukluk erkeklere oranla kadınlarda 2-3 kat daha fazladır. Kadınlarda yaygınlık oranı (ABD’de yapılmış olan ECA ‘da) %0,7, erkeklerde %0,3 bulmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise kadınlarda son 12 ayda yaygınlık %0,5, erkeklerde ise %0,3 olarak belirlenmiştir. Panik bozuklukta risk faktörü olarak ayırım yapılmamış, bütün sosyodemografik gruplar risk altında gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda ayrılıkların, yaşanan kayıpların, eşlerin boşanmalarının panik bozukluğa neden olabileceği bildirilmiştir. Panik bozukluğun yaklaşık 25 ‘li yaşlarda başladığı söylene de, 15-34, 45-54 yaş aralığında bi-modal bir dağılım sergilediği de söylenilebilir (107).

Değişik prosedürlerle ve farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda PB sıklığı perinatal dönemde %1,4 ve %2 arasında rapor edilmiştir. DSM IV, yaşam boyunca yaygınlığı % 1,5-3,5 arasında ve bir yıllık prevalansı geç adölesandan 30 yaş ortalarına kadar %1-2 arasında bildirmiştir(95).

Panik bozukluğun belirtilerinin postpartum dönemde arttığı birçok kez bildirilmiştir. Lohusalık döneminde postpartum bozukluğun başladığını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Sholomskas ve ark’nın yapmış olduğu çalışmada, 64 kadından %10,9’unun postpartum dönemde panik bozukluk tanısı aldığını bildirilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda lohusalıkta panik bozukluk prevalansının tesadüfi olmadığı söylenebilir(95).

Yapılan retrospektif çalışmalarda, önceden panik bozukluğu olan kadınlarda doğum sonrası dönemde belirtilerde artış olduğu gözlemlenmiştir. Hamile kalmadan önce var olan panik bozukluğun postpartum dönemde alevlenmesi ve atakların artması %31 ile %63 oranları arasında değişim göstermektedir. Hamilelik süresince hiçbir hastalık belirtisi göstermediği halde, doğum sonrası dönemde panik bozukluk bulgularında artış ve şiddetlenme de gözlemlenmiştir(95).

Cohen ve arkadaşları gebelikte yaptıkları çalışmada 3. Trimesterde panik bozukluğa yönelik ilaç tedavisi başlanan kadınların, doğum sonrası dönemde postpartum dönemde şikayetlerinde gözle görülür şekilde azalma gözlemlediklerini bildirmişlerdir (95).

Panik belirtiler perinatal dönemde, o dönemin bariz belirtileri ile karıştırılabilir. Örneğin, anneler hamilelik esnasındaki panik ataklarını fetüsle ilgili yolunda gitmeyen bazı şeylerin habercisi şeklinde algılayıp karıştırabilirler (95).

Postnatal panik bozukluk olan altı kadını içeren bir çalışmada, kadınlar çocuklarını başka grup ve aktivitelere götürmek için evlerinden ayrılmadıklarını bildirmişler ve sonuç olarak çocuklarını izole etmişlerdir. Perinatal PB'nun ön belirtileri veya risk faktörleri ile ilgili literatürde herhangi bir rapor olmamakla beraber retrospektif çalışmalarda panik semptomlarla laktasyon/sütten ayırma arasında ilişki olduğuna yönelik kanıtlar bulunmuştur; 43 emziren kadını içeren retrospektif bir raporda 12 kadında panik bozukluğun bebeğin süttten kesilmesi ile alevlendiği bildirilmiştir (95). Bununla birlikte 22 kadın içeren ikinci bir çalışmada bir katılımcı panik ataklarının bebeği süttten kesme sırasında başladığını söylemiştir.

Postpartum panik bozukluğu inceleyen başka bir çalışmada da, incelenen 33 kadından bebeğini emzirmeyen 16 kadından dokuz tanesinde postpartum dönemde panik atak gelişmiş olup, altı tanesinin atakları süttten kestikleri döneme denk gelmiştir. Bebeğini emziren 17 kadından sadece ikisinde panik atak gözlenmiştir. Emzirmenin panik atakları azaltıp azaltmadığına karar verebilmek için kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (95).

2.2.4.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Depresyon, ruhsal açıdan görülen travmalardan sonra sıkça rastlanan bozukluklardan biridir. Depresyona halsizlik, her türlü isteksiz ve zevk alamama hali, sürekli uyku hali, moral-motivasyon bozukluğu, iştahsızlık belirtileri eşlik eder. Geçmişinde depresyon yaşayan kişide tekrar depresyon görülme riski artmakla birlikte, yaşanan psikolojik travmanın ardından da ortaya çıkabilir.

Post travmatik stres bozukluğu tablosunda belirtiler şunlardır: Uykusuzluk (uykuya geçince de sürekli kabus görme), en ufak uyarıcının etkisiyle irkilme, travma yaşatan olayın sürekli tekrar edeceği korkusu ve bu olayın hafızadan silinememesi, kolay öfkelenme, geleceğe yönelik plan yapmada yetersizlik, kimsenin kendisini anlamadığını düşünerek insanlardan uzaklaşma, yalnızlaşma, travma yaratan olayı hatırlatabilecek durumlardan veya yerlerden kaçma isteği, genel bir huzursuzluk hali mevcuttur(110).

Sayıdığımız bu belirtiler birçok hastada travmadan hemen sonra ortaya çıkar ve çoğunlukla kısa sürede müdahale olmadan düzelme görülür.

Fakat belirtilerin çok uzun süre devam ettiği vakalar da bildirilmiştir. Örneğin II. dünya savaşı döneminden kalan ve hala bu hastalığın izlerini taşıyan gazilerimiz vardır. Yaşanan travmanın etkisiyle, olay bittikten aylarca sonra bile belirtiler başlayabilir (110).

Doğumdan sonra Post Travmatik Stres Bozukluğu ilk kez 1978 yılında Bydlowski ve arkadaşları (108) tarafından tarif edilmiş olup doğum sırasındaki zorluklar, acı, kontrol kaybı ve ölüm korkusu bu durumdan sorumlu tutulmuştur. Post travmatik stres bozukluğu, travmatik bir yaşantı sonucu meydana gelir (109).

DSM-IV doğum eylemini ilave stresör şeklinde tarif etmemiştir. Ancak doğum eyleminin bazı kadınlarda travmaya neden olup, Post travmatik stres bozukluğu'na neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Aşırı ağrı, invaziv medikal girişimler, obstetrik ve jinekolojik problemler ve travmatik doğum potansiyel stresörlerdir (109).

2.2.4.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) bulunan kişilerde “sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumu” bulunmaktadır. Endişeli ruh hali, bireyin yaşantısını istenmedik yönde etkiler ve gün içerisindeki faaliyetlerini devam ettirmesine mani olur. Yaygın anksiyete bozukluğu bulunan kişiler, her olayda olabilecek en kötü senaryoyu akla getirirler, tüm olaylar kontrollerinin dışında gelişir, olayların iyi tarafını görme veya durumdan vazgeçme imkansızdır(110).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda çok fazla endişe ve kaygı hali mevcuttur ve çoğunlukla para, sağlık, iş veya aile gibi konularla alakalıdır. Kontrol altında tutulamaz özellikteki endişeli durum, minimum altı ay kesintisiz devam eder (110).

Streslerin, Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun oluşumunda önemi büyüktür. Yaygın Anksiyete Bozukluğu çocukluk çağı ve genç erişkinlik dönemi arasında ve sinsi bir gelişimgösterir. Hastalık zaman zaman iyileşme, zaman zaman da alevlenmeler gösterir. Strese maruz kalındığında belirtiler genellikle kötüleşir(110).

Hastalığın meydana gelmesinde “kalıtsal etkenler, beyin nörokimyasındaki değişiklikler, kişilik özellikleri ve stres verici yaşam olayları” etkili olmaktadır.

Hastalar, birçok hastalıkta ortak olabilecek kas ve iskelet sistemi ağrıları, baş ağrısı, yorgunluk, gerginlik gibi fizyolojik belirtiler sebebiyle genellikle psikiyatri branşı dışındaki başka hekimlere muayene olurlar. Bu nedenle erken tanı koyma işlemi gecikebilir, dolayısıyla da tedavi süreci uzayabilir(110).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun yaşam boyu görülme sıklığı %5-6 dır. Yaş ilerledikçe kaygı durumunun artması nedeniyle yaşlılıkta en sık rastlanan bozukluktur(110).

Yapılan bir çalışmada Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun gebelik üçüncü trimesterindeki prevalansı %8,5 olarak bulunmuştur (111).

Postpartum dönemde YAB ve anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğu prevalansını araştıran birkaç çalışma değişik oranlar (%4,4-8,2) bulmuştur (9, 68).

DSM-IV yıllık prevalansı %3 ve ömür boyu prevalansı %5 olarak rapor etmekte olup bu durum Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve anksiyete ile beraber giden uyum bozukluğunun genel popülasyona göre postpartum kadınlarda daha yaygın olduğunu telkin etmektedir (24).

Perinatal dönemde, sağlıklı kadınlarda fetüsün sağlığıyla ilgili endişelerin olması ve ağırlı doğum düşüncesi nedeni ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nu diğer anksiyetelerden ayırt edebilmek de güç olabilir (113).

Genel dağılıma bakıldığında Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nu normal endişe halinden ayırt etmede üç karakteristik özellik önem arz etmektedir. Yaygın anksiyete Bozukluğunda endişe işlevsel durumu etkileyecek derecede fazladır, hastanın hayatına yayılım söz konusudur, başlamasına neden olabilecek herhangi bir durum söz konusu olmasa bile görülebilir(24). Benzer karakteristik belirtiler perinatal Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nu normal anksiyete halinden ayırt etmeye de yardım edebilir.

Perinatal dönemde diğer zamanlara kıyasla daha çok endişe hisseden ya da endişesi yok edilemeyen, aşırı ve kontrol edilemeyen endişe hali altı ayı geçen anne adayları daha detaylı incelenmelidirler(113).

2.2.4.5. Diğer Değişik Kaygılar

Gebelik sürecinde doğuma dair bilgi edinemeyen anne adayları, travmatik olan doğum eylemi karşısında yüksek oranda kaygı yaşarlar ve bu yeni durumla baş edemeyebilirler. Yapılan çalışmalarda birinci gebeliklerinde yüksek düzeyde kaygı yaşayan gebelerin doğumda çeşitli zorlukları daha çok yaşadıkları saptanmıştır (114).

Gebelik süreci ve akabinde doğum eylemi sonucu vücutta değişiklik olabileceği sıkıntısı yaygındır. Kadınlarda kilo artışı, strialar ve skarlar şikâyet nedenleridir. Eşlerinin karşısında soyunmaktan ve kalabalık yerlerde bulunmaktan kaçınırlar. Yeni Zelanda ve İngiltere’de 200’den fazla gönüllü ile yapılan prospektif çalışmada dismorfofobi %14 oranında saptanmıştır (105). Gebeliğin istenen veya istenmeyen gebelik olma durumu da kaygı ve anksiyete durumunu etkileyen etmenlerdendir.

Kıskançlık da gebelik ve doğumu takip eden başka bir durumdur. Eşe karşı duyulan sadakatle ilgili endişe verici kaygı durumları, gebeliğe bağlı değişiklikler ve seksüel hayatta meydana gelen değişimler ile ilgili anlaşılır bir reaksiyondur. Brockington’un çalışmasında kadınların %5’inde postpartum morbid kıskançlık gözlenmiştir (105).

Annelerde beşikte ölüm korkusu hastalık seviyesine ulaşabilir (115). Tekrarlayan düşük öyküsü veya infertilite de öncül faktörler olabilir. Yaygın olarak gece uyanıklığı gözlemlenir. Anne, bebeğinin solunumunu sürekli dinler ve defalarca kontrol ederek uyanık yatar. Yaşadığı bu korku hali aylarca devam edebilir. Yorgunluk ve uyku bozukluğuna yol açabilir ve kolay tedavi edilemez (105).

2.2.5. Postpartum Bipolar Bozukluk

Ağır psikiyatrik bozukluklardan bir diğeri de bipolar bozukluktur ve ergenlik döneminde veya erken yetişkinlik sürecinde ortaya çıkar, ataklarla seyir gösterir(116).

Gebelerde görülen bipolar bozuklukların tedavisi gittikçe daha da karışık bir hal almaktadır. Bazı düşüncelere göre gebelik bipolar bozukluk için koruyucu bir durum olarak görülse de, hastalığının bu süreçte düzeldiğine dair kesin bir bilgi bulunmamaktadır(117). En azından gebelik, bipolar bozukluklu her kadında koruyucu değildir (118). Ancak asıl önemli olan planlanmamış gebelik olgularında hastalığın tedavisinin oldukça güç olduğudur (119).

Gebelik esnasında şayet manik durum tedavi edilmez ise, riskli birtakım impulsif davranışlar fetusu ve annenin kendisini tehlikeye sokabilir(120). Postpartum dönemde hastalığın tekrar etme riski de artmaktadır. Hastalığın yeniden oluşmasını engellemek ya da bu riski en aza indirmek için, postpartum dönemde ilaç tedavisi doktor kontrolü altında uygulanabilir. Ancak gebeliğin ilk trimesterinde fetüs gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabileceği için, ilaç tedavisi yüksek riskli kabul edilmektedir(121).

Öyküsünde bipolar bozukluk olan annelerde bu hastalığın tekrarlama riski postpartum dönem boyunca yüksektir. Bu artan yüksek riskin nedeni tam olarak tanımlanamasa da, östrojen, progesteron ve tiroid hormon seviyelerindeki ani değişim neden olarak gösterilmektedir(95).

Buna ek olarak düzensiz veya azalmış uyku durumu, annenin annelik pozisyonuna alışmaya çalışmasından kaynaklanan artmış stres hali ve eşlik eden diğer stres yaratan durumların tabloya eklenmesiyle postpartum dönemde bipolar bozukluk görülme oranı artmaktadır. Bu nedenle bipolar bozuklukta annenin postpartum dönemde izlemi dikkatli yapılmalı, uyku düzensizlikleri ortadan kaldırılmalı ve sosyal açıdan desteklenmesi tedavi aşamasında etkili olabilmektedir (95).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı; doğum sonrası dönemde lohusaların postpartum depresyon prevalansını hesaplayarak kadın sağlığı açısından önemli bir dönem olan postpartum döneme ve bu dönemde görülen postpartum depresyona dikkat çekmekle birlikte, Halk Sağlığı Müdürlükleri'nin birincil görevleri arasında bulunan halkın sağlığını koruma ve geliştirme çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

3.2.Araştırmanın Önemi:

Postpartum dönem, doğumdan itibaren dört hafta içinde başlayıp, doğum sonu bir yıla kadar uzayabilen, kadının, –dolayısıyla da aile ve toplumun- psikolojik, sosyal ve fiziksel durumunu önemli ölçüde tehdit eden, takip ve tedavisinin hassasiyetle yapılması gereken önemli bir dönemdir. Halk Sağlığı Kurumunun başlıca görevlerinden biri de toplum sağlığını korumaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunarken, kadın sağlığı için önemli olan postpartum döneme dikkat çekerek, toplum sağlığını korumak ve sağlığı geliştirme çalışmalarına katkıda bulunmayı amaçladığımız için çalışmamız önemlidir.

3.3.Sınırlılıklar:

Bu araştırma Samsun ili, Atakum ilçesinde bulunan Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bulunan, şehir merkezinde ikamet eden, anket doldurmayı kabul eden, lohusalık döneminin dördüncü haftasında bulunan lohusalarla sınırlıdır.

3.4.Araştırmanın Modeli:

Bu çalışma 01.01.2014-28.02.2015 tarihleri arasında, doğum sonrası dördüncü haftasında olan lohusalarda Postpartum Depresyon görülme sıklığını araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma olarak yapılmıştır.

3.5.Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Bu çalışmaya Okan Üniversitesi'nden alınan, etik kurulu raporuna ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan alınan 19.09.2013 tarih ve 15219 sayılı izne istinaden başlanmış olup, 01.01.2014-28.02.2015 tarihleri arasında Samsun Mimar Sinan Aile Sağlığı

Merkezi'ne kayıtlı olan, kent merkezinde ikamet eden, doğum yapmış ve bebeği dört haftalık olan, anket yapmayı kabul etmiş 347 lohusa çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları:

347 lohusaya doğumdan sonraki dördüncü haftada, (bebeklerini Hepatit B aşısına getirdikleri zaman) Sosyodemografik anket formu ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Sosyodemografik Anket Formu 30 sorudan oluşmuş olup, çalışmanın amacına uygun olarak yapılan diğer çalışmalar ve literatür bilgileri incelenerek, araştırmaya alınan kişilerin sosyodemografik özelliklerini, gebelik ve bebekle ilgili özellikleri tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır (EK-1).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği 10 sorudan oluşmuş bir ölçektir. 1987'de Cox ve arkadaşları (123) tarafından geliştirilen Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği, postpartum dönemdeki kadınların depresyon riskini saptamak için hazırlanmış bir tarama ölçeğidir. (EK-B) Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), depresyon tanısı koymayı amaçlayan bir ölçek değildir. EPDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi kendini bildirim ölçeğidir. Cevap kısmında dört seçenek bulunmakta ve verilen cevaba göre 0–3 arasında puanlama yapılabilmektedir. Uygulanan ölçek sonucunda en az 0 puan ve en yüksek 30 puan alınabilmektedir. 1., 2. ve 4. soruların puanlaması 0, 1, 2, 3 şeklindeyken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. Soruların puanlaması 3, 2, 1, 0 şeklinde olmaktadır. Ölçek 1996 yılında Engindeniz(124) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Engindeniz yapmış ve ölçeğin iç tutarlılık kat sayısını (Cronbach's alfa) 0.79 bulmuştur. Duyarlılık %84, özgüllük %88 olarak tespit edilmiştir (124).

Sekiz adet anket boş bırakılmış şıkların oluşu, eksik bilgi girişi, çift cevap, sonradan anketi tamamlamama kararı alınması gibi nedenlerle ve üç adet anket ise katılımcının kırsal kesimde ikamet etmesi nedenleriyle iptal edilmiş ve çalışma 347 anketle sonlandırılmıştır.

Çalışmada DSM-IV doğumdan sonra ilk dört hafta içinde başlayan depresyonu postpartum depresyon kabul ettiği için(24), çalışmamız doğumdan sonraki dördüncü haftada yapılmış olup, 12 ve üstü değer alanlar depresyonda kabul edilmiş ve bir üst kuruma sevk edilmişlerdir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi:

Bu çalışmanın analizi için IBM SPSS Statistics 20.0 programı kullanılmıştır. Ölçümde elde edilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, sayımda elde edilen veriler sayı ve yüzdeleri, %95 güven aralığı (GA) olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Veriler normal dağılıma uygun olmadığı için Nonparametric testlerden Mann-Wihitney ve Kruskal-Wallis test istatistiklerini kullanılarak, yapılan çalışmayı en iyi şekilde çözüme kavuşturmak ve istatistiksel olarak en iyi sonuç yakalanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmamızın analizinde K.W=Kruskal Wallis H testi, M.U=Mann Whitney U testi ve t=Independed Samples T test kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi ‘p’ olup; bu değerler $p=0.05$ e göre kıyaslanmış ve sonuçlara göre S:H= Standart Hataları; yüzdeler dilimleri hesaplanmıştır.

Anketimizin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik testleri analizlerinden Cronbach's Alpha testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızda doğum sonrası dördüncü haftada olan 347 lohusa ile çalışılmış ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

1.Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları (Tablo 1).

2.Çalışma grubunun obstetrik özelliklerine ilişkin bulguları (Tablo 2).

3.Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin doğum şekline göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguları (Tablo 3).

4.Çalışma grubunun obstetrik özelliklerinin doğum şekline göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguları (Tablo 4).

5.Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin EPDÖ Puanlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguları (Tablo 5).

6.Çalışma grubunun obstetrik özelliklerinin EPDÖ Puanlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguları (Tablo 6).

Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları (Tablo 4.1.): Bu bölümde çalışmaya katılan 347 annenin sosyodemografik özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %81 inin 26-41 yaş grubunda bulunduğu, %50.5 inin Lisans ve üzeri eğitim aldığı, %35.7 sinin 3000 TL ve üzerinde ücret aldığı, %96 sının resmi nikahlı olduğu, %51.6 sının eşiyle birlikte çalıştığı, %57.1'inin SSK-Bağkur sosyal güvencelerinin olduğu, %84.1 inin evlerinde eş ve çocuklarıyla birlikte çekirdek aile şeklinde yaşadığı, %96.3 ünde eşleriyle aralarında akrabalık ilişkilerinin olmadığı saptanmıştır. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.1.'de verilmiştir:

Tablo 4. 1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellik	n= 347	%	$\bar{x} \pm s.s$
YAŞ			
18-25	58	16,7	2,27+0,760
26-33	146	42,1	
34-41	135	38,9	
42 ve üzeri	8	2,3	
EĞİTİM DURUMU			
Okur yazar	1	0,3	3,36+0,811
İlköğretim	60	17,3	
Lise	111	32,0	
Lisans	164	47,3	
Lisans üstü	11	3,2	
AYLIK GELİR			
0-Asgari	18	5,2	3,82+1,152
Asgari-1000	26	7,5	
1001-2000	80	23,1	
2001-3000	99	28,5	
3001 ve üzeri	124	35,7	
MEDENİ DURUM			
Resmi nikahlı	333	96,0	1,05+0,253
Birlikte yaşıyor	11	3,2	
Boşanmış	3	0,9	
ÇALIŞMA DURUMU (EVDE YAŞAYAN)			
Sadece ben	7	2,0	2,64+0,812
Eşim ve ben	179	51,6	
Sadece eşim	94	27,1	
2 ve üzeri	67	19,3	
SOSYAL GÜVENCE			
Yok	10	2,9	2,42+0,628
SSK-BAGKUR	198	57,1	
Emekli Sandığı	123	35,4	
Özel	16	4,6	
EVDE KİMLERLE YAŞANDIĞI			
Eşimle	24	6,9	2,05+0,530
Eşim ve çocuklarımla	292	84,1	
Eşimin yakınları	25	7,2	
Sizin yakınlarınızla	1	0,3	
Diğer	5	1,4	
AKRABALIK			
Var	13	3,7	1,96+0,190
Yok	334	96,3	

Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguları (Tablo 4.2.):

Çalışmaya katılan 347 anneden %78,1'inin planlı gebelik yaşadığı, %67.4 ünün sezaryenle doğum yaptığı, %51.3 ünün tek çocuk sahibi oldukları, %44.4 ünün birinci gebelikleri olduğu, %54.8 inin 19-25 yaş arasında evlendiği, %43.8 inin toplam bir gebelik yaşadığı, %45.2 sinin 18-35 yaş arasında ilk hamileliklerini yaşadığı, %51.3 ünün yaşayan çocuk sayısının bir olduğu, %17.3 ünün bebek kaybı yaşadığı, %8.4 kişinin gebeliklerinde kronik bir hastalıklarının bulunduğu, %2.6 sının doğuştan sağlık problemi olan çocukları olduğu, %96.8 inin düzenli doktor kontrolüne gittiği, %6.9 kişinin gebelikte psikolojik travma yaşadığı, %5.2' sinin gebelikte sigara, %0.3 ünün de alkol kullandığı, %52.7 kişinin doğumda özel hastaneleri tercih ettiği, %71' inin bebeğini anne sütüyle beslediği saptanmıştır. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.2.'de verilmiştir:

Tablo 4.2. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellik	n= 347	%	$\bar{x} \pm s.s$
GEBELİĞİN PLANLI OLMA DURUMU			
Planlı	271	78,1	1,22+0,414
Plansız	76	21,9	
DOĞUM ŞEKLİ			
Normal	113	32,6	1,67+0,469
Sezaryen	234	67,4	
KAÇINCI GEBELİK			
1	154	44,4	1,82+0,880
2	121	34,9	
3	54	15,6	
4 ve üzeri	18	5,2	
EVLENİLEN YAŞ			
18 ve altı	29	8,4	2,30+0,638
19-25	190	54,8	
26-35	123	35,4	
36 ve üzeri	5	1,4	
TOPLAM GEBELİK SAYISI			
1	152	43,8	1,84+0,901
2	120	34,6	
3	54	15,6	
4 ve üzeri	21	6,1	
İLK HAMİLELİK YAŞI			
18 ve altı	25	7,2	1,96+0,359
19-25	157	45,2	
26-35	157	45,2	
36 ve üzeri	8	2,3	
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI			
1	178	51,3	1,64+0,753
2	123	35,4	
3	40	11,5	
4 ve üzeri	6	1,7	
BEBEK KAYBI			
Evet	60	17,3	1,83+0,379
Hayır	287	82,7	
KRONİK HASTALIK			
Evet	29	8,4	1,96+0,359
Hayır	302	87,0	
Bilmiyorum	16	4,6	
DOĞUŞTAN SAĞLIK SORUNULU ÇOCUK			
Evet	9	2,6	1,97+0,159
Hayır	338	97,4	

DÜZENLİ DOKTOR KONTROLÜ			
Evet	336	96,8	2,03+0,175
Hayır	11	3,2	
GEBELİKTE PİSKOLOJİK TRAVMA			
Evet	24	6,9	1,97+0,325
Hayır	310	89,3	
Farkında değilim	13	3,7	
GEBELİKTE SİGARA			
Evet	18	5,2	1,95+0,222
Hayır	329	94,8	
GEBELİKTE ALKOL			
Evet	1	0,3	2,0+0,054
Hayır	346	99,7	
DOĞUMUN NEREDE YAPILDIĞI			
Evde	1	0,3	3,12+0,967
Devlet Hastanesi	141	40,6	
Fakülte	22	6,3	
Özel Hastane	183	52,7	
BEBEĞİN BESLENME ŞEKLİ			
Sadece anne sütü	249	71,8	1,30+0,50
Anne sütü – Mama	95	27,4	
Sadece mama	1	0,3	
Diğer	2	0,6	

Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları (Tablo 4.3.): Sezaryenle doğum yapanların sayısı (234 kişi), normal yolla doğum yapanlara (113 kişi) kıyasla yaklaşık iki kat fazla bulunmuştur. 42 yaş ve üzerinde olan kadınların %87.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır.

İlköğretim mezunu olan 60 kişiden %51.6'sının normal doğum yaptığı, lise mezunu olan 111 kişiden %56.7'sinin, lisans mezunu olan 164 kişiden %80.4'ünün ve lisans üzeri eğitim görmüş 11 kişiden % 81.8'inin sezaryen ile doğum yaptığı sonucuna ulaşılmış ve eğitim seviyesi arttıkça sezaryen doğum sayısının arttığı gözlemlenmiştir.

Çalışma grubumuzda 0 TL-Asgari ücret arasında aylık geliri olan 18 kadından %55.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Asgari ücret-1000 TL arasında aylık geliri olan 26 kişiden %53.8'i normal doğum yapmıştır. Aylık geliri 1001-2000TL olan 80 kişiden %58.7'i sezaryen ile doğum yapmıştır. 2001-3000TL arasında aylık geliri olan 99 kişiden %68.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. Aylık geliri 3000 TL ve üzerinde olan 124 kişiden %78.2'si sezaryenle doğum yapmıştır. Çalışmamızda aylık gelir oranı arttıkça sezaryen oranının da arttığı gözlemlenmiştir. Bu fark 2001TL ve üzerinde geliri olanlarda bariz şekilde artmıştır.

Sosyal güvencesi olmayanlarda normal doğum ve sezaryen oranları eşit, sosyal güvencesi olanlarda sezaryen oranı yüksek, özel sigortalılarda % 93.7 dir.

Sadece kadının çalıştığı 7 kişilik grubun %71.4'i normal doğum ile doğum yapmıştır. Eşi ile birlikte çalışan 179 kişinin %77.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. Sadece eşi çalışan 94 kadının %53.1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Evde iki kişiden fazla çalışanın olduğu 67 kişinin %64.1'i sezaryenle doğum yapmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda sadece kendisi çalışma hayatında olan kadınların %71.4'ü normal doğumla doğum yapmış, diğer kriterlerde sezaryenle doğumun fazla olduğu saptanmıştır.

Bir yıllık evli olanlarda normal doğum ve sezaryen oranı eşitken, sonraki her beş yıllık dilimde sezaryen oranının normal doğum oranından sırasıyla 1,8 - 2,6 – 2,3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. En fazla normal doğum ve sezaryen oranı 1-5 yıllık evli olanlardadır. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.3.'de verilmiştir:

Tablo 4.3. Çalışma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellik	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
YAŞ					
18-25	34	30,1	24	10,3	P=0,00
26-33	44	38,9	102	43,6	
34-41	34	30,1	101	43,2	P<0,05
42 ve üzeri	1	0,9	7	3,0	
EĞİTİM DURUMU					
Okur yazar	0	0,0	1	0,4	P=0,00
İlköğretim	31	27,4	29	12,4	
Lise	48	42,5	63	26,9	P<0,05
Lisans	32	28,3	132	56,4	
Lisans üstü	2	1,8	9	3,8	
AYLIK GELİR					
0-Asgari	8	7,1	10	4,3	P=0,01
Asgari-1000	14	12,4	12	5,1	
1001-2000	33	29,2	47	20,1	p<0,05
2001-3000	31	27,4	68	29,1	
3001 ve üzeri	27	23,9	97	41,5	
SOSYAL GÜVENCE					
Yok	5	4,4	5	2,1	P=0,00
SSK-BAGKUR	79	69,9	119	50,9	
Emekli Sandığı	28	24,8	95	40,6	p<0,05
Özel Sigorta	1	0,9	15	6,4	
ÇALIŞMA DURUMU (EVDE YAŞAYAN)					
Sadece ben	5	4,4	2	0,9	P=0,011
Eşim ve ben	40	35,4	139	59,4	
Sadece eşim	44	38,9	50	21,4	P<0,05
2 ve üzeri	24	21,2	43	18,4	
EVLİLİK YILI					
0-1	5	4,4	5	2,1	P=0,137
1-5	67	59,3	125	53,4	
5-10	25	22,1	66	28,2	P>0,05
10 ve üzeri	16	14,2	38	16,2	

Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları (Tablo 4.4.): 18 yaş ve altında evlenenlerin doğumlarında normal doğum oranının yüksek, normal doğumun ve sezaryenin en yüksek olduğu grubun da 19-25 yaş aralığında evlenenler olduğu saptanmıştır.

Sadece bir gebelik yaşayanlarda normal doğum oranının diğerlerine göre yüksek olduğu, ancak gebelik sayılarına göre doğum şekilleri incelendiğinde sezaryen doğumun yüzde olarak fazla olduğu gözlemlenmektedir.

İlk hamilelik yaşı 18 yaş ve altında olanların normal doğum yapma oranlarının yüksek olduğu, ilk hamilelik yaşı ilerledikçe sezaryen oranının da arttığı bulunmuştur.

Bebek kaybı yaşayanlarda sezaryen oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan kadınlarda sezaryen oranı yüksek bulunmuş, kronik hastalığı olup olmadığını bilmeyen kadınlarda normal doğum oranı yüksek çıkmıştır.

Devlet hastanelerinde normal doğum oranının fakülte ve özel hastanelere göre yüksek olduğunu, fakülte ve özel hastanelerde de sezaryen oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.4'de verilmiştir:

Tablo 4.4. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellik	Normal Doğum		Sezaryen Doğum		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
GEBELİĞİN PLANLI OLMA DURUMU					
Evet	86	76,1	185	79,1	P= 0,534
Hayır	27	23,9	49	20,9	p>0,05
KAÇINCI GEBELİK					
1	58	51,3	96	41,0	P=0,91
2	35	31,0	86	36,8	
3	14	12,4	40	17,1	p>0,05
4 ve üzeri	6	5,3	12	5,1	
EVLENİLEN YAŞ					
18 ve altı	16	14,2	13	5,6	P=0,00
19-25	69	61,1	121	51,7	
26-35	26	23,0	97	41,5	P<0,05
36 ve üzeri	2	1,8	3	1,3	
TOPLAM GEBELİK SAYISI					
1	59	52,2	93	39,7	P=0,037
2	34	30,1	86	36,8	
3	14	12,4	40	17,1	P<0,05
4 ve üzeri	6	5,3	15	6,4	
İLK HAMİLELİK YAŞI					
18 ve altı	15	13,3	10	4,3	P=0,00
19-25	58	51,3	99	42,3	
26-35	38	33,6	119	50,9	P<0,05
36 ve üzeri	2	1,8	6	2,6	
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI					
1	62	54,9	116	49,6	P=0,347
2	38	33,6	85	36,3	
3	10	8,8	30	12,8	
4 ve üzeri	3	2,7	3	1,3	
BEBEK KAYBI					
Evet	12	10,6	48	20,5	P= 0,023
Hayır	101	89,4	186	79,5	P<0,05
KRONİK HASTALIK					
Evet	6	5,3	23	9,8	P= 0,09
Hayır	97	85,8	205	87,6	P<0,05
Bilmiyorum	10	8,8	6	2,6	
DOĞUŞTAN SAĞLIK SORUNLU ÇOCUK					
Evet	2	1,8	7	3,0	P= 0,503
Hayır	111	98,2	227	97,0	p>0,05
DÜZENLİ DOKTOR KONTROLÜ					
Evet	106	93,8	230	98,3	P= 0,26
Hayır	7	6,2	4	1,7	P>0,05

GEBELİKTE PİSKOLOJİK TRAVMA					
Evet	11	9,7	13	5,6	P= 0,856
Hayır	95	84,1	215	91,9	p>0,05
Farkında değilim	7	6,2	6	2,6	
GEBELİKTE SİGARA					
Evet	8	7,1	10	4,3	P= 0,270
Hayır	105	92,9	224	95,7	p>0,05
GEBELİKTE ALKOL					
Evet	1	0,9	0	0,0	P= 0,150
Hayır	112	99,1	234	100,0	p>0,05
DOĞUMUN NEREDE YAPILDIĞI					
Evde	1	0,3	0	0,0	P=0,00
Devlet Hastanesi	81	71,7	60	25,8	
Fakülte	3	2,7	19	8,3	P<0,05
Özel Hastane	29	25,7	154	65,9	
BEBEĞİN BESLENME ŞEKLİ					
Sadece anne sütü	65	75,2	164	70,1	P=0,326
Anne sütü - Mama	27	23,9	68	29,1	
Sadece mama	0	0,0	1	0,4	p>0,05
Diğer	1	0,9	1	0,4	

Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.5):

Çalışmamızda Postpartum Depresyon görülme oranı %34.6 bulunmuştur.

Gelir seviyesi yükseldikçe, Postpartum Depresyon görülen kişi yüzdesi de azalmıştır. En fazla depresyon 0 TL ile 1000 TL arasında aylık geliri olan kadınlarda çıkmıştır.

Resmi nikahlı toplam kadın sayısının %67.5 inde depresyon görülmemiş, resmi nikahlı olmayıp birlikte yaşayan toplam 11 kadının %81.8'inde depresyon görülmüştür. Boşanmış toplam kadın sayısına bakıldığında %100 ünde depresyon görülmektedir.

Bebeğin bakımında başka birilerinden yardım almayan ve depresyon görülen kadınların oranı %46 iken, yardım alan ve depresyona girenlerin oranı %28 bulunmuştur.

Sosyal güvencesi olmayan lohusaların % 80'inde, SSK- Bağ-Kur 'a sahip olan lohusalardan % 35,3'ünde, Emekli Sandığı güvencesi olan lohusaların %33,3'ünde, Özel Sigorta sahipleri lohusaların % 6,25'inde depresyon görülmüştür. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.5.'te verilmiştir:

Tablo 4.5. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellik	EPDÖ Puanı				İstatistiksel Analiz
	0-11		12-30		
	n=		n=		P
	n	%	n	%	
YAŞ					
18-25	35	15,4	23	19,2	P=0,870
26-33	99	43,6	47	39,2	
34-41	89	39,2	46	38,3	p>0,05
42 ve üzeri	4	1,8	4	3,3	
EĞİTİM DURUMU					
Okur yazar	0	0,0	1	0,8	P=0,058
İlköğretim	29	12,8	31	25,8	
Lise	79	34,8	32	26,7	P<0,05
Lisans	112	49,3	52	43,3	
Lisans üstü	7	3,1	4	3,3	
AYLIK GELİR					
0-Asgari	10	4,4	8	6,7	P=0,00
Asgari-1000	13	5,7	13	10,8	
1001-2000	50	22,0	30	25,0	P<0,05
2001-3000	67	29,5	32	26,7	
3001 ve üzeri	87	38,3	37	30,8	
MEDENİ DURUM					
Resmi nikahlı	225	99,1	108	90,0	P=0,010
Birlikte yaşıyor	2	0,9	9	7,5	
Boşanmış	0	0,0	3	2,5	P<0,05
ÇALIŞMA DURUMU (EVDE YAŞAYAN)					
Sadece ben	2	0,9	5	4,2	P=0,324
Eşim ve ben	128	56,4	51	42,5	
Sadece eşim	52	22,9	42	35,0	P<0,05
2 ve üzeri	45	19,8	22	18,3	
SOSYAL GÜVENCE					
Yok	2	0,9	8	6,7	P=0,00
SSK-BAGKUR	128	56,4	70	58,3	
Emekli Sandığı	82	36,1	41	34,2	P<0,05
Özel	15	6,6	1	0,8	
EVDE KİMLERLE YAŞANDIĞI					
Eşimle	15	6,6	9	7,5	P=0,617
Eşim ve çocuklarımla	194	85,5	98	81,7	
Eşimin yakınları	110	7,0	9	7,5	P<0,05
Sizin yakınlarınızla	1	0,4	0	0,0	
Diğer	1	0,4	4	3,3	
AKRABALIK					
Var	6	2,6	7	5,8	P= 0,137
Yok	221	97,4	113	94,2	
SOSYAL DESTEK					
Evet	157	69,2	55	45,8	P= 0,993
Hayır	70	30,8	65	54,2	
BEBEĞİN BAKIMINA YARDIMCI OLUNMA					
Evet	159	70,0	62	51,7	P= 0,02
Hayır	68	30,0	58	48,3	P<0,05

Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (Tablo 4.6.): Birinci gebeliğini yaşayan kadınlardan %42.9'u, ikinci gebeliğini yaşayan kadınlardan %28.9'u Postpartum Depresyon yaşamış, üçüncü gebeliğini yaşayan kadınlarda %44.4'ü, dört ve üzeri gebelik yaşayan kadınlardan %66.6'sı Postpartum Depresyon yaşamıştır.

Çalışmamızda 18 yaş ve altı evlenen 29 kişiden %65.5'i, 19-25 yaş aralığında evlenen 190 kişiden %33.6'sı, 26-35 yaş arası evlenen 123 kişiden %26'sı, 36 yaş ve üzeri evlenen beş kişiden %100'ü EPDÖ puanlamasında 12 ve üzeri puan almışlardır. Dolayısıyla çalışmamızda 18 yaş ve altı ile 36 yaş ve üzerinde evlenen bayanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur.

Toplam gebelik sayısı bir olan 152 lohusadan %30.9'u , toplam gebelik sayısı iki olan 120 lohusadan %29.1'i, toplam gebelik sayısı üç olan 54 lohusadan %46.2'si, toplam gebelik sayısı dört ve üzeri olan 21 lohusadan 61.9'u EPDÖ puanlamasında 12 ve üzeri puan almıştır. Çalışmamızda toplam gebelik sayısı arttıkça Postpartum Depresyon oranının da arttığı gözlemlenmiştir.

18 yaş ve altı ile 35 yaş ve üstünde ilk hamileliklerini yaşayan bayanlar Postpartum Depresyon açısından daha fazla risk altındadırlar. Çalışmamızda 18 yaş ve altında %72 oranında, 35 yaş ve üzerinde % 62.5 oranında Postpartum Depresyon görülmüştür.

Bebek kaybı yaşayan 60 kadından % 51.6'sı, bebek kaybı yaşamayan 287 kadından %31'i, EPDÖ ile yapılan tanılama işleminde 12 ve üzeri puan almışlardır. Bebek kaybı yaşayanlar yaşamayan annelere göre Postpartum Depresyon bakımından daha fazla risk altındadırlar.

Doğuştan sağlık problemi olan çocuk sahibi olan toplam dokuz anneden altısı (%66.6) , doğuştan sağlık problemi olmayan çocuk sahibi olan toplam 338 anneden 114'ü (%33.7) Postpartum Depresyon yaşamıştır. Doğuştan sağlık problemi olan çocuk sahibi olmak çalışmamızda büyük risk faktörü olarak görülmüştür.

Doğumunda Devlet Hastanesini seçen 141 kadından % 41.1'inde, doğumunda fakülte hastanelerini tercih eden 22 kadından %45.4'ünde, doğumunda özel hastaneleri tercih eden 183 kadından %28.4'ünde Postpartum Depresyon görülmüştür. Çalışmamızda özel hastanelerde doğum oranının yüksek olduğu, doğumunu özel hastanelerde yapan kadınların, devlet hastaneleri ve fakültede doğum yapanlara oranla daha az Postpartum Depresyon yaşadığı saptanmıştır. Bulgular detaylı bir şekilde Tablo 4.6.'da verilmiştir:

Tablo 4.6. Çalışma Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellik	EPDÖ Puanı				İstatistiksel Analiz P
	0-11		12-30		
	n=		n=		
	n	%	n	%	
GEBELİĞİN PLANLI OLMA DURUMU					
Evet	184	81,1	87	72,5	P= 0,067
Hayır	43	18,9	33	27,5	P>0,05
DOĞUM ŞEKLİ					
Normal Doğum	77	33,9	36	30,0	P= 0,661
Sezaryen Doğum	150	66,1	84	70,0	p>0,05
KAÇINCI GEBELİK					
1	105	46,3	49	40,8	P=0,033
2	86	37,9	35	29,2	
3	30	13,2	24	20,0	P<0,05
4 ve üzeri	6	2,6	12	10,0	
EVLENİLEN YAŞ					
18 ve altı	10	4,4	19	15,8	P=0,016
19-25	126	55,5	64	53,3	
26-35	91	40,1	32	26,7	P<0,05
36 ve üzeri	0	0,0	5	4,2	
TOPLAM GEBELİK SAYISI					
1	105	46,3	47	39,2	P=0,015
2	85	37,4	35	29,2	
3	29	12,8	25	20,8	P<0,05
4 ve üzeri	8	3,5	13	10,8	
İLK HAMİLELİK YAŞI					
18 ve altı	7	3,1	18	15,0	P=0,005
19-25	102	44,9	55	45,8	
26-35	115	50,7	42	35,0	P<0,05
36 ve üzeri	3	1,3	5	4,2	
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI					
1	118	52,0	60	50,0	P=0,350
2	85	37,4	38	31,7	
3	21	9,3	19	45,8	P>0,05
4 ve üzeri	3	1,3	3	2,5	
BEBEK KAYBI					
Evet	29	12,8	31	25,8	P= 0,002
Hayır	198	87,2	89	74,2	P<0,05
KRONİK HASTALIK					
Evet	15	6,6	14	11,7	P= 0,609
Hayır	204	89,9	98	81,7	
Bilmiyorum	8	3,5	8	6,7	P>0,05
DOĞUŞTAN SAĞLIK SORUNLU ÇOCUK					
Evet	3	1,3	6	5,0	P= 0,041
Hayır	224	98,7	114	95,0	P<0,05
DÜZENLİ DOKTOR KONTROLÜ					
Evet	221	97,4	195	95,8	P= 0,442
Hayır	6	2,6	5	4,2	P>0,05

GEBELİKTE PİSKOLOJİK TRAVMA					
Evet	9	4,0	15	12,5	P= 0,133
Hayır	212	93,4	98	81,7	P>0,05
Farkında değilim	6	2,6	7	5,8	
GEBELİKTE SİGARA					
Evet	11	4,8	7	5,8	P= 0,694
Hayır	216	95,2	113	94,2	P>0,05
GEBELİKTE ALKOL					
Evet	1	0,4	0	0,0	P= 0,467
Hayır	226	99,6	120	100,0	P>0,05
DOGUMUN NEREDE YAPILDIĞI					
Evde	1	0,4	0	0,0	P=0,018
Devlet Hastanesi	83	36,6	58	48,3	
Fakülte	12	5,3	10	8,3	P<0,05
Özel Hastane	131	57,7	52	43,3	
BEBEĞİN BESLENME ŞEKLİ					
Sadece anne sütü	162	71,4	87	72,5	P=0,769
Anne sütü - Mama	62	27,3	33	27,5	
Sadece mama	1	0,4	0	0,0	P>0,05
Diğer	2	0,9	0	0,0	

4. TARTIŞMA

Bu bölümde bir kadının hayatında önemli bir dönem olan doğum sonrası dönem, sosyodemografik ve obstetrik açıdan araştırılmış, Postpartum Depresyon görülme sıklığı değerlendirilmiş, halk sağlığı açısından önemli bir döneme dikkat çekilmek suretiyle, toplumun sağlığını koruma çalışmalarına katkıda bulunulmaya çalışılmıştır.

Çalışmamızda Samsun ili, Atakum ilçesi Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 347 lohusada Postpartum Depresyon görülme oranı % 34,6 olarak bulunmuştur. Trabzon'da yapılmış başka bir araştırmada Postpartum Depresyon oranı % 28,1 olarak bildirilmiştir(18). Ülkemizde Samsun'da yapılmış başka bir araştırmada %23,1 Manisa'da postpartum depresyon oranı %36,9 İzmir'in Bornova ilçesinde bu oran %29 bulunmuştur(18).

Postpartum depresyonun İsrail'de 280 kişiden oluşan çalışma grubundaki prevalansı %22,6 şeklinde bildirilmiştir. İsveç'teki bir çalışmada, 1584 lohusaya Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği postpartum dönemin 8.haftasında uygulanmış ve ölçek sonucuna göre prevalans %12.5 bulunmuş, postpartum dönemin 12. haftasında uygulanan ölçek sonucuna göre ise prevalans %8.3 bulunmuştur(18). Genel bilgiler kısmında daha önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre Postpartum Depresyon görülme sıklığının %10-15 arasında olduğunu vurgulamıştık. Ancak bizim çalışmamızı ve konuya eşlik eden diğer çalışmaları da dikkate alıp kıyasladığımızda oranın son senelerde yükseldiği görülmektedir. Tabiki bu artış ve farklılık, çalışmanın uygulandığı toplumun kültürel özelliklerine, toplumun yapısına, depresyon tanılama ölçeklerine, ölçeklerin uygulanış şekilleriyle bağlantılı olabilir.

Ülkeler arasında postpartum depresyon prevalans değerleri değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan bir çalışmada İngilizce konuşulan ülkelerdeki prevalans %10 olarak saptanmıştır. Başka bir kültürel toplulukta bu araştırmanın sonucu farklı değerler alabilmektedir. Araştırmalar sosyal açıdan inaktif olan toplumlarda postpartum depresyon prevalansının daha yüksek olduğunu göstermiştir(135).

Literatürde 103 lohusa ile yapılan başka bir çalışmada postpartum depresyon prevalansı %17,5 bulunmuş, lohusaların %13'ünde postpartum dönemin ilk birkaç ayında depresyon gelişebileceği sonucuna varılmıştır(90).

Yapılan çalışmada postpartum depresyon oranı küçük yaş grubunda olan annelerde %26'ya, düşük gelirli ve primiparlarda ise %38.2'ye kadar çıktığı bildirilmiştir. Konuyla ilgili bir diğer çalışmada gebelerde yaklaşık olarak %70 oranında depresif durumlar gözlemlenmiş, depresif durumda olanların %10-16'sının majör depresyon tanısı aldığı saptanmıştır. Standardize edilmiş metotlar kullanılan diğer çalışmalarda orta ve üst şiddette depresyonu olan gebelerin oranı %3.5-9, postpartum kadınların oranı %3.5-16 olarak bulunmuştur(90).

Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Tartışılması:

Çalışmaya katılan 347 kadının yaş özellikleri (p=0.00), eğitim durumu (p=0.00), aylık gelir (p=0.00), sosyal güvence (p=0.00), çalışma durumu (p=0.011) ile doğum yapma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Çalışmamıza katılan 347 kadından %32.5'i normal doğum, %67.4'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Ülkemizde TNSA 2008 verilerine göre sezaryen ile doğum yapma oranı Türkiye ortalaması %37 iken, TNSA 2013 verilerinde %48'e çıkmıştır.

Çalışma grubumuzun yaş özellikleri dikkate alındığında, 18-25 yaş grubunda olan 58 kadından %58.6'sı normal doğum, %41.3'ü sezaryenle doğum yapmıştır. 26-33 yaş grubunda olan 146 kadından %30.1'i normal doğum, %69.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. 34-41 yaş aralığında olan 135 kadından %25.1'i normal doğum, %74.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. 42 yaş ve üzerinde olan 8 kişiden %12.5'i normal doğum yapmış, %87.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Kadınların yaşları arttıkça sezaryenle doğum oranı anlamlı şekilde artış göstermiştir.

Çalışma grubumuzun eğitim durumu dikkate alındığında, okur-yazar olan bir kişinin sezaryen ile doğum yaptığı, ilköğretim mezunu olan 60 kişiden %51.6'sı normal doğum, %48.3'ü sezaryen ile doğum yaptığı, lise mezunu olan 111 kişiden %43.2'sinin normal doğum, %56.7'sinin sezaryen ile doğum yaptığı, lisans mezunu 164 kişiden %19.5'inin normal doğum, %80.4'ünün sezaryen ile doğum yaptığı, lisansüstü eğitim alan 11 kişiden %18.1'inin normal doğum, %81.8'inin sezaryen ile doğum yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında eğitim seviyesi yükseldikçe normal doğum sayısının azaldığını, sezaryen sayısının arttığını söyleyebiliriz.

Çalışma grubumuzun aylık gelir durumuyla doğum şekli kıyaslandığında, 0 TL-Asgari ücret arasında aylık geliri olan 18 kadından %44.4'ü normal doğum yapmış, %55.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Asgari ücret-1000 TL arasında aylık geliri olan 26 kişiden %53.8'i normal doğum, %46.1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Aylık geliri 1001-2000TL olan 80 kişiden %41.2'si normal doğum, %58.7'si sezaryen ile doğum yapmıştır. 2001-3000TL arasında aylık geliri olan 99 kişiden %31.3'ü normal doğum, %68.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. Aylık geliri 3000 TL ve üzerinde olan 124 kişiden %21.7'si normal doğum, %78.2'si sezaryenle doğum yapmıştır. Çalışmamızda aylık gelir oranının artmasıyla sezaryen oranının artmasının paralellik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda sosyal güvence ile doğum şekillerinin karşılaştırılması yapıldığında, istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p=0.00$). Sosyal güvencesi olmayan 10 kişiden %50'si normal doğum yapmış, %50'si sezaryenle doğum yapmıştır. SSK-Bağkur'u olan 198 kişiden %39.8'i normal doğum yapmış, 119 kişiden %60.1'i sezaryenle doğum yapmıştır. Emekli Sandığına mensup olan 123 kişiden %22.7'si normal doğum, %77.2'si sezaryen ile doğum yapmıştır. Özel Sigortası olan 16 kişiden %6.2'si normal doğum, %93.7'si sezaryen ile doğum yapmıştır. Sağlık güvencesi olan kadınların sezaryen ile doğum yapma oranları, normal doğuma göre fazladır.

Çalışmamızda lohusaların çalışıp çalışmama durumları ile doğum yöntemleri kıyaslandığında sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.011$). Sadece kadının çalıştığı 7 kişiden %71.4'ü normal doğum yapmış, %28.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Eşi ile birlikte çalışma hayatında olan 179 kişiden %22.3'ü normal doğum yapmış, %77.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. Sadece eşi çalışan 94 kadından %46.8'i normal doğum yapmış, %53.1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Evde 2 kişiden fazla çalışanın olduğu 67 kişiden normal doğum yapanlar %35.8, sezaryenle doğum yapan sayısı %64.1'dir. Bu bilgiler doğrultusunda sadece kendisi çalışan kadınlar büyük oranda normal doğumu tercih etmiş, diğer kriterlerde sezaryenle doğumun fazla olduğu saptanmıştır.

Sayiner ve arkadaşları, kadınların sezaryenle doğum yapma tercihlerinin yaş, eğitim durumu, gelir durumu, evlenme yaşına paralel olarak arttığını bulmuşlardır(130). Sayiner ve arkadaşları (130) 500 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların sezaryenle doğum oranını %24.4 bulmuşlardır.

Konakçı ve Kılıç (131)'ın yaptığı çalışmada; 1251 canlı doğumun %40.2'sinin sezaryenle sonuçlandığı saptanmıştır. Duman ve arkadaşlarının (156), hastanede çalışan 250 kadın sağlık personeliyle yaptıkları çalışmada, kadınların %53.1'inin sezaryenle doğum yaptığı, bu oranın %16.3'ünde sezaryen doğumun kendi seçimleri olduğu bulunmuştur. Bu çalışma, sezaryenle doğum oranı açısından literatürdeki araştırma sonuçlarına paralellik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelerde sezaryen oranını %15 olarak sınırlamıştır (30).

Tüm ülkelerde sezaryenle doğum oranı son yıllarda artış göstermiştir. Sezaryen oranının yükselmesini; primer sezaryen oranının yüksek olması, kıymetli bebek doğumlarında sezaryenin tercih edilmesi, kadının tercihinin sezaryenden yana olması ve travay takibi yerine planlı sezaryenin hekim tarafından tercih edilmesi gibi birçok faktör etkileyebilir. Bunun tam tersine Hollanda'da sezaryen oranı düşüktür ve bu durumun gebelik öncesi dönemden başlayıp doğum sonrası döneme kadar kadına yönelik aktif eğitim, bakım, izlem ve danışmanlık hizmetlerinin sağlık ekibi tarafından etkin ve yeterli verilmesinden kaynaklandığı söylenebilir(30).

Çalışan kadınların çalışmayan kadınlara oranla daha fazla sezaryenle doğum yaptıkları bulunmuştur. Bu anlamda bizim çalışmamızla Çelikel'in(30) yaptığı çalışma paralellik göstermiştir. Konakçı ve Kılıç'ın(131) yaptığı çalışmada, doğumların yarıya yakınının sezaryenle olduğu ve anne yaşının artması ile sezaryenle doğum oranlarında anlamlı bir artış olduğu belirtilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde anne yaşı arttıkça sezaryenle doğum oranı ve sezaryenle doğum tercihinin anlamlı şekilde artış gösterdiği, aynı zamanda ekonomik düzeyi yüksek olan kadınların sezaryenle doğum oranında anlamlı artış olduğu Yaşar ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir(132).

Çelikel yaptığı çalışmasında yaş, eğitim seviyesi, aylık gelir ve çalışma durumlarının doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı bulmuş, ancak evlilik yılı ve çocuk sayısının doğum şekline göre anlamlı olmadığını bulmuştur (30). Bu açıdan Çelikel'in yaptığı çalışma ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir.

Yaşar ve arkadaşlarının 314 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızın aksine doğum şeklini tercih etmede kadınların eğitim durumunun etkili olmadığı bulunmuştur(132). Doğum şekli ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye literatürlerde farklı şekillerde değinilmiştir. Çalışmaların bazılarında kadınların eğitim durumlarının doğum tercihlerini etkilediği savunulurken, bazılarında da etkilemediği yönünde görüşler mevcuttur(56).

Sezaryenle doğumlardaki artış nedenleri arasında, kadının eğitim seviyesinin yükselmesi ve evlenme yaşının daha geç yaşlarda olması, ileriki yaşlarda gebelik geçirme ve infertilite nedeni ile “Kıymetli bebek” kavramının ortaya çıkması sayılabilir. Sezaryenle doğum; hem anne hem de yenidoğan açısından risk taşımakta, normal doğuma oranla hastaya daha yüksek maliyet getirmektedir(30).

Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Tartışılması:

Çalışmamıza katılan lohusaların bazı obstetrik özellikleri doğum şekilleriyle karşılaştırıldığında; evlendikleri yaş durumu ($p=0.00$), toplam gebelik sayısı ($p=0.037$), ilk hamilelik yaşı ($p=0.00$), önceki gebeliklerinde bebek kaybı yaşamış olması ($p=0.023$), kronik hastalığının bulunması ($p=0.09$), doğumun nerede yapıldığı ($p=0.00$) ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Doğum şekillerinin; gebeliğin planlı olma durumu ($p=0.534$), kaçınıcı gebelik olduğu ($p=0.91$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.347$), doğuştan sağlık problemi olan çocuk varlığı ($p=0.503$),düzenli doktor kontrolüne gitme ($p=0.26$),gebelikte yaşanan psikolojik travma ($p=0.856$), gebelikte sigara kullanımı ($p=0.270$), alkol kullanımı ($p=0.150$), doğumdan sonra bebeğin beslenme şekli ($p=0.326$) ile arasında istatistiksel olarak anlamlılık gözlemlenmemiştir ($p>0.05$).

Tüm dünyada yaygın olarak gözlemlendiği üzere ülkemizde de sezaryen ile doğum oranında hızlı bir artış bulunmaktadır. Altı aylık bir zaman diliminde Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde incelenen doğum oranlarında, normal doğum oranı %57 iken, sezaryen ile doğum oranı %43 bulunmuştur(157). Bizim çalışmamızda normal doğum oranı %32.6, sezaryen doğum oranı %67.4 olarak bulunmuştur.

İleri evlilik yaşı, geç evlilikler neticesinde gebe kalma yaşının ileri olması, vajinal doğuma karşı hissedilen korku, vajinal doğumla organların veya vücudun deforme olabileceği düşüncesi, geç kavuşulmuş kıymetli bebek gibi çoğaltılabilecek nedenlerden dolayı sezaryen ile doğuma olan talepler artabilmektedir.

Çalışmamızda evlenen yaş kriteriyle doğum şekli arasında yapılan kıyaslamada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($p=0.00$). Çalışmamızda 18 yaş ve altında evliliğini gerçekleştiren 29 kişiden %55.1'i normal doğum yapmış, %44.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. 19-25 yaş aralığında evlenen 190 kişiden %36.3'ü normal doğum yapmış, %63.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. 26-35 yaş aralığında olan 123 kişiden %21.1'i normal doğum, %78.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. 36 ve üzeri yaşlarda evlenen 5 kişiden %40'ı normal doğum ile, %60'ı sezaryen ile doğum yapmıştır. Buna göre 18 yaş ve altında evlenenlerin doğumlarında normal doğum oranının yüksek olduğu ancak yaş ilerledikçe sezaryen oranının artış gösterdiği gözlemlenmektedir.

Toplam gebelik sayılarıyla doğum şekilleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.037$). Çalışmamızda toplam bir gebelik yaşayan 152 kadından %38.8'i normal doğum, %61.1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Toplam iki gebelik yaşayan 120 kadından %28.3'ü normal doğum, %71.6'sı sezaryen ile doğum yapmıştır. Toplam üç gebelik yaşayan 54 kadından %25.9'u normal doğum, %74'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan 21 kadından %28.5'i normal doğum, %71.4'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Çalışmamızda normal doğum yapanları kendi içinde değerlendirdiğimizde bir gebelik yaşayanlarda normal doğum oranının diğerlerine göre yüksek olduğu, ancak gebelik sayılarına göre doğum şekilleri incelendiğinde sezaryen doğumun yüzde olarak fazla olduğu gözlemlenmektedir.

İlk hamilelik yaşı kriteri doğum şekline göre kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.00$). 18 yaş ve altında ilk hamileliği gerçekleştiren 25 kadından %60'ı normal doğum, %40'ı sezaryen ile doğum yapmıştır. İlk hamileliğini 19-25 yaş aralığında yapmış 157 kadından %36.9'u normal doğum, %63'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. İlk hamileliğini 26-35 yaş arasında gerçekleştiren 157 kadından %24.2'si normal doğum ile, %75.7'i sezaryen ile doğum yapmıştır. İlk hamileliğini 36 yaş ve üzerinde gerçekleştiren sekiz kişiden %25'i normal doğum, %75'i sezaryen ile doğum yapmıştır. İlk hamilelik yaşı 18 yaş ve altında olanların normal doğum yapma oranlarının yüksek olduğu, ilk hamilelik yaşı ilerledikçe sezaryen oranının da arttığı bulunmuştur.

Bebek kaybı yaşama durumu ile doğum şekli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.023$). Bebek kaybı yaşayan 60 kişiden %20'si normal doğum yapmış, %80'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Bebek kaybı yaşamayan 287 kişiden %35.1'i normal doğum yapmış, %64.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Çalışmamızda bebek kaybı yaşayanlarda sezaryen oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalık varlığı ile doğum şekli ilişkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.09$). Kronik hastalığı olan 29 kişiden %20.6'sı normal doğum, %79.3'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Kronik hastalığı bulunmayan 302 kişiden %32.1'i normal doğum, %67.8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Kronik hastalık varlığını bilmeyen 16 kişiden %62.5'i normal doğum, %37.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan kadınlarda sezaryen oranı yüksek olmasına karşın, kronik hastalığı olup olmadığını bilmeyen kadınlarda normal doğum oranı yüksek çıkmıştır. Yapılan bir araştırmada (157), çalışmaya dahil edilen lohusaların kronik hastalıklarıyla doğum şekilleri kıyaslanmış ve hipertansiyonu bulunan kadınların sezaryeni tercih ettikleri (%2,6), bunun da vajinal doğum oranından (%1,5) daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışma da bizim sonucumuzu destekler tarzdadır.

Doğumun nerede yapıldığı kriteri ile doğum şekli kıyaslandığında yapılan istatistiksel değerlendirmede sonuç anlamlı bulunmuştur ($p=0.00$). Çalışmamızda bir kişinin evde doğum yaptığı, devlet hastanesinde doğum yapan 141 kadının %57.4'ü normal doğum, %42.5'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğumunu fakültede yapan 22 kadından %13.6'sı normal doğum, %86.3'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğumunu özel hastanede yapan 183 kadından %15.8'i normal doğum, %84.1'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Normal doğum oranlarına bakıldığında devlet hastanelerinde normal doğum oranının fakülte ve özel hastanelere göre yüksek olduğunu, aynı zamanda sezaryen oranının da fakülte ve özel hastanelerde yüksek olduğu bulunmuştur.

Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğine Göre Tartışılması: Çalışmamıza katılan 347 kadının %34.6'sında Postpartum Depresyon görülmüş, %65.4'ünde Postpartum Depresyon görülmemiştir. Kadınların yaş ($p=0.870$), eğitim durumu ($p=0.058$), evde yaşayanların çalışma durumu ($p=0.324$), evde kimlerle yaşandığı durumu ($p=0.617$), akrabalık durumu ($p=0.137$) ve sosyal destek ($p=0.993$) ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Buna karşın aylık gelir ($p=0.00$), medeni durum($p=0.010$), sosyal güvence ($p=0.00$), bebeğin bakımında yardımcı bulunma durumu ($p=0.02$) ile EPDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Aderibigbe ve arkadaşları postpartum altıncı haftada olan 277 Nijeryalı annede yaptıkları postpartum depresyon çalışmasında yaş ile Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği skorları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuşlardır (136). Verkerk ve arkadaşları da Hollanda'da yaptıkları çalışmada annelerin yaşları ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (137). Georgiopoulos ve arkadaşları, küçük anne yaşının postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (138). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında da küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir (138). Georgiopoulos ve arkadaşları, küçük anne yaşının postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında da küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir (138).

Annenin eğitim durumunun Postpartum Depresyon'da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ile ilgili, Özdemir(138), Verkerk ve arkadaşları (137)'nin yaptığı çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik gösterirken, diğer taraftan Dünder, postpartum depresyonla ilgili yapmış olduğu çalışmasında, depresyonun eğitim düzeyi ile arasında istatistiksel bir ilişki olduğunu, artan eğitim seviyesi ile postpartum depresyon puanının azaldığını saptamıştır(139). Türkiye'de 2001 yılında Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde bulunan beş il genelinde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, 2514 kadına yapılan eğitimle kadınlardaki depresyon oranında bariz azalma izlenmiştir. Bu çalışmadan çıkan bir başka sonuç ise eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda bulunan depresyon riski, yüksek öğrenim kurumlarından mezun olanlara göre iki kat daha fazladır(46).

Eğitim seviyesi düşük olan kadınların depresyona yakalanma risklerinin yüksek olduğunu savunan bir başka çalışma da Van Yüzüncü Yıl Üniversitesinde 85 lohusa ile yapılmış çalışmadır(141).

Eğitim düzeyinin azalmasıyla postpartum depresyonun arttığını bildiren bir diğer çalışma da İnandı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadır(46).

Campbell ve arkadaşları 1033 kadında yaptıkları çalışmada annelerin eğitim seviyesi yüksek olan kadınların ebeveynliğe uyumda zorlanmadıkları için, düşük eğitim

düzeyine sahip kadınların postpartum depresyona daha yatkın olduğunu belirtmişlerdir (140).

Çalışmamızda evde yaşayanların çalışma durumunda Postpartum Depresyon ile karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır. Özdemir'in (138) ve Dündar'ın (139) çalışmaları bu açıdan bizim çalışmamızı desteklemektedir. Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'deki çalışmasında, eşleri çalışmayan annelerde postpartum depresyon sıklığının arttığını saptamışlardır (47). Nur ve arkadaşlarının Sivas'taki çalışmasında postpartum depresyon prevalansı ile eşlerinin çalışıp çalışmama durumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınlarda postpartum depresyon daha çok görülmüştür (64).

Evde kimlerle yaşandığının Postpartum Depresyon ile kıyaslamasında yine anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bu konuda Özdemir (138), Ekuklu (47) ve Dündar'ın çalışmaları bizim çalışmamızı destekler tarzdadır.

Çalışmamızda postpartum depresyon ile akrabalık durumu ve sosyal çevre desteği istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Bizim çalışmamızla paralel şekilde Aydemir'de çalışmasında sosyal destek gören 15 (%26,8) lohusada, yeterli destek göremeyen 14 (%36,8) lohusada ve sosyal açıdan desteklenemeyen 27 (%30,3) lohusada postpartum depresyon bildirmiştir ve yine aynı çalışmada Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlaması ile sosyal destek durumu kıyaslandığında anlamlı bulunmamıştır(142). Çalışmamızda sosyal destek tanımından tüm lohusaların aynı anlamı çıkarıp çıkarmadıklarını bilmeyişimizden, sosyal desteği daha çok bebek bakımına yardım şeklinde algılama eğilimlerinden dolayı detaylı değerlendirilemediğini düşünmekteyiz. Cutrona ve Troutman (1990), çalışmalarında anne için sosyal desteğin önemi üzerinde durmuşlar, annenin annelik rolüne alışmasındaki sosyal destek faktörünün altını çizerek depresyonu önlediğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya göre postpartum dönemde annenin bebek bakımı konusunda sosyal açıdan, özellikle de baba tarafından desteklenmesi postpartum depresyon açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (142).

Çalışmamızda aylık gelir dağılımını Postpartum Depresyon riski ile karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmıştır($p=0.00$).

Çalışmamızda gelir seviyesi yükseldikçe, Postpartum Depresyon görülen kişi yüzdesi de azalmıştır. En fazla depresyon 0 TL ile 1000 TL arasında aylık geliri olan kadınlarda çıkmıştır.

Çalışmamızda 0TL-Asgari ücret arasında aylık geliri olan 18 kadından %44.4'ü, Asgari-1000TL arası geliri olan 26 kadından %50'si, 1001-2000 TL arası aylık geliri olan 80 kadından %37.5'i, 2001-3000 TL arası aylık geliri olan 99 kadından %32.3'ü, 3000TL ve üzeri aylık geliri olan 124 kadından %29.8'inde Postpartum Depresyon bulunmuştur. Özdemir'in (138) yaptığı araştırmada aylık geliri 499 YTL ve altında olan bir ailede postpartum depresyon sıklığı %24.3 iken, aylık geliri 500 YTL ve üzerinde olan bir ailede %12.7 olup, 499 YTL ve altında olan bir ailede 500 YTL ve üzerinde olan ailelere göre 2.196 kat çok olduğu bildirilmiştir.

Postpartum depresyon ile aylık gelir düzeyi arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmuş ve çalışmalarda çıkan farklı sonuçlara da yer verilmiştir. Gelir düzeyi ile postpartum depresyon ilişkisini anlamlı bulan İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında, gelir düzeyi kötü olan ailelerde postpartum depresyon 3.30 defa, gelir düzeyi çok kötü olanlarda 6.15 defa daha fazla bulunmuştur (46). İzmir'de Türkistanlı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ve DüNDAR'ın yapmış olduğu çalışma da, İnandı'nın çalışmasını destekler tarzdadır. Çalışmalarda düşük gelirli ailelerde postpartum depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir(138). Danacı ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmalarında, bu çalışmalara zıt olarak ailenin aylık gelir düzeyinin postpartum depresyon ile ilişkisinin olmadığını savunmuştur (88).

Çalışmamızda medeni durum incelendiğinde; resmi nikahlı olan veya birlikte yaşayan 347 lohusadan resmi nikahlı 225 kişi ve birlikte yaşayan iki kişi olmak üzere toplam 227 'sinde Postpartum Depresyon görülmemiş, resmi nikahlı olan 108 kişi, birlikte yaşayan 9 kişi, eşinden boşanmış üç kişi olmak üzere toplam 120 kişide Postpartum Depresyon görülmüştür. Başka bir deyişle resmi nikahlı toplam kadın sayısının %67.5 inde depresyon görülmemiş, Resmi nikahlı olmayıp birlikte yaşayan toplam 11 kadından %18.1'inde depresyon yok, %81.8'inde depresyon vardır.

Boşanmış toplam kadın sayısına bakıldığında %100 ünde depresyon görülmektedir. Bu nedenle medeni durum çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.010).

Yapılan bir çalışmada resmi nikah durumları ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, resmi nikahı olan lohusalara göre, resmi nikahı olmayan lohusalarda depresyon bizim çalışmamızla paralellik göstererek anlamlı ölçüde yüksek düzeyde bulunmuştur (143).

Çalışmamızda sosyal güvence ile Postpartum Depresyon karşılaştırıldığında, hiçbir sosyal güvencesi olmayan 10 lohusadan %80'inde depresyonda olduğu, SSK-Bağkur'a sahip olup depresyona giren toplam lohusa sayısı %35.3, Emekli Sandığı'na tabi olup depresyona giren lohusa sayısı %33.3, Özel sigorta sahiplerinin oranı ise %6.25'tir. Buradan da anlaşılacağı üzere sosyal güvencesi olmayan lohusalar ile Postpartum Depresyon bizim için istatistiksel olarak anlamlıdır diyebiliriz ($p=0.00$). Sosyal güvencenin varlığı depresyon riskini azaltabilir.

Dünder yaptığı çalışmada annelerin sağlık güvencesi durumu ile postpartum depresyonu kıyaslayıp, aralarında anlamlı bir ilişki olmadığını vurgularken, Sünter ve arkadaşları çalışmalarında sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresyonun 2.1 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (138). Arslan(144) ise yaptığı araştırmasında sağlık güvencesinin Postpartum Depresyon oluşumunda etkili olmadığını vurgulanmıştır.

Çalışmamızda bebeğin bakımında yardımcı olunma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.02$). Yardımcısı bulunan toplam kadın sayısına baktığımızda %71.9 unda Postpartum Depresyon yok, %28 'inde Postpartum Depresyon var diyebiliriz. Yardımcısı bulunmayan toplam kadın sayısındaki Postpartum Depresyon oranına baktığımızda ise, Postpartum Depresyon olmayanların sayısı %53.9 iken , Postpartum Depresyon görülenler %46 dır. Yardımcısı olmayanlarda depresyon oranı olanlardan yüksek bulunmuştur.

Çelikel (30) yaptığı çalışmasında doğum sonrasında yardım alan ve yardım almayan kadınların IFSAC puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. McVeigh de(76) 200 kadın ile yaptığı çalışmada, postpartum dönemde alınan sosyal yardım ile IFSAC puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu çalışmaların aksine Apay ve Pasinlioğlu (145)'nin çalışmasına göre bebek bakımında ve ev işlerinde yardım alanların almayanlara oranla ev içi faaliyetleri, bebek bakım sorumlulukları ve IFSAC toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Özkan ve Sevil (78)'in çalışması da Apay ve Pasinlioğlu'nun çalışmasına benzerdir.

McVeigh (76)'in 20–35 yaş arasında 132 kadın ile yaptığı çalışmada, doğum sonu desteği olmayanların toplam puanları, desteği olanlara oranla daha düşük bildirilmiş olup, çalışmalar bizim çalışmamızla paraleldir.

Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğine Göre Tartışılması: Çalışmamızda kadınların obstetrik özelliklerinin Edinburg Postpartum Ölçeğiyle kıyaslaması yapılmış ve buna göre; gebeliğin planlı olma durumu ($p=0.067$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.350$), kronik hastalık durumu ($p=0.609$), düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ($p=0.442$), gebelikte geçirilmiş herhangi bir psikolojik travma durumu ($p=0.133$), gebelikte sigara kullanımı ($p=0.694$), gebelikte alkol kullanımı ($p=0.467$), bebeğin beslenme durumu ($p=0.769$) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda kadının kaçınıcı gebeliği olduğu ($p=0.033$), evlenilen yaş durumu ($p=0.016$), toplam gebelik sayısı ($p=0.015$), ilk hamilelik yaşı ($p=0.005$), bebek kaybı yaşama durumu ($p=0.002$), doğuştan sağlık sorunu olan çocuk durumu ($p=0.041$), doğumun nerede yapıldığı durumu ($p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı bulunan kriterlerdir ($p<0.05$).

Planlı bir gebelik yaşayan toplam 271 kadından %67.8'inde depresyon bulunmadığı, %32.1'inde depresyon olduğu saptanmıştır. Planlı bir gebelik yaşamayan toplam 76 kadının %56.5'i depresyon yaşamamış, %43.4'ü depresyon yaşamıştır. Özdemir de (138) yaptığı çalışmasında istenen bir gebelik yaşamamanın postpartum depresyon ile ilişkisinin bulunmadığını savunmuştur. Aynı şekilde Sünter ve Hocoğlu'nun yaptıkları çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (138,146). Bloch ve arkadaşlarının İsrail'de yaptıkları çalışmada da sonuç yukardaki çalışmalarla paralel çıkmış, bu iki kıyaslama arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(51). Ekuklu yaptığı çalışmasında istenmeyen gebelik durumunun depresyonu iki kat arttırdığını saptamıştır(47). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, istemeden gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon 1.56 kez daha çok görülmüştür(46).

Yaşayan çocuk sayısına bakıp Postpartum Depresyon ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlam bulunamamıştır. Danacı ve arkadaşları'nın (88) çalışmasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak, çocuk sayısının fazla olması bu çalışmada dikkat çekicidir.

Augusto ve arkadaşları (147) Portekiz’de 352 kişide yaptıkları çalışmada çocuk sayısının fazla olması ile Postpartum Depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Ekuklu ve arkadaşları’nın (47) ve Dündar’ın (139) yaptıkları çalışmalarda çocuk sayısı ile Postpartum Depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kronik hastalık durumu ile Postpartum Depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p=0.609$). Kronik hastalığı olan kadınların %48.2 sinde depresyon görülürken, kronik hastalığı olmayan kadınların %32.4 ünde depresyon görülmüştür. Bizim çalışmamızla paralel olarak Aydemir’de (142) yaptığı çalışmasında gebelik döneminde sağlık problemleri yaşayan kadınlar postpartum depresyon açısından değerlendirildiklerinde çalışmadan çıkan sonuç anlamlı bulunmamıştır. Josefsson(148)’un yapmış olduğu çalışmada gebelikte hiperemezis yaşayan, erken doğum riski taşıyan veya erken doğum yapan gebelerin postpartum depresyona yakalanma risklerinin yüksek olduğunu savunmuştur. Konuyla ilgili literatürlerde gebeliğinde sağlık sorunları yaşayanlarda, hastane ortamı dışında doğum yapanlarda, öyküsünde ölü doğum olanlarda veya bebeğinde herhangi bir sağlık problemi yaşayanlarda, bebeklerine sundukları imkanların yetersiz olduğunu düşünen annelerde depresyon riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir(46).

Düzenli doktor kontrolüne gitme durumu incelendiğinde; düzenli olarak doktor kontrolünden geçen 336 kişiden %65.7’sinde depresyon görülmemiş, %34.2’sinde depresyon görülmüştür. Düzenli doktor kontrolüne gitmeyen 11 kişiden %54.5’inde depresyon görülmemiş, %45.4’ünde görülmüştür. Bu değerler istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bulunmamıştır ($p=0.442$).Aydemir (142) %84,2 gebenin düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini saptadığı çalışmasında, düzenli olarak doktora giderek takip olanların %80,4’ünde depresyon bulmuş, düzenli doktor takibi olmayanların %19,6’sında depresyon bulmuştur. Aydemir yaptığı bu çalışmasında gebelik dönemindeki düzenli doktor takibi durumu ile postpartum depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görememiştir ($p > 0.05$).

Buna karşılık İnandı (46)’nın çalışmasında planlı bir gebelik yaşamayan ve gebeliğinde düzenli doktor takibi alamayan kadınlar ile postpartum depresyon riski arasında anlamlı sonuç bulunmuştur(46).

Gebelikte herhangi bir psikolojik travma yaşama durumu incelendiğinde; EPDÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($p=0.133$).

Gebeliğinde herhangi bir psikolojik travma yaşayanların %62.5'i doğum sonrasında da EPDÖ puanı 12 ve üzerinde çıkmıştır. Gebeliğinde herhangi bir psikolojik travmaya uğramadığını söyleyenlerin %31.6'sı 12 ve üzeri EPDÖ puanı almıştır.

Gebeliğinde herhangi bir psikolojik travma geçirip geçirmediğinin farkında olmadığını beyan edenlerin %53.8'i 12 ve üzeri puan alarak Postpartum Depresyon yönünden ele alınmıştır.

Çelikel'in çalışmasında gebeliğinde psikolojik sorun yaşayanların Postpartum Depresyon riski yüksek olup, yapılan lojistik regresyon analizinde bu riskin 4.08 kat olduğu bulunmuştur. Beck (50) çalışmasında, prenatal dönemdeki depresyon ve anksiyetenin Postpartum Depresyon için birer risk faktörü olduğunu ifade etmiştir. Klainin ve Arthur (149); Beck'in çalışmasına benzer şekilde prenatal dönemdeki depresyon ve anksiyetenin ve geçirilmiş psikiyatrik öykünün Postpartum Depresyon için güçlü risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde postpartum 6-8 haftalar arasındaki 248 kadın ile yapılan bir çalışmada, gebelik öncesinde ruhsal sorunları olanların Postpartum Depresyon riski 9.8 kat yüksek bulunmuştur (61). Kadınların gebelik öncesi herhangi bir zamanda depresyon öyküsünün olması, postpartum dönemde artan sorumluluklarda başa çıkmada yaşadığı zorluklar doğum sonrası dönemde Postpartum Depresyon'u tetikleyebilir(30).

Gebelikte sigara kullanımı Postpartum Depresyon ilişkisine baktığımızda; 347 kadından 18'i gebeliği süresince sigara kullanmış, bunlardan %38.8'i depresyona girmiştir. 329 kişi gebeliğinde sigara kullanmamış, bunlardan %34.3'ü depresyona girmiştir. Bu bilgiler ışığında sigara içme durumu ile Postpartum Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.694$).

Aydemir çalışmasında %37,7 kadının gebeliğinde sigara kullandığını bildirmiş, sigara kullanan bu kadınlardan %39,3'ünde postpartum depresyon görüldüğünü kaydetmiştir. Bu çalışmaya göre gebeliğinde sigara kullanan kadınların postpartum depresyona yakalanma durumları ile ilgili anlamlı bir sonuca varılamayacağı söylenebilir(142). Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan gebelerin, sigara içme durumları değerlendirilmiş, depresyonu olanların % 37,9'unun sigara içtiği saptanmıştır (143). Gebelik esnasında bağımlılık yapıcı madde kullandığını belirten üç kişiden ikisinin depresif olduğu, gebelik öncesi kullanıp gebelikte bıraktığını söyleyen beş kişiden ise dördünün depresif olduğu görülmüş(143).

Literatürde sigara ve madde kullanımı ile gebelik depresyonu arasındaki ilişkide, kimi çalışmalar bunun bir risk faktörü olduğunu belirtirken, kimi çalışmalarda da neden sonuç ilişkisini belirlemenin zor olduğunu bildirmiştir(143).

Gebelikte alkol kullanımıyla Postpartum Depresyon arasında da anlamlı bir istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0.467$). Çalışmamızdaki kadınlardan bir tanesi gebeliğinde alkol kullanmış ve depresyon görülmemiştir. Gebeliğinde alkol kullanmayan 346 kişiden %34.6 'sında depresyon görülmüştür.

Amerika'da 1516 gebe ile 2001-2002 yılları arasında Alkol ve İlişkili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Yoklaması için yapılmış olan bir çalışmada kadınların %21.7'sinin sigara kullandıkları belirlenmiş olup %12.4'sinde ise nikotin bağımlılığı tesbit edilmiştir. Gebeliğinde sigara kullanan bu kadınların %45,1'inde nikotin bağımlılığı ile beraber en az bir tip akıl bozukluğu, %57,5 gibi büyük oranında da en az bir tip akıl bozukluğu bulunmuştur. İngiltere'de, 1997'de yapılan bir çalışmada, 119 gebe erken gebelik döneminden itibaren takibe alınmış ve sigara kullanımının uzun dönem zararları doğumdan sonra dört seneye kadar takip edilerek tespit edilmeye çalışılmıştır. Sigara içme davranışı, postnatal depresyon ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir. 2000 senesinde 526 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada sigara içimi ve depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik seviyede kendini gösteren depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili çıkmıştır(150).

Çelikel'in yaptığı araştırmada bebeklerinde sağlık problemi olan annelerin Postpartum Depresyon ile karşılaştırıldıklarında anlamlı bir fark bulunmamıştır(30). Benzer şekilde Efe ve arkadaşları (133) yaptıkları çalışmada, bebeklerinde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda Postpartum Depresyon riskinin olmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise bebeklerinde sağlık problemi olan annelerin Postpartum Depresyon'a yakalanma oranlarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p=0.041$).

Bizim çalışmamızı benzer şekilde Orhon(134) ve arkadaşlarının yaptığı çalışma desteklemektedir. Postpartum birinci ayda 103 kadın ile yaptığı çalışmada bebeğe ait sağlık sorunları yaşayanların ve bebeğinde gaz sorunu yaşayan annelerde Postpartum Depresyon görülme oranı fazla çıkmıştır.

Bebeğin beslenme durumu ile Postpartum Depresyon ilişkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.769$). Çalışmamızda bebeğini sadece anne sütüyle besleyen

249 anneden %34.9'u Postpartum Depresyon yaşamış, bebeğini anne sütü+mama ile besleyen 95 anneden %34.7'si Postpartum Depresyon yaşamıştır.

Eren (90) yaptığı çalışmasında, bebeğini anne sütü ile besleyen anneler ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiye değinmiş ve bebeğin beslenmesine mamayı dahil eden annelerdeki depresyon oranını yüksek bulmuş ve bu nedenle emzirme ile depresyon arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre sadece anne sütü alan bebeklerin anneleri, kısmen ya da tamamen mama alan bebeklerin annelerine göre depresyon açısından daha az risk altındadırlar(90).

Aydemir yaptığı çalışmasında bebeklerini emzirmeyi tercih etmeyen veya emziremeyen kadınların depresyona yakalınma risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma incelendiğinde bebeğini emzirmedeğini belirten 18 kadından %19.6'sında postpartum depresyon görülmüştür(142). Bebeğini anne sütü ile besleyen kadınlar, mama ile besleyen kadınlara göre bebekleriyle beslenme esnasında daha fazla zaman geçirmekte ve bu da kendilerine daha az zaman ayırmalarına neden olabilmektedir. Emziren anneler geceleri emzirmek için daha fazla kalkmak zorunda kalmaları ve hastalandıkları zaman emzirme nedeniyle her türlü ilacı kullanamadıkları gerekçesiyle depresyona yatkın hale gelebilirler. Öte yandan emzirmenin anneyi olumlu yönde etkilediğini savunan çalışmalar da mevcuttur. Emzirmenin parasempatik sinir sistemini aktive ettiği ve bu sayede annedeki stresi azalttığı tespit edilmiştir(151). Başka bir çalışmada ise; bebeği sadece biberon ile beslemenin postpartum depresyon açısından risk taşıdığı belirtilmiştir(152).

Kadınların kaçınıcı gebeliği olduğu ile Postpartum Depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.033$) ($p<0.05$). Çalışmamıza katılan ve ilk gebeliği olan toplam 114 kişiden %42.9'u Postpartum Depresyona girmiş, ikinci gebeliğinde olan 121 kişiden %28.9'u Postpartum Depresyona girmiş, üçüncü gebeliğinde olan 54 kişiden %44.4'ü, dört ve üzeri gebelik yaşayan 18 kişiden %66.6'sı Postpartum Depresyona girmiştir.

Yapılan bir çalışmada (143) gebelik sayısı arttıkça Postpartum Depresyon oranının da artığı saptanmıştır. Bu çalışma bizim çalışmamızı destekler tarzdadır.

Konu ile ilgili literatürler incelendiğinde, postpartum depresyon prevalansının primiparlarda yüksek olduğu bildirilmiştir(153). Yapılan başka bir çalışmada ise ilk defa anne olan kadınların doğumdan sonraki üç ay içerisinde postpartum depresyon açısından

yüksek riskli oldukları bildirilmiştir(30). Özdemir'in yaptığı çalışmada, Türkistanlı ve arkadaşlarının İzmir'de, Sünter ve arkadaşlarının Samsun'da, Hocaoglu ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları çalışmalarda, bizim çalışmamızın aksine gebelik sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(138).

Evlenilen yaş kriteri ile EDSDÖ puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p=0.016$) ($p<0.05$). Çalışmamızda 18 yaş ve altı evlenen 29 kişiden %65.5'i, 19-25 yaş aralığında evlenen 190 kişiden %33.6'sı, 26-35 yaş arası evlenen 123 kişiden %26'sı, 36 yaş ve üzeri evlenen beş kişiden %100'ü EPDÖ puanlamasında 12 ve üzeri puan almışlardır. Dolayısıyla çalışmamızda 18 yaş ve altı ile 36 yaş ve üzerinde evlenen bayanların depresyona yakalanma yüzdeleri daha yüksektir diyebiliriz.

Yapılan bir çalışmada(143) evlilik yaşı kriterlerinde ilk evlilik yaşı 18 ve altında olanların % 32,6'sının, 19-24 arasında olanların % 22,2'sinin, 25 ve üzerinde olanların % 15,9'unun depresif olduğu görülmüş, evlenme yaşı yükseldikçe depresyonun anlamlı bir şekilde azalması dikkat çekici ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda yaş ilerledikçe Postpartum Depresyon riski azalmamakta aksine artmaktadır. TNSA-2013 verilerine göre son 20 yıllık dönemde ilk evlenme yaşı iki kat artmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, daha çok gebelik sonrası depresyonu ile ilk evlilik yaşı arasındaki ilişki incelenmiş, evlilik yaşı düştükçe depresyonun arttığı, ya da evlilik yaşı ile gebelik sonrası depresyonu arasında ilişki olmadığı yönünde sonuçlar bildirilmiştir (143).

Danacı ve arkadaşları (88) ile İnandı ve arkadaşlarının (46) yapmış oldukları çalışmalarda erken yaşta, 18 yaşından önce evlilik yapan kadınlarda depresyon oranı fazla bulunmuştur. Dolayısıyla daha geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Toplam gebelik sayısı ile EPDÖ kıyaslandığında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.015$) ($p<0.05$). Çalışmamızda toplam gebelik sayısı bir olan 152 lohusadan %30.9'u , toplam gebelik sayısı iki olan 120 lohusadan %29.1'i, toplam gebelik sayısı üç olan 54 lohusadan %46.2'si, toplam gebelik sayısı dört ve üzeri olan 21 lohusadan %61.9'u EPDÖ puanlamasında 12 ve üzeri puan almıştır.

Çalışmamızda toplam gebelik sayısı arttıkça Postpartum Depresyon oranının da arttığı gözlemlenmiştir. Literatür taramasında bizim çalışmamızla paralel çalışmalara

rastlanmıştır(143). Başka bir çalışmada (90) çocuk sayısı birden fazla olanlarda, tek çocuğu olanlara göre daha fazla depresyon görülmüştür. Buna karşın yapılan başka bir çalışmada(138) gebelik sayısının postpartum depresyon sıklığı ile bağlantısı bulunamamıştır.

İki ve daha fazla sayıda gebeliği olanlarda postpartum depresyon sıklığı %21.3 iken, bir gebeliği olanlarda %17 olarak bulunmuştur.

İlk hamilelik yaşı kriterleri EPDÖ ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ($p=0.005$). İlk hamileliklerini 18 yaş ve altında yaşayan 25 lohusadan %72'si, ilk hamileliklerini 18-25 yaş arasında yaşayan 157 lohusadan %35'i, ilk hamileliklerini 25-35 yaş arasında yaşayan 157 lohusadan %26.7'si, ilk hamileliklerini 35 yaş ve üzerinde yaşayan sekiz kişiden %62.5'i EPDÖ skalasında 12 ve üzeri değer almışlardır. Bizim çalışmamıza göre 18 yaş ve altı ile 35 yaş ve üstünde ilk hamileliklerini yaşayan bayanlar Postpartum Depresyon açısından daha fazla risk altındadırlar. Ekuklu ve arkadaşları'nın (47) Edirne'deki çalışmasında, İnandı ve arkadaşları'nın (46) Türkiye'nin orta ve doğusunda bulunan beş ildeki çalışmasında, Henshaw'ın (154) ve Warner ve arkadaşları'nın (155) çalışmalarında annelerin birinci doğumlarını yaptıkları yaş ile Postpartum Depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bebek kaybı yaşayan veya yaşamayan kadınların Postpartum Depresyon'a girme durumları incelendiğinde, bebek kaybı yaşayan 60 kadından %51.6'sı, bebek kaybı yaşamayan 287 kadından %31'i EPDÖ ile yapılan tanılama işleminde 12 ve üzeri puan almışlardır ve çalışmamız yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Başka bir deyişle bebek kaybı yaşayan kadınların depresyona girme oranları daha yüksektir.

Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde bebek kaybı, ölü doğum ve istemsiz düşüklerin Postpartum Depresyon ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır (138). Atasoy ve arkadaşları'nın (70) yaptıkları çalışmada ölü doğum öyküsü ile Postpartum Depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Doğuştan sağlık sorunu olan çocuk sahibi olma ile Postpartum Depresyon arasındaki ilişki incelendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.041$). Çalışmamıza göre doğuştan sağlık problemi olan çocuk sahibi olan toplam dokuz anneden %66.6'sı , doğuştan sağlık problemi olmayan çocuk sahibi olan toplam 338 anneden

%33.7'si Postpartum Depresyon yaşamıştır. Doğuştan sağlık problemi olan çocuk sahibi olmak çalışmamızda büyük risk faktörü olarak görülmüştür. Yapılan bir çalışmada (30) bebeklerde görülen sağlık sorunları açısından kadınların Postpartum Depresyon riski karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine aynı şekilde Efe ve arkadaşları (133) yaptıkları çalışmada, bebeklerinde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda Postpartum Depresyon riskinin olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaların aksine Orhon ve arkadaşlarının (134) yaptıkları çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Postpartum birinci ayda 103 kadın ile yaptıkları çalışmada bebeğe ait sağlık sorunları yaşayanların ve bebekte gaz sorunu olan kadınların Postpartum Depresyon riski yüksek çıkmıştır(134). İnandı ve Danacı'nın çalışmalarında bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir(46,88).

Doğumun nerede yapıldığı konusuyla Postpartum Depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel bir anlamlılık söz konusudur ($p=0.018$). Çalışmamızda 347 kadından bir kişinin evde doğum yaptığı, 141 kişinin doğum için devlet hastanesini tercih ettiği, 22 kadının doğum için fakülteyi tercih ettiği, 183 kişinin doğum için özel hastaneleri tercih ettiği gözlemlenmiştir. Bununla birlikte doğumunda Devlet Hastanesini seçen 141 kadının %41.1'inde, doğumunda fakülte hastanelerini tercih eden 22 kadından %45.4'ünde, doğumunda özel hastaneleri tercih eden 183 kadından %28.4'ünde Postpartum Depresyon görülmüştür. Çalışmamızda özel hastanelerde doğum oranının yüksek olduğu, doğumu için özel hastaneleri tercih eden kadınların, doğumunu devlet hastaneleri ya da fakültede gerçekleştirenlere kıyasla daha az Postpartum Depresyon yaşadıkları saptanmıştır.

Postpartum Depresyonun Önemi ve Aile Hekimliği Birimlerinde Postpartum Depresyon Takibi Tartışılması:

Annenin yaşadığı birtakım ruhsal hastalık veya durumların annenin duygu durumunu olumsuz yönde etkilediği, gebelik boyunca veya doğumdan sonra olumsuz sonuçlar yaşanabileceği ve tedavi almayan veya tedavisi geç başlayan kadınlarda hastalık veya ölüm olaylarının (intihar girişimleri dâhil olmak üzere) artabileceği bilinen bir gerçektir(126-128).

Hamilelik döneminde gebelerdeki norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, yükselen hormonları neticesinde uterusu olan kan akımı azalmakta ve bu durum da gebe ve fetüs üzerinde ciddi obstetrik ve neonatal tabloların oluşmasına neden olmaktadır. Bu tablolara örnek olarak preeklampsi-eklampsi, kendiliğinden gerçekleşen düşükler, kanamalar, uterin arterdeki artmış direnç, miadından önce doğum, bebeğin apgar skorlamasının düşük olması, bebeğin neonatal dönemde yoğun bakıma ihtiyaç duyan probleminin olması, doğan bebekte gelişme geriliği, fetal ölüm, bebeğin doğum kilosunun düşük olması, yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma gösterilebilir. Buna ek olarak gebelik durumu, antenatal ve postpartum depresyon için zaten başlıbaşına bir risk faktörüdür de denilebilir(126-128).

Gebelik depresyonları ile ilgili literatürler incelendiğinde birçok önemli çalışmayla karşılaşılabilmektedir. Bunlardan bazılarını göz atacak olursak, Amerika'da Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada; gebeliği esnasında depresyon yaşayan kadınlarla depresyon yaşamayanlar karşılaştırılmış, buna göre gebeliğinde depresyon yaşayanlarda %13 oranında erken doğum insidansının arttığı, %15 oranında da düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının arttığı bildirilmiştir(8).

Postpartum depresyon ile ilgili araştırmalar incelenmiş, incelenen 118 makalede antenatal risk faktörleri incelenmiş ve psikiyatrik hastalık öyküsüyle postpartum depresyon ilişkisinin ispatı B sınıfı delil olarak değerlendirilmiştir. Antepartum depresyon aynı çalışmada A sınıfı delil olarak değerlendirilmiştir.

Bu alanda yapılan birçok çalışma göstermektedir ki, geçmişte psikiyatrik tabloya maruz kalan kadınların, postpartum dönemde depresyona yakalanma riskinin yüksek risk altında oldukları kabul edilmiştir(90).

Yine 259 kadın ile İsveç'te yapılan bir çalışmada gebeliğinde depresyon hikayesi olan kadınların %46'sında postpartum depresyon geliştiği bildirilmiştir.622 kadınla Kanada'da yapılan çalışmada ise postpartum sekizinci haftada, kadınların depresif semptomlarında dört kat artış tespit edilmiştir(90).

Viva Projesi adıyla Amerika'da 1662 katılımcı ile gerçekleştirilen prospektif bir kohort çalışmasında, anamnezinde depresyon öyküsü olan kadınlar için bu durum en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve antenatal depresif semptomlarda dört kata varan bir

artışa sebep olduğu öne sürülmüştür. Yine Amerika’da 1996-1999 yılları arasında, doğum yapmış 14,609 kadınla yapılan bir araştırmada depresyon öyküsü Postpartum Depresyon habercisi olarak kabul edilmiştir(158).

Ruhsal hastalıklar içerisinde gebelikte en sık görüleni depresyondur. Gebelikte görülen depresyon; doğum sonrası depresyonunun en önemli risk faktörü olması, gebelikte komplikasyonlara, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve gebelik döneminde (% 10,0-% 30,0) doğum sonrası döneme göre daha yüksek olan prevalansı (%10,0-% 16,0) nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur(143).

Doğum sonu depresyonun temelleri gebelik dönemine dayandığı için kadınlar gebelik döneminden itibaren Postpartum Depresyon yönünden gözlemlenmelidirler. Aile sağlığını korumak, anne sağlığını korumakla başlar.

Tüm bu veriler ışığında postpartum dönemin ve bu dönemde Postpartum Depresyonun önemli bir halk sağlığı problemi olduğu netlik kazanmıştır. Postpartum Depresyon toplumumuzda gözardı edilebilen bir sağlık problemidir. Postpartum depresyon tanılmasında kullanılan depresyon ölçekleri ile postpartum dönemde depresyon kolayca belirlenebilmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bu ölçeklere; Beck depresyon ölçeği, durumluluk-süreklilik kaygı envanteri, doğum sonrası depresyon tarama ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği örnek olarak gösterilebilir.

Ülkemizde 2005 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle beraber aile hekimleri koruyucu ve tedavi edici hekimlik konusunda önemli bir noktaya gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programlarıyla birlikte hizmet verilen nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak, anne ve bebek ölümlerinin en aza indirgenmesi, için gerekli koruyucu sağlık planlamalarının oluşturulması ve risk faktörleriyle mücadele etmeyi hedeflemek, bireylere sağlık danışmanlığı ve eğitim hizmetlerini sunmak ve koruyucu hekimlik anlayışını oturtmak ve aktif olarak uygulamak esas alınmaktadır. Bu noktada aile hekimlerine ve hemşirelere çok iş düşmektedir.

Birinci basamak herkesin kolaylıkla ulaşabileceği, hatta hizmetin ayağa götürüldüğü, gebe ve bebek takibinin standartlara bağlandığı, kalitenin yükseldiği, doktor ve hemşire ile bağların ve güven duygusunun güçlendiği, hastaların en ufak şikâyetlerinde doktor veya hemşireye danıştıkları birimler haline gelmiştir.

Aile Hekimliği Birimlerinde Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü lohusa takip protokolünün postpartum depresyonla ilgili olan kısmı aşağıdaki gibidir:

Doğum sonrası ikinci haftada izlem bilgileri şu şekildedir:

A. Psikolojik durum değişiklikleri:

1) Doğum sonu kaygı, depresyon gibi psikolojik problemlerin varlığında konsültasyon isteyiniz.

2) Postpartum depresyon olgularının %10'unda, alta yatan neden postpartum tiroidit olabilir. Bu nedenle tedaviye yanıt vermeyen durumlarda tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi için anneyi ilgili birime yönlendiriniz.

B. Danışmanlık hizmeti bölümünde:

1. Tüm lohusalarla duygusal durumlarını, sahip oldukları aile ve çevre desteğini sorgulayınız ayrıca günlük olaylarla başa çıkmak için hangi stratejileri geliştirdiklerini sorgulayınız ve üzerinde tartışınız.

2. Tüm lohusaları ve aile bireylerini sağlık personeli ile duygu durumunda veya ruh halinde herhangi bir değişiklik olduğunda konuşmaları konusunda cesaretlendiriniz.

3. Doğum sonu dönemde emosyonel değişikliklerin(kendisini gergin, endişeli, huzursuz ve sinirli hissetmesi) doğum sonrası dönemde 10-14. günlerde kendiliğinden geçebileceği hakkında bilgilendirme yapınız.

Doğum Sonrası 6. Haftada:

1. Anneye kendini nasıl hissettiğini, uyku ve dinlenme aralıklarını, uyum sorunlarını, yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediğini sorunuz.

2. Doğum sonrası 6. haftaki anne izlemine, özellikle eşin katılımını sağlayarak doğum ve doğum sonrası olaylarla ilgili neler hissettikleri tartışınız ve sorularını yanıtlayınız.

3. Lohusanın tıbbi hikâyesini dikkate alarak fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini gözden geçiriniz.

4. Bir önceki izlemdeki öykü kaydını değerlendiriniz şeklindedir.

a) Annenin psikolojik durumunu değerlendiriniz.

b) Hikâyesinde ruhsal hastalık öyküsü, psikotik bozukluklar (şizofreni, bipolar bozukluk) psikotik depresyon ve intihar riski varsa "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği"ni uygulayınız. Gereken vakaları sevk ediniz.

c) Psikolojik açıdan risk tespit edilmiş ve sevk edilmiş annesi;”Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” ile doğum sonu 8. haftada tekrar değerlendirilmiştir(159).

Rehberde lohusalık döneminde Edinburg Postpartum Ölçeği uygulanarak annelerin psikolojik durumlarının tesbiti istenilmektedir. Ölçek sonucuna göre 12 ve üzerinde puan alan annelerin ilgili birimlere yönlendirilmeleri gerekmektedir.

Bu süreçte hastaların bu dönemi kendi başlarına atlatmaya çalıştıkları, atlatamayıp daha zorlu bir sürece girdiklerini hissettiklerinde ilk başvurdukları birim Aile hekimliği birimleri olduğu bir gerçektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konudaki önemi göz ardı edilemez. Bu yüzden birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik çerçevesinde postpartum depresyon tanınması, takip ve sevk işlemlerinde standardizasyon ve efektif takip önemlidir.

Çalışmamız süresince Aile hekimliği birimimizde 12 ve üzeri puan alan 120 lohusaya postpartum depresyon hakkında eğitim verilmiş, ikinci basamak sağlık kuruluşlarına neden gitmeleri gerektiği anlatılmış ve akabinde sevk edilmiş, psikolojik olarak desteklenmiş, rutinde olan lohusa takipleri haricinde de takibe alınmışlardır.

Araştırmamız esnasında postpartum depresyon standartları belirlenmediği, sevk edilen hastanın gidip gitmediği sistem üzerinden görülemediği, hasta bebeği ile başka bir hastaneye gitmekte zorlandığı, çevresi tarafından hastaneye gitmesi gerekli görülmediği, kendi başına halledebileceğini düşündüğü için veya en kısa anlatımla zaten depresyonda olup bu faaliyeti gerçekleştirecek yeterlilikte olmadığı gibi nedenlerle sevk zincirinde önemli kırılmalara rastlanmıştır.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında uygulamaya konulmuştur ve bu program kapsamında anne ve çocuklara özel önem verilmesine dikkat çekilmiştir. Yapılan çalışmalar neticesinde anne ve çocuk sağlığı korunmaya ve yükseltilmeye çalışılmış, bu sayede anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçilmesi hedeflenmiştir(159).

Postpartum Depresyon takibinin daha özenle ele alınabilmesi için kurulacak Postpartum Depresyon birimleri ile tüm lohusalar psikolojik yönden profesyonel bir şekilde desteklenebilir, hastanın hizmete ulaşması kolaylaşabilir, profesyonel yardıma ihtiyacı olan lohusaların sistem üzerinden takipleri sağlıklı bir şekilde yapılabilir.

Gebelik döneminde en sık görülen ruhsal hastalığın depresyon olması ve gebelikte görülen depresyonun doğum sonrası depresyonunu tetikleyen en önemli risk faktörü olması, gebelikte birçok komplikasyona, olumsuz fetal sonuçlara neden olabilmesi ve yüksek prevalansa sahip olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmeli ve değerlendirme, takip, bilgilendirme ve sevk konularında daha etkin yollar izlenmelidir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER:

Postpartum depresyonun prevalansını değerlendirildiği bu çalışmanın amacı, kadın sağlığı için önemli bir dönem olan postpartum döneme ve bu dönemde sağlığı tehdit eden postpartum depresyona dikkat çekmek ve Halk Sağlığı Kurumu'na sağlığı koruma ve yükseltme çalışmalarında katkı sağlamaktır. Araştırmamıza katılan çocuk sahibi kadınlardaki depresyon prevalansı, benzer araştırmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda Postpartum Depresyon görülme prevalansı %34.6 'dır. Bu değer bize postpartum depresyon oranının gözardı edilemez ve önemli bir konu olduğunu vurgulamaktadır. Anne sağlığını korumanın aynı zamanda aile ve akabinde toplum

sağlığını korumak olduğunun bilincinde olarak, sağlık yönetimi ve sağlık hizmetini sunma aşamasında halk sağlığı kurumunun, aile hekimliği birimlerinde postpartum depresyon takibi üzerinde önemle durması gerekmektedir. Çünkü postpartum dönemde en çok annenin hizmet aldığı kurum şüphesiz aile sağlığı merkezleridir. Hem doğum sonu takip, hem bebek bağışıklama programları nedeniyle anne sık sık aile hekimliği birimlerine başvurmaktadırlar. Bu sayede görevlerinden biri de toplum sağlığını korumak olan Halk Sağlığı Müdürlükleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunduğu koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını, anne-bebek sağlığını daha da koruyarak, hizmetlerini efektif şekilde sürdürecektir.

Postpartum dönemde aile hekimliği birimlerinde gebe ve lohusa izlemlerinde postpartum depresyon konusunda standartlar oluşturulmalı ve lohusa takibi daha etkili şekilde yürütülmeli, gerekli durumlarda hasta sevki ve sonrasında takibi yapılmalıdır. Gerekiyorsa lohusanın daha kolay ulaşabileceği hizmet halk sağlığı kurumu tarafından sunulmalıdır. Bebek aşısı nedeniyle aile hekimliğine gelen lohusa, aile hekimliği birimlerinde oluşturulabilecek profesyonel birime yönlendirilebilir. Bu sayede hasta kaçıış olmamakla birlikte, hizmete kolay ulaşan hastanın takibi daha sağlıklı olabilir.

Çalışma bölgemizde depresyon saptanan kadın oranının çok yüksek olmasının nedenleri başka bir araştırma konusu olmakla birlikte, bu konuda sağlık çalışanlarının daha duyarlı olması gerektiği sonucuna varılmaktadır. Bu duyarlılığın gereği olarak da aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri, hemşire ve ebelere depresyon taramaları yapmaları konusunda önemli görevler düşmesinin yanı sıra takip sistemi de daha etkin hale getirilmelidir.

Kadınlarda gebelik ve doğum sayısı arttıkça depresyon arttığından, ailelerin kadının isteğini göz ardı etmeden ve sosyo-ekonomik koşullarını değerlendirerek bilinçli tercihlerle çocuk sahibi olması için gerekli bilgilendirmeler yapılarak farkındalık artırılmalıdır.

Aile hekimliği birimlerinde sağlık çalışanlarına Postpartum Depresyon önemi hakkında hizmetiçi eğitimler verilerek, farkındalık artırılabilir, anne ve bebek için ciddi bir tehdit oluşturan bu hastalığa karşı sağlık çalışanının daha duyarlı olması sağlanabilir ve uygun müdahalenin zamanında yapılması sağlanabilir. Depresyon gelişimini etkileyen tüm risk etmenleri aile hekimleri, ebe ve hemşireler tarafından dikkatle yorumlanmalı, korunma açısından çok yönlü politikalar geliştirilmeli ve gerekli danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Gebelerde yüksek düzeyde bulduğumuz depresyon ve onun sonucunda ortaya çıkan sorunlar, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi, yaşam biçimi gibi faktörlerden sağlık hizmetlerinin uygun düzenlenmesine kadar giden bir yelpazede, çok yönlü ve sektörler arası işbirliğini içeren bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Postpartum Depresyon rutin programında, depresyon taraması yerleştirilmeli, gerekli müdahaleler yapılabilmesi, depresyon bulunan kişiler için ulaşılabilir tanı-tedavi hizmetleri geliştirilmeli, hem kadının hem yenidoğanın sağlığı ile ilgili riskler azaltılmalıdır.



KAYNAKÇA

1. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6),2007: 479-484.
2. Taşkın L. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, IX. Baskı, Ankara, 2009: 275-455-486.
3. Karaçam Z. Normal Postpartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı, Kadın Sağlığı, Ed.:Ahsen ŞİRİN, Berday Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008:707-754.
4. Newport JD, Hosteter A, Arnold A. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures, J Clin Psychiatry, 63(7), 2002: 31-44.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Pschiatry Williams and Wilkins, Baltimore, 2000: 1276.
6. Mucuk S, Güler N. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılanma Durumu, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2002:11(1): 21-30.
7. Evans J, Heron J, Francomb H. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, BMJ, 2001:323- 257-260.
8. Kurt A, Kısa C. Postpartum Hüzün, 3P Dergisi, 2004:(ek 4); 7-11.
9. 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.
10. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology, Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge: University Press, 1998; 14-35.
11. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors, Arch Gen Psychiatry, 1991:48: 801-806.
12. Levy V. The maternity blues in post-partum and postoperative women , Br J Psychiatry, 1987:151:368- 372.
13. Beck CT, Gable RK. Comparative Analysis Of The Performance Of The Postpartum Depression Screening Scale With Two Other Depression Instruments, Nursing Research, 2001; 50: 242-250.

14. Askın R. “Depresyon El Kitabı”, 2. Baskı, Konya, 1999; 100-122.
15. Gülseren L. “Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme”, Türk Psikiyatri Dergisi, 1999;10: 58-67.
16. Erdem Ö. “ Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon”, Konuralp Tıp Dergisi, 2009;1(1): 32-37.
17. Matthey S, Barnett B, Howie P. Diagnosing Postpartum Depression In Mothers And Fathers: whatever happened to anxiety?, Journal Affect Disord ,2003;74: 139-147.
18. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17(4): 243-251.
19. Gitlin MJ, Pasnau RD. Psychiatric Syndromes Linked To Reproductive Function In Women; A Rewiew Of Current Knowledge, American Psychiatry ,1989: 146: 1413-1422.
20. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P. Puerperal Psychoses: A Clinical Case Study With Follow-Up, Journal Of Affective Disorders,1992;26: 25-30.
21. Pitt B. Atypical depression following childbirth, Biritish Journal Psychiatry 1968; 114: 1325- 1335.
22. Dalton K. Prospective Study Into Puerperal Depression, Biritish Journal Psychiatry 1971; 118: 689-692.
23. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM III-R), 1987’den (Çeviri ed: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), 1994’ten (Çeviri ed: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1995.
25. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Öztürk MO, Ulug B; Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
26. Gülseren L. Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10: 58-67.
27. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression, Compr Psychiatry, 2003;44: 234-46.

28. Robertson E, Grace S, Wallington T. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature, *General Hospital Psychiatry*, 2004;26: 289-295.
29. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders, *Lancet* 2004; 363: 303-310.
30. Soydan Çelikel A. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, *Gata Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi*, Ankara-2012.
31. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Horms RW. Incidence Of Postpartum Depression In Olmsted Counly, *Journal Of Reproductice Medicine*, Minnesota,1999;44: 351-358.
32. Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar, Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2003; 2(3): 42-46.
33. Erdem Ö. Doğum Sonrası Psikoz, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014; 6(1): 74-77.
34. Kırpınar İ, Özer H. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar(I), *Psycho Med* ,1995; 1(2): 55-59.
35. Bergant AM, Heim K, Ulmer H. Early Postnatal Depressive Mood: Associations With Obstetric And Psychosocial Factors, *Journal Psychosom*, 1999; 46(4): 391-400.
36. Özkan S. Psikiyatrik tıp, Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi, İstanbul: Roche Müstahzarları, 1993; 201-20.
37. Parry BL. Postpatum Psychiatric Syndromes, *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, 6. baskı, cilt 1, Kaplan HI, Sadock BJ (ed), Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; 1059-1066.
38. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 7.baskı, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 494-6.
39. Unterman RR, Posner NA, Williams. Postpartum Depressive Disorders: Changing Trends, *Birth*. 1990; 17(3): 131-7
40. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y. “ Mood Changes In The First Three Weeks After Childbirth”, *Journal Affective Disorders*, 1981; 3(4): 317-26.
41. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical Practice. Postpartum Depression. *New England Journey Medicine*, 2002; 18: 194-199.
42. Epperson CN. Postpartum Major Depression: Detection And Treatment, *American Family Physician*, 1999; 59: 2247-2257.

43. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum Depression: A review Of Postpartum Screening, Primary Care Update Ob/Gyns, 1997;4: 241-246.
44. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depresyon: A Crosscultural Perspective, Primary Care Update Ob/Gyns 1999; 6: 82-7.
45. Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi 2001.
46. İnandı T, Elçi Ö.Ç, Öztürk A. Risk Factors For Depression In Postnatal First Year, In Eastern Turkey, International J. Epidemiologist ,2002: 201-207.
47. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M. Prevalance Of Postpartum Depression in Turkey (Edirne) And Some Related Factors, Journal of Reproductive Medicine 2004; 49: 908-914.
48. Güra A, Özkan H, Ongun H. Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri, The Journal of the Child, 2004; 4: 168-172.
49. Leung BMY, Kaplan BJ. Perinatal Depression: Prevalance, Risks, and the Nutrition Link-A Review of the Literature, Journal of The American Dietetic Association, 109, 1566-1575, 2009.
50. Beck, CT. Predictors of Postpartum Depression, Nursing Research, 50 (5), 275-285, 200.
51. Bloch M, Rotenberg N, Koren D. Risk Factors For Early Postpartum Depressive symptoms, General Hospital Psychiatry, 2006; 28: 3-8.
52. Bina R. The Impact Of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review, Health Care For Women İnternational, 2008; 29: 568-592.
53. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski. Prospective Study Of Postpartum Depression: Prevalance, Course And Predictive Factors, Journal Abnorm Psychol,1984; 93: 158-171.
54. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect Of Estradiol On Postpartum Depression, Psychopharmacology ,(Berl) 1999; 146: 108-10.
55. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G. The Hormonal Environment Of Postnatal Depression, British Journal Psychiatry, 1989; 154: 660-7.
56. Odabaş O. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Aşı Merkezi ve Takip Polikliniğine Getirilen Bebek Annelerinde İlk 4 Aylık Dönemde Doğum Sonrası Depresyon ve Risk Etmenlerini Saptamak, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2009.

57. Thome M. Predictors Of Post Partum Depressive Symptoms In Icelandic Women, Arch Womens Ment Health, 2000; 3(1): 7-14.
58. LandyS, Montgomery J, Walsh S. Postpartum Depression: A Clinical View, Matern Child Nurse, J 1989; 18(1): 1-29.
59. Nicolson P. Understanding Postnatal Depression: A Mother Centred Ap Proach, Journal Of Advenced Nurse, 1990;15(6):689-95.
60. Hung CH. Psychosocial Features At Different Periods After Childbirth, Kaohsiung Journal Medical Science, 23 (2), 71-78, 2007.
61. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,10(3), 13-22, 2009.
62. Warren PL, McCarthy G, Corcoran P. Postnatal Depression in FirstTime Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum, Archives of Psychiatric Nursing, 1–11., 2010.
63. Howell EA, Mora P, Chassin MR, Leventhal H. Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth and Early Postpartum Depressive Symptoms, Journal of Women's Health, 19 (4), 703-707, 2010.
64. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postpartum Depresyon Yaygınlığı Ve Risk Faktörleri, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 26: 55-59.
65. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri, Güneş Kitapevi, İkinci baskı (çev; Aydın H, Bozkurt A.) ,Ankara. 2005; 174-176, 336-354
66. Hopkins J, Campbell SB, Marcus. Postpartum Depression And Postpartum Adaptation: Overlapping Constructs, Journal Affective Disord, 1989;17: 251-254.
67. Köroğlu E. Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, II.Baskı, Ankara, s.152-186, 2005.
68. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2), 105-120, 2006.
69. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, Konuralp Tıp Dergisi, 1(1), 32-37, 2009.
70. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri, Türkiye Klinikleri Gynecol Obst, 14, 252-256, 2004.

71. Taylor J, Johnson M. How Women Manage Fatigue After Childbirth, *Midwifery*, 26, 367-375, 2010.
72. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum Hüzün ve Depresyonlar, *Duygudurum Dizisi*, 2, 64-71, 2000.
73. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17, 126-133, 2007.
74. Ahn S, Youngblut JM. Predictors of Women's Postpartum Health Status in the First 3 Months After Childbirth, *Asian Nursing Research*, September, 1 (2), 136-146, 2007.
75. Posmontier B. Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53, 310- 318, 2008.
76. McVeigh CA. Anxiety and Functional Status After Childbirth, *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, March; 14-18, 2000.
77. Kızılkaya BN, Coşkun A, Yıldırım G. Doğum Olayının Kadının Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi, *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 22-29, 2003.
78. Özkan S, Sevil Ü. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanterinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 199-208, 2007.
79. Tulman L, Fawcett J. Return of Functional Ability After Childbirth, *Nursing Research*, 37 (2), 77-80, 1988.
80. McVeigh CA. Functional Status After Childbirth in an Australian Sample, *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 1998- 27, 402- 409.
81. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Prepartum, Postpartum And Chronic Depression Effects On Neonatal Behavior, *Infant Behav Dev*, 2005; 132-44.
82. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon, *3P Dergisi*, Aralık 2004; (ek 4): 12-20.
83. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled Prospective Study Of Post Partum Mood disorders: Comparison Of Child Bearing And Nonchild Bearing Women, *J Ab norm Psychol*, 1990; 99(1): 3-15.
84. Whiffen VE. Vulnerability Of Post Partum Depression: A Prospective Multi Variate Study, *J Abnorm Psychol*, 1988; 97(4): 467-74.
85. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, Partners Or Personality? Risk Factors For Postnatal Depression, *J Affect Disor*, 1991; 21(4): 245-55.

86. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social Support In Pregnancy: Psycho Social Correlates Of Birth Out Comes And Post Partum Depression, *J Pers Soc Psychol*, 1993; 65(6): 1243-58.
87. Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant Prevention Of Postnatal Depression, *Plos Med*, 2006; 3: 160-168.
88. Danacı AE, Dinç G, Deveci A. Postnatal Depression In Turkey: Epidemiological And Cultural Aspects, *Soc Psychiatr Epidemiol*, 2002; 37: 125-129.
89. Dennis CL. Can We Identify Mothers At Risk For Postpartum Depression In The Immediate Postpartum Period Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale?, *Journal Affect Disord*, 2004; 78: 163-169.
90. Eren Tİ. Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2007.
91. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon Derleme, Türkiye Klinikleri, *J. Med. Sci*, 29 (1), 206-214, 2009.
92. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum Depresyon, *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 357-364, 2009.
93. Aktaş D. Doğum Sonu Dönemde Depresyon Görülme Durumu ve Depresyon Gelişmesini Etkileyen Risk Faktörleri, Hacettepe Üniversitesi 67 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
94. Yozwiak JA. Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23: 172-178, 2010.
95. Kocamanoğlu B. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, 2008.
96. Correia LL, Linhares MBM. Maternal Anxiety In The Pre And Postnatal Period: A Literature Review, *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto, 2007; 15(4): 677-83.
97. Rasmussen SA, Tsuang TM. Clinical Characteristics And Family History In DSM III Obsessive Compulsive Disorder, *Am J Psychiatry*, 1986; 143: 317 – 22.
98. Akgün N. Obsesyonel Nevroz, 1. baskı. Nobel Tıp Kitabevi Ankara, 1989; s. 20-24.

99. Insel TR. Phenomology Of Obsessive Compulsive Disorder, J Clin Psychiatry, 1990; 51: 2 (suppl): 4-8.
100. Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete Bozuklukları, In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri, İkinci baskı. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, Ankara, 2005.
101. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothimic, Hypertimic And Depressive Temperaments As Subaffective Variants Of Mood Disorders, American Psychiatric Pres, Washington D.C. pp. 271 – 9.
102. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-Compulsive Disorders In Pregnancy And Childbirth, 2nd ed. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1990: 89-95.
103. Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum Onset Obsessive-Compulsive Disorder: diagnosis and management, Arch Womens Ment Health, 2004 Apr; 7 (2): 99-110.
104. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM. Obsessive-Compulsive Symptoms In Pregnancy And Puerperium: A review of the literature, J Anxiety Disorders, 2003; 17: 461-478.
105. Brockington I. Postpartum Psychiatric Disorders, Lancet, 2004; 363: 303-310.
106. Kaplan HI, Sadock BJ. Panic Disorder. In: Synopsis of Psychiatry, Williams and Wilkins, USA, 1998; p: 594-8.
107. Aksoy UM. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2006.
108. Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un Avatar Psychique Méconnu De La puerpéralité: La Névrose Traumatique Post-Obstétricale, Perspect Psychiatr, 1978;4: 321-28.
109. Kumar R. Anybody's child severe disorders of mother-infant bonding, Br J Psychiatry, 1997;171: 175-81.
110. TPD Bülteni, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 2014, cilt 17, sayı-2.
111. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E. Women With Anxiety Disorders During Pregnancy Are At Increased Risk Of Intense Postnatal Depressive Symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort, Eur Psychiatry, 2004 Dec;19 (8): 459-63.

112. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM. Measurement Issues In Postpartum Depression Part 2: assessment of somatic symptoms using the hamilton rating scale for depression, Arch Womens Ment Health, 2003 Feb;6(1): 59-64.
113. Weisberg RB, Paquette JA. Screening And Treatment Of Anxiety Disorders In Pregnant And Lactating Women, Womens Health Issues, 2002 Jan-Feb;12 (1): 32-6.
114. Bhagwanani S, Seagravesjk K. Relationship Between Prenatal Anxiety And Perinatal Out Come In Nulliparous Women, Journal of the National Medical Association, 89(2): 93-98.
115. Weightman H, Dalal BM, Brockington IF. Pathological Fear Of Cot Death, Psychopathology, 1998; 31: 246-49.
116. Thomas P, Severus WE. Managing Bipolar Disorder During Pregnancy And Lactation: is there a safe and effective option?, European Psychiatry, 2003; 18: 3-8.
117. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghöfer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, Robertson C. Protective Effect Of Pregnancy In Women With Lithium-Responsive Bipolar Disorder, J Affect Disord, 2000; 61: 31-39.
118. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck P Jr. The Impact Of Reproductive Events On The Course Of Bipolar Disorder In Women, J Clin Psychiatry, 2002; 63: 284-287.
119. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, Manber R, Viguera A, Suppes T, Altshuler L. Management Of Bipolar Disorder During Pregnancy And The Postpartum Period, Am J Psychiatry, 2004; 161: 608-620.
120. Altshuler L, Richards M, Yonkers K. Treating Bipolar Disorder During Pregnancy, Current Psychiatry Online, 2003; 2(7).
121. Ebrinç S, Çetin M, Öner Ö. Özel Gruplarda Bipolar Bozukluk Tedavisinde Atipik Antipsikotikler, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004; 14: 236-250.
122. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 8. baskı. (çev; Aydın H, Bozkurt A.) Ankara, Günes Kitapevi, 2007; 1537-1538, 2308.
123. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item, Edinburgh Postnatal Depression Scale, British Journal of Psychiatry, 150: 782-786, 1987.

124. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52, 1997.
125. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2015.
126. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When Depression Complicates Child Bearing: Guidelines For Screening And Treatment During Antenatal And Postpartum Obstetric Care, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009; 36: 771–788.
127. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte Depresyon, *J Med Sci*, 2008; 28: 525-532.
128. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal Depression: Prevalance, Risks, And The Nutrition Link-A Review Of The Literatüre, *J Am Diet Assoc*, 2009; 109: 1566- 1577.
129. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 Verileri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ana-Özet Rapor, Ankara, 2009.
130. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler, *Perinatoloji Dergisi*, 17 (3), 104-112, 2009.
131. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir’de Sezaryenle Doğum ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 14, 88-95, 2004.
132. Yaşar Ö, Kır F, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst*, 17, 414-420, 2007.
133. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye’de Postnatal Depresyon ve Etkileyen Faktörler, *J.Turkish-German Gynecol Assos*, 10, 14-20, 2009.
134. Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. Risk Factors for Postpartum Depression in a Well-Child Clinic: Maternal and Infant Characteristics, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61(1), 7-11, 2008.
135. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, Sohn C, Mundt C. Prevalance, Onset And Comorbidity Of Postpartum Anxiety And Depressive Disorders, *Acta Psychiatr Scand*, 2008: 118 459-468.
136. Aderibigbe YA, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal Emotional Disorders In Nigerian Women, *Br J Psychiatry*, 1993; 163: 645650.

137. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL. Patient Preference For Counselling Predicts Postpartum Depression, *J Affect Disord*, 2004; 83: 43-48.
138. Özdemir S. Konya İlinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Sosyodemografik Etmenler, Uzmanlık Tezi, Konya-2007.
139. DüNDAR PE. Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm> (erişim tarihi: 04.09.2006).
140. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence And Correlates Of Postpartum Depression In First-Time Mothers, *J Abnorm Psychol*, 1991; 100: 594-599.
141. Atar Gürel S, Gürel H. The Evaluation Of Determinants Of Early Postpartum Low Mood: the importance if parity and inter-pregnancy interval, *PubMed*,2000-91(1):21-4.
142. Aydemir N. BEAH Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2007.
143. Yılmaz EA. Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler ,Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2013.
144. Arslan A. Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Edirne-2012.
145. Apay ES, Pasinlioğlu T. Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 20-29, 2009.
146. Hocaoğlu Ç, Ayvaz S, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17: 243-251.
147. Augusto A, Kumar R, Calherios JM. Postnatal Depression In An Urban Area Of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls, *Psychol Med*, 1996;26(1):135-41.
148. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G. Obstetric, Somatic And Demographic Risk Factors For Postpartum Depressive Symptoms, *Obstet Gynecol*, 2002; 99: 223-228.
149. Klainin P, Arthur DG, Postpartum Depression in Asian Cultures: A Literature Review, *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1355– 1373, 2009.

150. Brown C, Madden PA, Palenchar DR, Cooper-Patric L. The Association Between Depressive Symptoms And Cigarette Smoking In An Urban Primary Care Sample, *Int J Psychiatry Med*, 2000;30(1):15-26.
151. Mancini F. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in the Collaborative Obstetric Practice, *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007; 52(5): 429-434.
152. Mezzocappa ES. Breastfeeding And Maternal Stress Response And Health, *Nutr Rev*, 2004; 62: 261-268.
153. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams&Wilkins, Baltimore, 1995;6(1).
154. Henshaw C. Clinical And Biological Aspects Of Postpartum Blues And Depression, *Current Opinion in Psychiatry*, 2000;13:635-8.
155. Warner R, Appeleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic And Obstetric Risk Factors For Postnatal Psychiatric Morbidity, *Br J Psychiatry*, 1996;168:607-11.
156. Duman Z, Köken NG, Kır ŞF, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri, *Perinatoloji Dergisi*, Cilt 15, Sayı 1, 2007.
157. Gül N. Normal Doğum ve sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, 2008.
158. Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates Of Self-Reports Of Being Very Depressed In The Months After Delivery: Results From The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, *Maternal and Child Health Journal*, 2002;6(4):247-53.
159. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*, Ankara, 2014.

EK-1 ANKET FORMU

Sayın katılımcı bu anket formu, OKAN ÜNİVERSİTESİ Yüksek Lisans Bitirme Tezi için hazırlanmıştır. Cevaplar bilimsel bir araştırma için kullanılacak ve bilgiler kesinlikle "gizli" tutulacaktır.

Anketimiz iki kısımdan oluşmaktadır. 30 sorudan oluşan 1. kısımda sizi tanımamızı amaçlayan Sosyodemografik Anket Formu, 10 sorudan oluşan 2. kısımda sizin son 7 gün içerisindeki duygusal durumunuzu değerlendirmeyi amaçlayan Edinburgh Ölçeği bulunmaktadır. Bütün soruları cevaplamanızı, cevaplar arasında kararsızlık yaşadığınız durumda size en yakın gelen şıkkı işaretlemenizi rica ederiz.

Katılımınız için teşekkürler.

1. Adınız Soyadınız :

2. Yaşınız (Gün/Ay/Yıl) :

3. Medeni durumunuz:

- Resmi nikahlı
- Birlikte yaşıyor
- Boşanmış
- Eşinden ayrı yaşıyor

4. Eğitim düzeyiniz:

- Okur yazar
- İlköğretim
- Lise
- Lisans
- Lisansüstü

5. Yaşadığınız yer:

- Kırsal
- Kentsel

6. Evde kaç kişi çalışıyorsunuz:

- Sadece ben
- Eşim ve ben
- Sadece eşim
- 2 kişiden fazla

7. Gelir düzeyiniz nedir:
- 0 - Asgari ücret
 - Asgari ücret - 1000 TL. arası
 - 1001 - 2000 TL. arası
 - 2001 - 3000 TL. arası
 - 3001 TL. ve üzeri
8. Sosyal güvenceniz var mı:
- Yok
 - SSK - Bağkur
 - Emekli Sandığı
 - Özel Sigorta
9. Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz:
- Eşinizle
 - Eşiniz ve çocuklarınızla
 - Eşinizin yakınlarıyla
 - Sizin yakınlarınızla
 - Diğer
10. Eşinizle aranızda akrabalık var mı:
- Var
 - Yok
11. Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı:
- Evet
 - Hayır
12. Kaç yaşında evlendiniz:
- 18 yaş ve altı
 - 19 - 25 yaş arası
 - 26 - 35 yaş arası
 - 36 yaş ve üzeri
13. Kaçınıcı gebeliğiniz:
- İlk gebelik
 - İkinci gebelik
 - Üçüncü gebelik
 - Dört ve üzeri

14. Kaç yıldır evlisiniz:
- 0 - 1 yıl ve altı
 - 1 - 5 yıl arası
 - 5 - 10 yıl arası
 - 10 yıl ve üzeri
15. İlk hamileliğiniz kaç yaşında gerçekleşti:
- 18 yaş ve altı
 - 18 - 25 yaş arası
 - 25 - 35 yaş arası
 - 35 yaş ve üzeri
16. Toplam gebelik sayınız:
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 ve üzeri
17. Yaşayan çocuk sayınız:
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 ve üzeri
18. Bundan önceki gebeliklerinizde bebek kaybı yaşadınız mı:
- Evet
 - Hayır
19. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı (şeker, tansiyon, kalp rahatsızlığı) Varsa belirtiniz:
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
20. Gebeliklerinizde doğuştan sağlık sorunu olan çocuğunuz var mı? Varsa belirtiniz:
- Evet
 - Hayır
21. Gebeliğiniz boyunca düzenli doktor kontrolüne gittiniz mi:
- Evet
 - Hayır

22. Gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi:
- Evet
 Hayır
23. Gebeliğinizde herhangi bir psikolojik travma yaşadınız mı:
- Evet
 Hayır
 Farkında değilim
24. Gebeliğiniz boyunca sigara kullandınız mı:
- Evet
 Hayır
25. Gebeliğiniz boyunca alkol kullandınız mı:
- Evet
 Hayır
26. Doğumunuzu nerede yaptınız:
- Evde
 Devlet Hastanesinde
 Fakülte Hastanesinde
 Özel Hastanede
27. Doğum şekliniz :
- Normal doğum
 Sezaryen ile doğum
28. Doğum sonrası izninizden sonra çalışmayı planlıyor musunuz:
- Evet
 Hayır
29. Bebeğinizin bakımında size yardımcı olacak birisi var mı :
- Evet
 Hayır
30. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz:
- Sadece anne sütü
 Anne sütü + mama
 Sadece mama
 Diğer

EK-2 EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

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

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

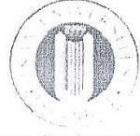
- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

**EK-3 OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKET ÇALIŞMASI İZİN İSTEMİ BELGESİ**



OKAN ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : B086YÖK20ÜE6800000/900/48

Konu : Anket Çalışması


İstanbul, 17.06.2013

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAMSUN İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE;

Sağlık Bilimleri Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi 122009391 numaralı Banu Şişli " **Postpartum Depresyon Prevelansı ve Aile Hekimliği Birimlerinde Postpartum Depresyon Takip Yeterliliği**" başlıklı çalışmasını, Yrd. Doç.Dr. Neşe Çapraz danışmanlığında yürütmektedir. Kurumunuza bağlı birimlerde yapılacak çalışmada ekteki anketin uygulanabilmesi için gereğini arz ederim.

Saygılarımla,


Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
Rektör Yardımcısı

Ek 1: Anket Formu

**EK-4 SAMSUN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ANKET
ÇALIŞMASI İZİN BELGESİ**



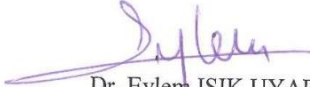
T.C.
ATAKUM KAYMAKAMLIĞI
Toplum Sağlığı Merkezi

Sayı :28102386 -900-99/ 1929
Konu :Tez Başvurusu Hk.

27.09.2013

Syn.Banu ŞİŞLİ

Halk Sağlığı Müdürlüğünün 19.09.2013 tarihli ve 15219 sayılı Tez başvurusu hakkındaki yazısı ektedir.


Dr. Eylem İŞİK UYAR
Toplum Sağlığı Merkezi
Sorumlu Hekim

EK;1 adet resmi yazı

Esenevler Mah.319. Sk.No:4
Atakum/SAMSUN 55200
Telefon:0362 4392454-4384408 faks:0362 4381444
e-posta:atakumtsm@gmay.com

Ayrıntılı bilgi için irtibat:Hem.İ.YUKSEL



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 82427230.05.00-156-02
Konu : Banu ŞİŞLİ'nin
Tez Çalışması Hk.

Aile Hekimliği Uygulama Şubesi	
Sayı	15219
Tarih	19.09.2013

ATAKUM TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Atakum Mimar Sinan ASM de ASE olarak görev yapmakta olan, Okan Üniversitesinde yüksek lisans öğrencisi Banu ŞİŞLİ'nin "Post Partum Depresyon Prevelansı ve Aile Hekimliğinde Post Partum Depresyon Takip Yeterliliği" konulu tez çalışmasına ilişkin talebi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığına iletilmiştir. Bu kapsamında, adı geçen çalışma Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Birinci basamakta sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deantoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde gelişecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezlerde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi gerekmektedir.


Söz konusu araştırmanın Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan değerlendirilmesinde; çalışmada kullanılacak olan sosyo demografik özelliklerin tespiti anketinde 3 üncü soruda yer alan medeni durum sorusunun ayrıntılandırılmasının çalışmanın sonuçları ile bağlantılı değilse bilimsel ve etik açıdan uygun olmayacağı, çalışma adı geneli yansıttığından evrenine göre yeniden düzenlenmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

Ayrıca, araştırmacı tarafından çalışma sonunda katılımcı anne adaylarının ve annelerin sorunlarının ve riskli durumlarının tespit edilmesi durumunda gerekli yönlendirmeyle birlikte desteğin sağlanması ve araştırmanın doktora düzeyinde bir sorumlu tarafından koordine edilmesi gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından araştırma izin talebi uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçları içeren bir rapor örneğinin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgi ve gereğini rica ederim.


Uzm. Dr. Ertan UZUN
Halk Sağlığı Müdürü