

**T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

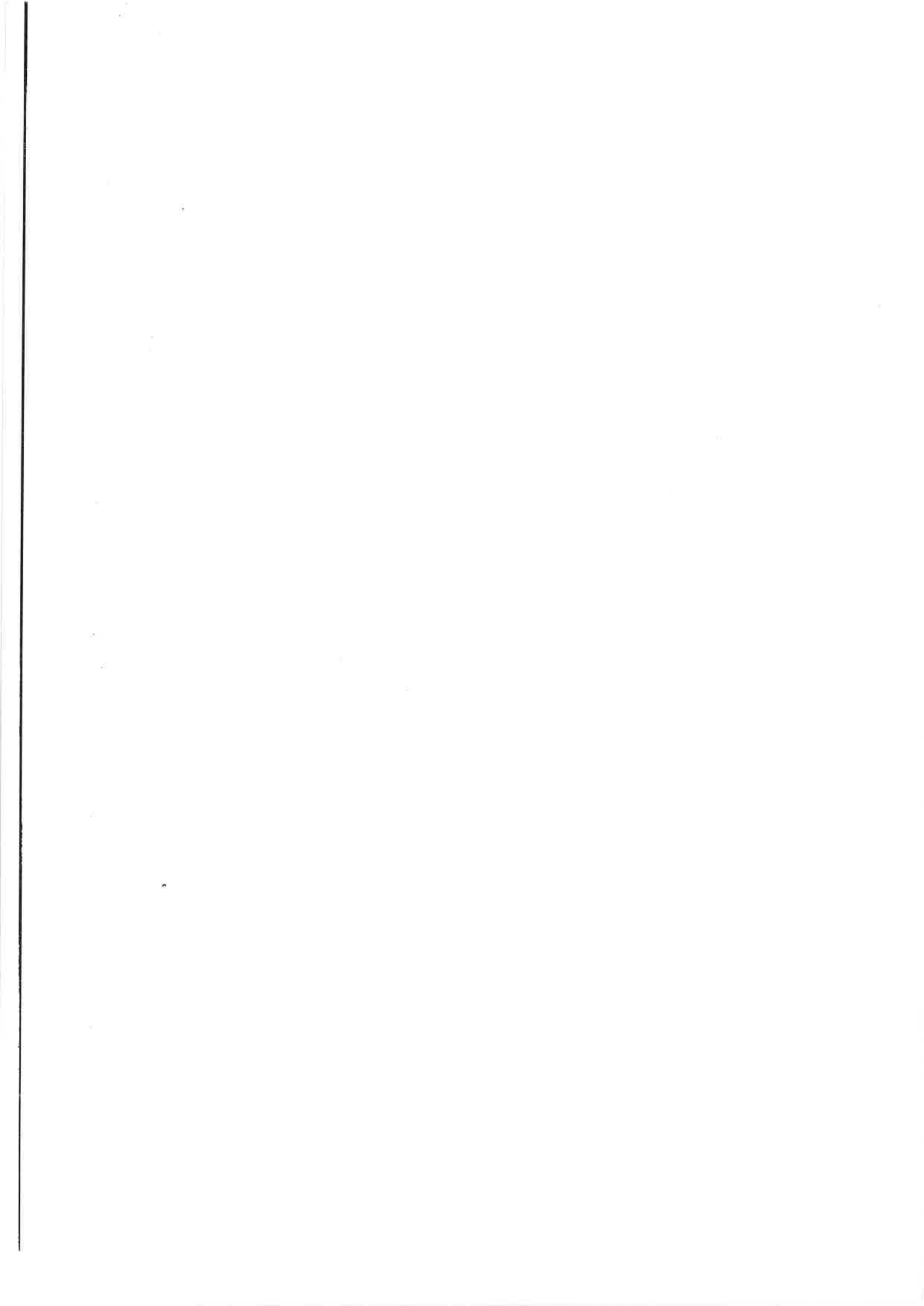


**POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

**Dr.Tuba Duygu COŞKUN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yard.Doç.Dr. Sergülen AYDIN**

Kars 2016





İÇİNDEKİLER

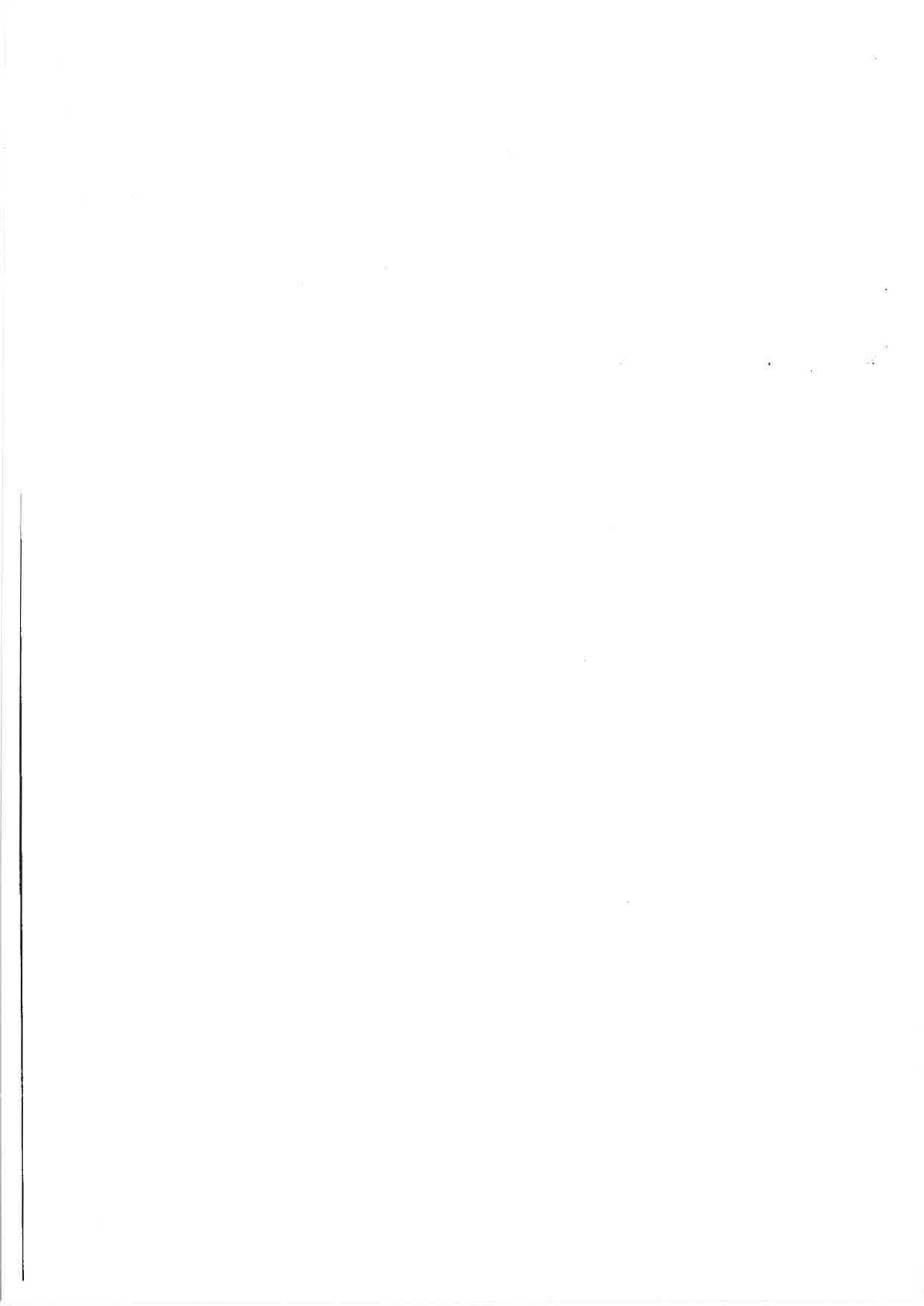
GİRİŞ	.....	1
GENEL BİLGİLER	.....	4
Postpartum duygulanım bozuklukları	.....	4
Postpartum hüznü	.....	5
Postpartum depresyon	.....	5
Postpartum depresyonun epidemiyolojisi	.....	7
Postpartum depresyonun risk faktörleri	.....	7
Postpartum depresyonun nedenleri	.....	14
Postpartum depresyonun klinik özellikleri	.....	19
Postpartum depresyonun tedavisi	.....	21
Postpartum psikoz	.....	23
GEREÇ ve YÖNTEM	.....	25
BULGULAR	.....	28
TARTIŞMA	.....	49
ÖZET	.....	54
ABSTRACT	.....	55
KAYNAKÇA	.....	56
EK	.....	68

TABLÖLAR

Tablo 1	.....	4
Tablo 2	.....	9
Tablo 3	.....	10
Tablo 4	.....	11
Tablo 5A	.....	29
Tablo 5B	.....	30
Tablo 6	.....	32
Tablo 7	.....	34
Tablo 8	.....	36
Tablo 9	.....	37
Tablo 10	.....	39
Tablo 11	.....	41
Tablo 12	.....	43
Tablo 13	.....	44
Tablo 14	.....	45
Tablo 15	.....	46
Tablo 16	.....	48

KISALTMALAR

- EDSDÖ** : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- PPD** : Postpartum depresyon
- HCG** : Human Chorionic Gonodotropin
- HPL** : Human Placental Laktogen
- GnRH** : Gonadotropin-Releasing Hormone
- FSH** : Follicle Stimulating Hormone
- LH** : Luteinizing Hormone
- DHEA-S** : Dehidroepiandrosteron sülfat
- DHEA** : Dehidroepiandrosteron
- 5-HT** : Serotonin
- GABA** : Gamma-aminobutyric acid
- PKOS** : Polikistik Over Sendromu
- DHP** : Dihydrofolic acid
- THP** : Tetrahydrofolic acid
- TSH** : Tiroid Stimülan Hormon
- EKT** : Elektro Konvülsif Tedavi
- SSRI** : Selective Serotonine Reuptake Inhibitor
- TSA** : Trisiklik Antidepresanlar
- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- ASB** : Aile Sağlığı Birimi
- EPPDS** : Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası
- EDSDÖ** : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği



**POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIğI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

KARS

1.1.2016

GİRİŞ

Gebelik kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Gebelik döneminde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişimler kadının ruhsal alanına yansır. Bu nedenle gebelik, fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadında stres yaşatan bir durum olabilmekte ve kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (1,2).

Gebelik ve doğuma ilişkin herhangi bir komplikasyon olmasa bile, doğum sonrası dönemde kadın sağlığı, daha çok ruhsal rahatsızlıklar tarafından olumsuz yönde etkilenebilir. Birçok kadın gebelik ve doğum ile ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda ise hafif, orta veya şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (3, 4, 5).

Majör depresyon kadınlarda en çok görülen ruhsal bozukluktur ve giderek daha fazla kadını, özellikle çocuk doğurma yıllarında etkilemektedir (6). Depresyon oranlarının hemen doğumu izleyen dönemde arttığına ilişkin yaygın kanı, özellikle son 20 yılda konu ile ilgili yapılan çalışmalarca da desteklenmiştir. Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ise ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastane başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (7). Kadınlar doğum sonrasındaki ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde baskın olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle doğum sonrası depresyon anlaşılır (8,9).

Postpartum dönemde duyarlılığın arttığı tarihsel olarak bilinmektedir ve bu dönemdeki ruhsal durum geleneksel olarak tablonun şiddetini yansıtacak şekilde ; postpartum hüznün (annelik hüznü, postpartum blues), postpartum depresyon ve postpartum psikoz şeklinde 3 kategoriye ayrılmaktadır (10). Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki benzerlikler, bazı durumlarda klinik tanı koymayı güçleştirebilir. Uykuda, iştahta ve libidoda değişiklikler ile yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla

beraber, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum mizaç bozukluklarında konfüzyon, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel değişiklikler daha fazla görülür. Uyku bozukluğu sık görülen prodromal bir semptomdur (11).

Sağlık personelleri hem kendinin, hem de bebeğinin sağlığından aşırı endişe duyan kadınlarda doğum sonrası depresyon olabileceği yönünde şüphe duymalıdır (2). Çoğu kadın sorunlarını depresyon olarak algılamaz, yine çoğu bu konuda destek arayışı içinde değildir. Bu konuda yardım arayışında olan bir kadın da çoğu kez bebeğinin doktorundan bu konuda bir yardım alabileceğini düşünmez. Ağır doğum sonrası depresyonu olan kadınların yalnızca %50'den azı belirtilerini depresyon olarak değerlendirmektedir (9).

Risk altında olduğundan şüphelenilen kadınlar, her trimester en az bir kez ya da semptom şiddetine göre daha sık olmak üzere, postpartum 6–12. haftaya kadar izlenmelidir. Özellikle rekürren depresyon epizodları olan ve gebelikte antidepresan idame tedavisini kesen kadınlar, postpartum rekürrens açısından daha fazla risk altındadır (9). Postpartum depresyon geçiren bir kadının, öntündeki 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığı, postpartum depresyon geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazladır (12).

Postpartum depresyon, özellikle hafif veya orta şiddette olduğunda ve annenin yardım arayışı desteklenmediğinde, sinsice başlayıp gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatışı gerektirecek derecede ağırlaşabilir (10).

Annenin yaşadığı bu durumdan, anneye beraber çocuklar ve aile de etkilenir. Bu sorunun yaşandığı aileler; çocuğun istenmemesi, ailenin dağılması, kişinin kendine zarar vermesi gibi durumlarla karşılaşabilir (2, 13-15). Ayrıca bu ailelerde doğan çocukların uzun dönemde bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimi de olumsuz etkilenir (16).

Doğum sonrası depresyon hekimlerin, hemşire ve ebelerin ve ev ziyaretleri yapan diğer sağlık personellerinin ilgilenmesi gereken bir konudur (13). Doğum sonrası depresyon oluşumunu azaltan ve erken tedavi edilmesini sağlayan önemli bir yaklaşım da gebelik sırasında yaşanan depresyonu tanımlamaktır (17-19).

Doğum sonrası depresyon tanısı esas olarak klinik görüşme ile konmaktadır. Bunun yanında, kadının ruhsal durumunu değerlendirmek için kullanılabilen bazı standart kendini bildirim tarama araçları da mevcuttur. Depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu araçlar psikolojik sıkıntının derecesi hakkında bilgi verebilir ve kadının doğum sonrası depresyonda olduğunu gösterebilirler (20, 21). Çalışmamızda Cox ve ark. tarafından 1987'de geliştirilen Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği(EDSDÖ)'ni kullandık. Bu ölçek, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik ve tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir.

GENEL BİLGİLER

Postpartum Duygulanım Bozuklukları

Doğum ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri bilinmektedir (22), fakat gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858'de Victor Luis Marce tarafından öne sürülmüştür (23). Gebelik ve doğum sonrası, birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (24).

Postpartum duygulanım bozuklukları tipik olarak üçe ayrılır;

- postpartum hüzün,
- nonpsikotik postpartum depresyon ve
- puerperal psikoz(25).

Tablo 1: Postpartum Duygulanım Bozuklukları: Başlangıç, Süre ve Tedavi Özeti (25)

Bozukluk	Prevelans	Başlangıç	Süre	Tedavi
Hüzün	% 30-75	3.-4. gün	Saatler-günler	Güven kazandırma
Postpartum Depresyon	% 10-15	12 ay içinde	Haftalar-aylar	Genellikle tedavi gerekir.
Puerperal Psikoz	% 0.1-0.2	2 hafta içinde	Haftalar-aylar	Genellikle hospitalizasyon gerekir.

Postpartum Hüzün

Postpartum hüzün, en sık gözlemlenen doğum sonrası duygu durum bozukluğu olup, tahmini prevalansı % 30-75 aralığındadır (26). Semptomlar doğum sonrası birkaç gün içinde, genellikle 3.-4. gün, başlar ve saatlerden birkaç güne kadar sürer. Duygu durum değişkenliği, irritabilite, ağlama, yaygın anksiyete, uyuma ve yeme bozukluğu semptomları arasındadır. Postpartum hüzün tanım olarak; zaman sınırlı, hafif, içini rahatlatmaktan başka tedavi gerektirmeyen bir ruhsal durum olup, semptomları günler içinde yatıştır (27,28).

Postpartum hüzün gelişme eğilimi; psikiyatrik geçmişle, çevresel stresörlerle, kültürel durumla, emzirmeyle veya doğumla ilişkili değildir (29). Fakat bu faktörler, eğer hüzün majör depresyona yol açarsa etkili olabilir (30). İleriye dönük çalışmalar, gebelik sırasında duygudurum ve kaygı belirtilerinin yanı sıra "bebek üzücü"nın de, doğum sonrası majör depresyon dönemi geçirme olasılığını artırdığını göstermiştir (31). Postpartum hüznü olan kadınların %20 kadarında doğumun ilk yılında majör depresyon gelişebilir (32,33).

Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon(PPD), majör depresif bir bozukluktur. Doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlar, ancak bu süre bir yıla kadar uzayabilir (34). DSM-5 tanı ölçütlerine göre de majör depresif bozukluğun belirleyicileri grubunda yer almakta olup, 'doğum zamanı(peripartum) başlayan' olarak sınıflandırılmıştır. Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki majör depresyon dönemi için ya da tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanmıyorsa, en son majör depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir. Duygudurum dönemleri gebelik sırasında ya da doğum sonrası başlamış olabilir (31).

Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri (31)

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
 3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma.
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma(ajitasyon) ya da yavaşlama.
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Kadınlar doğum sonrasındaki ilk yıl içinde, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışındaki artış açısından risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde daha sık görüldüğünden, doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle akla postpartum depresyon gelmektedir (9).

Farklı kültürlerde farklı ölçek ve farklı zaman aralıkları ile yapılan çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı, doğum sonrası izlem süresine göre öngörüler değişmekle birlikte, kadınların %3-6'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde majör depresyon dönemi geçireceği öngörülmektedir (31). Birçok çalışmada, postpartum depresyon prevalansı %6-16, postpartum depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuş olmakla birlikte (26, 35-39), genel toplumdaki sıklığının yaklaşık %10 olduğu kabul edilir (9). Postpartum depresyon görülme sıklığı ile ilgili çelişkili verilerin nedeni, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmeleri, örneklem hacmi ve populasyon farklılığı ve farklı tanı koyma aracına bağlıdır (3, 6, 36, 40- 42,).

Postpartum majör depresyon dönemlerinin %50'si gerçekte doğum öncesi başlar. Dolayısıyla bu dönemler, topluca doğum zamanı(peripartum) olarak adlandırılır. Doğum zamanı majör depresyon dönemleri olan kadınlarda, çoğu zaman ağır kaygı hatta panik atakları olur. İleriye dönük çalışmalar, gebelik sırasında duygudurum ve kaygı belirtilerinin yanı sıra "bebek üzücü"nın de doğum sonrası majör depresyon dönemi geçirme olasılığını artırdığını göstermiştir (31).

Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

Doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir (43). Doğum sonrası dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi açısından riskli bir dönemdir. Kadınlar, özellikle doğum sonrası ilk 1 yıl psikiyatrik hastalık geçirme bakımından anlamlı düzeyde risk altındadırlar(13,44,45).

Doğum sonrası depresyonun etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünölmektedir, ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açık değildir. Bununla birlikte, bazı risk etmenlerini taşıyan kadınlarda doğum sonrası depresyonun daha sık göröldüğü bilinmektedir (9).

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi faktörlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşöndürmektedir (5,46).

Yapılan bir çalıma, hayatlarını kendilerinden ziyade dış etmenlerin kontrol ettiği görüşünde olan annelerin, postpartum depresyon açısından daha riskli olduğu yönünde bulguların varlığını bildirmektedir (40).

Postpartum depresyonun risk faktörlerini araştırmak için yapılmış çok sayıda çalıma mevcut olup dört sistematik review şu faktörleri belirlemiştir:

- Psikopatolojik geçmiş, postnatal depresyonu da içeren,
- Yetersiz sosyal destek,
- Zayıf evlilik ilişkisi ve
- Son zamanlardaki yaşam olayları (47-51)

Tablo 2 ve 3 da O'Hara&Swain ve Beck'in meta-analizlerinin özeti mevcuttur.

Tablo 2: O'Hara ve Swain'in Meta-Analizinin Özeti(1996) (25)

Çalışma ve Katılımcı Sayısı	Çalışmanın Yapıldığı Yer	Değişkenler İncelendiğinde	Etki Büyüklüğü Seviyesi	Yorumlar
77 Çalışma 12,210 Katılımcı	Avrupa K. Amerika Asya Japonya Australasia	Sosyodemografik	Önemsiz	Çok iyi tasarlanmış meta-analiz Etki büyüklüğünü saptayabilmek için yeterince güçlü Tüm faktörler antenatal ölçüldüğü için prediktif gücü yüksek Tüm çalışmalar risk faktörlerini ölçmek için standardize araçlar kullanmış Çok sayıda çalışma tanı için klinik görüşme kullanmış Kısıtlılıklar: 3/77 çalışma basılmamış
		Klinik Faktörler Gebelik sürecinde depresyon Prenatal anksiyete Depresyon öyküsü Ailede depresyon öyküsü	Orta/ Güçlü Orta Orta İlişkisiz	
		Obstetric& İnfant İlişkili Faktörler Obstetric ve gebelik komplikasyonları	Az	
		Psikolojik Faktörler Bilişsel özellikler Nevrotik	Az Orta	
		Sosyal Faktörler Yaşam olayları Sosyal destek Evlilik durumu Evlilik ilişkisi (DYAS) Gelir	Orta Orta İlişkisiz Az Az	

Tablo 3: Beck'in Meta-Analizinin Özeti(2001) (25)

Çalışma ve Katılımcı Sayısı	Çalışmanın Yapıldığı Yer	Değişkenler İncelendiğinde	Etki Büyüklüğü Seviyesi	Kısıtlılıklar
84 Çalışma Yaklaşık 3000 katılımcı	Avrupa K. Amerika G. Amerika Asya Japonya Australasia Afrika Orta Doğu Çin	Klinik Faktörler Gebelik sürecinde depresyon Prenatal anksiyete Annelik hüznü Depresyon öyküsü	Orta Orta Az Orta	30/84 basılmamış yayın Basılmamış yayın sayısı fazla olduğu için doğru örneklem büyüklüğünü hesaplamak mümkün değil
		Obstetric& İnfant İlişkili Faktörler Plansız/istenmeyen gebelik Çocuk bakımı stresi İnfant karakteri	Az Orta Orta	Postpartum ölçülen faktörler annenin depresif duygudurumundan etkilenmiş olabilir
		Psikolojik Faktörler Öz saygı	Orta	Bazı değişkenler için hangi araçların ya da ölçümlerin kullanıldığını saptayamadı
		Sosyal Faktörler Yaşam stresi Sosyal destek Evlilik durumu Evlilik ilişkisi Sosyoekonomik durum	Orta Orta Az Orta Az	Bazı faktörler duygudurumu yansıtabilir, örnek olarak öz saygı, çocuk davranışı raporu Birkaç çalışma depresyon tanısı koymak için klinik görüşme kullanmış Farklı araçlar kullanıldığında çıkan farklı sonuçları saptayamıyor O'Hara & Swain'e kıyasla yetersiz dar tanımlı kavram kullanılmış

Tablo 4: Postpartum Depresyon ile İlişkili Psikososyal Risk Faktörleri Çalışmaları (52)

Çalışma (kanıt sınıfı)	Tasarım	Örnek	İlişkili Faktörler	Kısıtlılıklar
Kumar ve ark. (II-1)	Prospective cohort	119 hasta Londra, İngiltere’de antenatal klinikte görüldü, bunların çoğu orta veya üst sınıftı.	Evlilik uyumu, anne-ebeveyn ilişkisi	Sonuçlar genellenemiyor; ününden dolayı kadınların tercih ettiği bir klinik olabilir.
O’Hara ve ark. (II-1)	Prospective cohort	362 hasta kamusal obstetric/jinekoloji kliniğinde görüldü ve iki özel uygulama Iowa’da bir eğitim hastanesinde yapıldı.	Evlilik uyumu, yaşam olayları, psikiyatrik bozukluk, antepartum depresyon	Minör ve majör vakaları içeriyor; bazı ölçümlerin geçerlik ve güvenilirlikleri belirtilmemiş.
Whiffen (II-1)	Prospective cohort	Vancouver toplum sağlığı prenatal sınıfından 124 anne alındı.	Evlilik uyumu, yaşam olayları, antepartum depresyon	Düşük(%70) yanıt oranı; cevap vermeyenler karakterize edilmemiş.
O’Hara ve ark. (II-1)	Prospective cohort	170 hasta Iowa’da kamusal obstetric/jinekoloji kliniğinde ve özel uygulamalarda görüldü.	Evlilik uyumu, sosyal destek, yaşam olayları, psikiyatrik bozukluk	Minör ve majör vakaları içeriyor; sosyal ağ ölçümünün geçerlik ve güvenilirliği belirsiz.
Paykel ve ark. (II-1)	Vaka kontrol	Londra, İngiltere hastanesi postnatal kliniğine başvuran 120 beyaz kadın	Evlilik uyumu, yaşam olayları, psikiyatrik bozukluk	İki görüşmeci; aralarında güvenilirlik belirlemesi yok; Raskin Three Area Depresyon Skalası ve Son Zamanlardaki Yaşam Olayları Görüşmesi’nin geçerlik ve güvenilirlikleri belirtilmemiş.
Watson ve ark. (II-1)	Prospective cohort	Güney Londra, İngiltere’de bir antepartum klinikte 24. gebelik haftasından önce görülen 128 kadın	Evlilik uyumu, yaşam olayları, psikiyatrik bozukluk, antepartum depresyon	Katılımcılarla psikolojik değerlendirme için aylık iletişim kurma
O’Hara (II-1)	Prospective cohort	99 hasta Iowa’da kamusal obstetric/jinekoloji kliniğinde ve özel uygulamalarda görüldü.	Evlilik uyumu, sosyal destek, psikiyatrik bozukluk	Katılımcıların eğitim seviyesi yüksekti; bazı ölçümlerin geçerlik ve güvenilirlikleri belirtilmemiş.

Tablo 4: Postpartum Depresyon ile İlişkili Psikososyal Risk Faktörleri Çalışmaları
devam (52)

Çalışma (kanıt sınıfı)	Tasarım	Örnek	İlişkili Faktörler	Kısıtlılıklar
Boyce ve ark. (II-1)	Prospective cohort	170 hasta Sydney, Avustralya'da kamusal bir doğum evinde görüldü.	Evlilik uyumu, Anne-ebeveyn ilişkisi	İkinci trimester sürecinde depresyonu olan kadınlar çıkarıldı; Edinburg Postnatal Depresyon Skalası kendini sınırlayan minör hastalıkları içeriyor.
Cox ve ark. (II-1)	Prospective cohort	105 hasta Edinburgh, İskoçya'da antepartum kliniklerde 20. gebelik haftasından önce görüldü.	Evlilik uyumu	Kadınların küçük bir kısmı o günkü ilk randevuda görüldü, dolayısıyla örnek gerçekten rastgele değil
Martin ve ark. (II-2)	Vaka kontrol	236 katılımcı; çoğu vaka İngiltere South Manchester Üniversite Hastanesi Psikiatri yatan hasta servisinden, kontrol grubu genel popülasyondandı.	Sosyal destek, yaşam olayları	Sonuçlar genellenemiyor.
Cutrona ve ark. (II-1)	Prospective cohort	55 anne bir üniversite hastanesi obstetric kliniğinden ve Lamaze ve egzersiz sınıflarındandı(konumu belirtilmemiş)	Sosyal destek	Küçük örneklem; Beck Depresyon Ölçeği hafif vakaları içeriyor ve tekrar test etkisi olabilir.
Cutrona (II-1)	Prospective cohort	Iowa'da Lamaze sınıflarına başvuran ya da gazete ilanlarını yanıtlayan 71 anne bir eğitim hastanesinin obstetric kliniğinde görüldü.	Sosyal destek, yaşam olayları	Social Provisions Skalası gebeler için onaylanmamış ve test-tekrar test güvenilirliği düşük.
Stein ve ark. (II-1)	Prospective cohort	483 anne Oxford, İngiltere'de bir hastanenin antepartum kliniğinde görüldü.	Sosyal destek	Montgomery Asberg depresyon sklasının geçerlik ve güvenilirliği belirtilmemiş.
O'Hara ve ark. (II-1)	Prospective cohort	170 anne Iowa'da kamusal obstetric/jinekoloji kliniğinde ve özel uygulamalarda görüldü.	Yaşam olayları, anne-ebeveyn ilişkileri, antepartum depresyon	Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış; yaş ortalamasından genç olan, büyük olasılıkla yalnız olan ve diğer katılımcılardan daha siyah olan katılımcılar dışarıda bırakıldı.

Tablo 4: Postpartum Depresyon ile İlişkili Psikososyal Risk Faktörleri Çalışmaları devam (52)

Çalışma (kanıt sınıfı)	Tasarım	Örnek	İlişkili Faktörler	Kısıtlılıklar
Hapgood ve ark. (II-1)	Prospective cohort	66 anne Yeni Zelanda'da hastanelerin antepartum kliniklerinde ve özel uygulamalarda görüldü.	Psikiyatrik bozukluk, antepartum depresyon	Antenatal değerlendirme 36. Haftada yürütülmüş; bu yüzden bazı geriyedönük raporlama gerekmiştir.
O'Neill ve ark. (II-2)	Vaka kontrol	Dublin, İrlanda'da 66 postnatal toplum sağlığı hemşire ziyareti	Psikiyatrik bozukluk	Kontrol grup verileri pratisyenler ve toplum sağlığı hemşiresi tarafından sağlanmış.
O'Hara ve ark. (II-1)	Prospective cohort	99 kadın Iowa'da kamusal bir obstetric/jinekoloji kliniğinde ve özel uygulamalarda görüldü.	Psikiyatrik bozukluk, antepartum depresyon	Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.
Gotlib ve ark. (II-1)	Prospective cohort	London, Ontario 'da 295 anneden oluşan heterojen topluluk	Antepartum depresyon	Diğer katılımcılara kıyasla antepartum depresyon geçirmiş olma ihtimali olan katılımcılar dışarda bırakıldı.

Tablodaki kanıt gücü sınıflaması aşağıdaki şekildedir (52):

Class I: kanıt randomize kontrollü veya iyi tasarlanmış natural-history çalışmasından elde edilmiştir.

Class II-1: kanıt prospective kohort çalışmasından elde edilmiştir.

Class II-2: kanıt vaka-kontrol veya sistematik literatür review çalışmalarından elde edilmiştir.

Class II-3: kanıt farklı yerleri veya popülasyonları karşılaştıran ya da tanımlayıcı çalışmalardan elde edilmiştir.

Class III: kanıt geleneksel reviewlerden(overview) ya da sahadaki uzman görüşünden elde edilmiştir.

Postpartum Depresyonun Nedenleri

Gebelik sürecinde artış gösteren progesteron ve östrojenin, doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygu durum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiş (5,40) olduğu gibi; psikiyatrik bozukluklarla ilişkili nörotransmitter sistemler ile HCG (Human Chorionic Gonadotropin) ve HPL (Human Placental Laktogen) arasında bağlantı içeren herhangi bir bilgi de bulunmamaktadır (53).

Gebelik ve emzirme süresince GnRH'nın (Gonadotropin-Releasing Hormone) hipotalamustan salınımı baskılanır. Sistemik dolaşımdaki düzeyinin ölçümü kolay değildir. İnsanda herhangi bir duygu durumu bozukluğu ya da davranış ile ilişkisi iyi çalışılmamıştır. Hayvanlara verildiğinde ise cinsel davranışa olan ilgisini arttırmıştır. GnRH kaynaklı olarak, FSH (Follicle Stimulating Hormone) ve LH (Luteinizing Hormone)'nin doğum sonrası serum konsantrasyonları ilk iki hafta düşüktür, 3. haftada ise artmaya başlar. Postpartum duygu durum bozuklukları ile düzeylerinin değiştiğine dair bir bulgu yoktur. Beta endorfinin gebeliğin son dönemlerinde dolaşım düzeyleri artar ve doğum boyunca çok yüksek düzeylerde seyreder. Doğumdan sonraki birkaç saat içinde hızla düşer. Kan beyin bariyerini geçemez ve santral sinir sisteminde bir yansıması yoktur. Prolaktin gebelik süresince yaklaşık 20 kat artar, emzirmeyen kadınlarda doğum sonrası 2 haftada normal düzeyine gelir, emzirenlerde 6 aya kadar uzar, emzirme sürdürülürse de 1 yıla dek yüksek kalabilir. Hipotalamusta yüksek prolaktin düzeyleri dopamin salınımında artışa neden olabilir. Prolaktinin beyin diğer dopamin sistemleri üzerine tutarlı etkisi ya da dopamin bağlayıcı bölgelere spesifik etkisi gösterilememiştir. Bir çalışmada striatumda böyle bir artış gösterilmiş fakat bir sonraki çalışmada teyid edilmemiştir. Çocuk doğurmamış kadınlarda hiperprolaktinemi depresyon, anksiyete ve hostilete ile birlikte (54-59).

Östrojen gebelik döneminde plasenta ve fetus tarafından beraberce üretilir. Plasenta esas olarak androjenlerden (özellikle anne ve bebeğin adrenal bezleri

tarafından üretilen DHEA-S (Dehidroepiandrosteron sülfat)'ten) dönüştürerek östrojen üretir. Plazma östrojen düzeyleri gebeliğin başlangıcından itibaren dramatik ve çizgisel bir şekilde 300 kata kadar artar. Doğumdan sonra ise hızlıca düşer. Doğumdan 3 saat sonrasında plazma seviyesi, gebelik öncesi plazma seviyesinin onda birinin altına düşer, 24 saat sonrasında ise %2'si kadardır. Plazma düzeylerinin en düşük olduğu dönem doğumdan sonraki 1 haftalık süredir. Emzirmeyen kadınlarda plazma östrojeni 3 hafta sonraki folliküler fazda artarken, emziren kadınlarda ise 60-180 gün süreyle menstrüel döngü geri gelene kadar düşük kalır. Östrojen, duyu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluğu etiyojisinde etkili nörotransmitterler ile yakın ilişkilidir. Eksojen östradiol, hayvan beyindeki serotonin (5-HT) ve noradrenalin reseptör frekanslarını değiştirmektedir (60,61), ratların korteksinde beta adrenoreseptör bağlanmasını azaltmaktadır. Oofektomi, antidepresanların yol açtığı 5-HT₂ reseptör down regülasyonunu önlemektedir. Bu bulgularla birlikte doğum sonrası hızla gelişen östradiol yoksunluğunun 5-HT₂ ve noradrenalin sistemleri üzerine etkisi net iken, depresif bozukluk geliştirmedeki rolü henüz net değildir. Östradiolün hayvanlarda dopamin sistemi üzerine nöroleptik benzeri etkisi gösterilmiştir (62). Östradiol, ratlardaki striatal dokuda dopamin reseptör fonksiyonunu değiştirmiştir. Dopamin reseptör yoğunluğunu arttırmış, uzun dönemde ise yoksunluğu dopamin süpersensitivitesi yaratmıştır (63). Yüksek östradiol düzeyleri, tirozin hidroksilaz aktivitesini azaltarak dopamin sentezini azaltmaktadır (64). Hayvan çalışmalarından sağlanan bu bulguları, gebelik süresince giderek artan ve doğumdan sonra ise giderek azalıp yok olan östrojenin, bir dopamin süpersensitivitesi oluşturduğu şeklinde yorumlamak mümkündür (65).

Progesteron da gebelik süresince artar ve bu artış son dönemlerde folliküler fazdaki düzeyin 170 katına çıkar. Progesteron; 6-7. haftaya kadar overlerden, daha sonra ise plasentadan üretilir. Doğumdan sonraki 3. günde luteal, 1. Haftada ise folliküler fazdaki düzeyin altına iner. Progesteronun metaboliti olan allopregnenalon GABA (gamma-aminobutyric acid) tip A reseptörüne bağlanır ve GABA etkisini inhibe eder (66). Düşük dozlarda progesteron uygulamasıyla oluşan sedatif ve hipnotik etki, benzodiadepin ve barbitüratların etkisine benzer (67). Progesteronun GABA tip A reseptörü üzerine etkisi aynı zamanda serotonerjik sistemle ilişkilidir. Bu etkinin yeri dorsal raphe nükleusudur ve burası inhibitör 5HT_{1A} ve eksitator

alfal adreno reseptörlerce yönetilir. Burada GABA agonizması 5HT inhibisyonu doğurmaktadır (68). İlginç olarak plazma düzeyi etnik farklılıklar gösterir (69).

Oksitosinin sosyal bağlanma üzerindeki olumlu rolü bilinmektedir. Doğumdan sonra annelik davranışının başlaması için olması yaşamsaldır. Stres düzenleyici ve depresyondan koruyucu etkisini, stresle indüklenen ACTH ve kortizol sekresyonunu azaltarak yaptığı iddia edilmiştir (70).

Doğumdan hemen sonra tiroid hormonlarında da dalgalanmalar olur. Gebelik süresince karaciğerde tiroksin bağlayıcı globülin sentezinin artmasına ikincil olarak total T3 ve T4 yükselir, fakat serbest T3, T4 düzeyleri aynıdır, TSH'da ise bir değişiklik izlenmez. Söz konusu tiroid disfonksiyonu TRH'ya TSH yanıtındadır ve genellikle duygudurum belirtileri ile birlikte (71).

Kortizolün de serbest ve bağlı plazma düzeyleri gebelik süresince artar ve doğumda en yüksek noktasına ulaşır. Doğum sonrası dönemde ise kademeli olarak, genellikle ilk haftanın sonunda, gebelik öncesi düzeylerine geri döner (71).

Testesteronun plazma düzeyi gebelik boyunca, özellikle de belirgin olarak 3. trimesterde artış gösterir (72). Bu durum, östrojen artışına paraleldir ve karaciğerde testesteron bağlayıcı protein sentezinin artışından dolayıdır. Bu nedenle serbest testesteron düzeyi görece stabildir. Doğum sonrası düşüş de benzer şekilde olmaktadır. Bir çalışma erişkin kadın duygu durumu ve davranımı üzerine testesteron etkisini doğrulamaktadır (73).

Polikistik over sendromu (PKOS); pubertede başlar ve kanda yüksek testesteron düzeyleri ile karakterizedir. PKOS olan kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında anksiyete, öfke ve agresyon açısından fark yoktur; depresyon ise daha sık bulunmuştur. Kanda serbest testesteron düzeyleri ile depresyon puanları arasında ilişkili bulunmuştur. 252 gebenin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde testesteron düzeyleri bakılmış ve depresyon puanları arasında doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (74). Bir diğer çalışmada ise 20 gebe kadın gebeliklerinin son iki ayında ve postpartum ilk iki ayda izlenmiş olup, yüksek progesteron düzeyleri daha geniş amplitüdümlü duygu durumu dalgalanmalarıyla; yüksek DHEA düzeyleri ise

daha iyi bir duygu durum düzeyi ile birlikte bulunmuştur. Postpartum dönemde duygu durum ve testesteron düzeyi arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır (75).

Gebelik boyunca DHEA ve DHEA-S'nin kan düzeyleri, büyük ölçüde östrodiol çevrildiklerinden dolayı azalır (76). Doğum sonrasında ise bazal düzeylerine dönerler. DHEA, en yaygın üretilen adrenal steroid hormondur; iyi olma, umutlu olma hissini oluşturur. Nöron koruyucu, yaşlılığı önleyici etkileri vardır. Nükleus akumbensteki DHEA, erken başlangıçlı depresyon ile ilişkili bulunmuştur (77).

Mesolimbik ve mezokortikal dopamin sistemleri gonadal steroidlere duyarlıdır. Daha çok östrojen olmak üzere, östrojen ve progesteronun da ödül sistemleri üzerine bir etkisi olabilir. Midfolliküler fazda amigdala ve orbitofrontal korteks aktivitesi luteal fazdakinden daha aktif bulunmuştur (78). Östradiolün suprafizyolojik düzeyleri dihidrofolat(DHP) ve tetrahidrofolat(THP) birikimini ve 5 alfa redüktaz aktivitesini yani androjen sentezini azaltmaktadır. Bozulan östradiol/ progesteron oranı ve androjen dengesi de postpartum duygudurum bozuklukları etyolojisinde sorumlu tutulanlar arasında gösterilmektedir (79).

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son 3 ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir (5,80).

Prolaktin düzeyi doğum sonrası 1. haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile postpartum depresyon arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (5).

Yapılan bir çalışmada tükürükte bakılan progesteron ve prolaktin seviyesi ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, bebeğini emzirmeyen annelerde tükürük progesteron düzeyi ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunurken, emziren annelerde bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak bebeğini emziren ve emzirmeyen annelerde depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür (81).

Geç başlangıçlı postpartum depresyon tiroid hastalıklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri, doğumdan sonra tiroid stimulan hormon (TSH)'un azalmasıyla giderek düşebilmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına incek şekilde süren bu azalma bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabilir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtiler daha sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikörlerinin ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir (5,80).

Psikoanalitik kuram, postpartum depresyondan bağımsız, kendindeliliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Anne yalnızca alıcı rolünü kaybetmiş, besleyici rolünü üstlenmiştir. Gebeliğin sona ermesi, fetusla olan yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin ya da bir aile üyesinin kaybını hatırlatabilmektedir (5,80). Anne olmak, kadın için olgunlaşma anlamında bir dönüm noktasıdır. Genç kadın hastaneden taburcu olup eve dönünce artık hem anne hem de ev kadını rolleriyle aniden yeni sorumluluklarla baş başa kalır ve gerek bebeğine, gerekse yeni ailesine uyumda zorluk çeker (24).

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (5,40).

Ayrıca gebe kadınların kendi anneleri ile ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir.(5, 40, 82-85)

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (5, 82). Nicolson, postpartum depresyonu

açıklamada 2 model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal modelde doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, entelektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir. Buna göre, postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (5,42).

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda emzirmemenin doğum sonrası depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (86,87). Yapılan bir çalışmada biberonla besleyen annelerin %31’inde, sadece anne sütü verenlerin ise %13’ünde depresif belirtilerin olduğu saptanmıştır (16). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise sadece anne sütü ile besleyenlerin biberonla besleyen annelere göre daha az depresif belirti gösterdiği saptanmıştır (17). Mezzacappa ve Katlin çalışmalarında annelerin beslenme öncesi ve sonrasında duygu durumlarını değerlendirmiş ve emziren annelerin emzirme sonrası olumsuz duygularında azalma olduğunu, biberonla besleyen annelerin ise bebeğin beslenmesi sonrasında olumsuz duygularında artış olduğunu saptamışlardır (18)

Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Postpartum depresyonun anne, annenin evliliği ve bebek üzerindeki önemli etkilerinden dolayı, PPD tanısının konulması, tedavi edilmesi ve korunulması çok önemlidir (88). Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle sıkıntılarıyla ilgili belirtilerini saklamaları doğum sonrası depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır (5). Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok normal fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği,

halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda görülen belirtilerle aynı olduğu, bu nedenle yalnız belirtilere odaklanan araştırmaların yanıltıcı sonuçlar verebileceği belirtilmektedir (5).

Postpartum depresyonlu kadınların %60'ının ilk depresyon atağında olduğu saptanmıştır (89). Postpartum depresyon, doğumdan 2-3 hafta sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar ancak, başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4.-5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir. Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (5,80).

Postpartum depresyonda, postpartum olmayan depresyondan farklı olarak psikotik belirtiler daha siktir, klinik görünüm aksamaları daha kötüdür, daha kısa sürer ve daha az özkıyım düşüncesi vardır. Postpartum depresyonu postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan bir çalışmada uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal postpartum dönemde de görülebildiği; enerji kaybı, duygudurum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi ve istek kaybı gibi belirtilerin sadece depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (90). Postpartum depresyonlu kadın uykusuzluk, sık ağlama, kişisel görünümüne dikkat etmeme, kendini değersiz hissetme, dikkat eksikliği gibi davranışlar gösterebilir, kendini yalnız ve umutsuz hissedebilmektedir (91,24).

Annenin duygu durumu ve davranışları annenin, ailenin ve çocuğun çeşitli zorluklar yaşamasına sebep olmaktadır. Postpartum depresyon annenin sosyal yaşamını, mesleki işlevselliğini, anne-çocuk arasında oluşan ilişkiyi, bebeğin bilişsel ve duygusal gelişimini, annenin bebek bakımını ve ebeveynliği öğrenmesini etkileyebilmekte ve hayat kalitesini düşürebilmektedir. (5, 92, 93). Zayıf anne-bebek ilişkisi, bebeği reddetme veya istismar etme gibi anne-bebek ilişkisinde ağır bozukluk, postpartum depresyonlu kadınlarda çok siktir (94). Postpartum depresyon

ayrıca uzun dönem bilişsel bozukluk, duygusal zorlanma ve davranış problemleri açısından artmış riskle ilişkilidir (95).

Depresyonlu annelerin bebekleri; sosyal ilişkilerinde ve duygulanımda bozukluk, negatif duygularda artma ve kortizol reaktivitesinde yükseklik gösterebilirler (96).

Postpartum Depresyonun Tedavisi

PPD tedavisindeki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise, belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı koyulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (5,80).

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektro konvülsif tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir (5,97). Postpartum depresyonlu kadınların kendine ve bebeğine zarar verme ihtimali sorgulanmalı ve gerektiğinde yatırılarak tedavi edilmelidir (26).

Psikoterapötik tedaviler ile beraber bireysel danışmanlığın, postpartum depresyon tedavisinde etkin olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (97). Psikoterapinin amacı, kadının duygularını anlamasını ve dışa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (98). Bazı çalışmalar depresif atak başlangıcından önce bu müdahalelerin uygulanmasının, bozukluğu etkin bir şekilde önleyebildiğini değerlendirmişlerdir. (99-101)

Postpartum depresyon tedavisinde annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (1).

Sosyal destek eksikliği postpartum depresyon riskini artıran önemli etkenlerden biri olarak bilinmektedir (44, 86, 97, 102). Sosyal destek, stres oluşturan bir durumda

kişiyeye yakınlarının maddi- manevi yardımını olarak tanımlanabilir (103). Sosyal destek kişinin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olup, stres oluşturan durumları ortadan kaldırırsa da bireyin endişe ve çaresizlik hissini azaltıp, stresle baş edebilmesi için yeni yöntemler bulma konusunda istekliliğini arttırmakta, özgüvenini arttırıp, strese daha kolay tahammül etmesini sağlamaktadır (104, 105). Sosyal çevreden alınan yardımın içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygusunu azaltır ve stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırır (106). Sosyal destek kişilerin özsaygı, sevgi, bağlılık ve bir gruba aidiyet gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılar; bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu etkiler (107, 108).

Destekleyici eğitimlerin doğum sonrası depresyon tanısında, önlenmesinde ve tedavisinde önemli olduğu saptanmıştır (109, 110). Yapılan çalışmalar ruh sağlığı hemşirelerinin postpartum depresyonlu kadınlara yapılan ev ziyaretleri ve burada verilen eğitim sonrasında, depresif belirtilerinde belirgin azalma, anne-çocuk ilişkisinde ilerleme ve kadınların hayat kalitesinde artma saptanmıştır (111, 112).

EKT, hastalığın şiddetli formunda bir seçenek olarak değerlendirilmelidir (113). Postpartum depresyon tanısı alan kadınlara antidepresan başlamak uygun bir tedavi yaklaşımıdır. Tedavide ilk seçenek olarak selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar tercih edilmelidir, çünkü bu ilaçların yüksek dozlarda alındığında dahi toksik etkileri çok düşüktür. Bunun yanında hastanın önceden cevap verdiği herhangi bir antidepresan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Trisiklik antidepresanlar (TSA) uyku problemi çeken hastalarda kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiazepin uygulanması faydalı olabilir (1,114). Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (114-116). Hastanın altı-sekiz haftalık bir tedaviye yanıtı varsa, hasta tam remisyona girdikten sonra tekrarlamayı önlemek için en az altı ay daha aynı dozda tedavi sürdürülmelidir. Altı hafta sonunda yanıt yoksa, hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (114).

Özellikle besin destekleri ve hormona müdahaleler gibi alternatif biolojik tedaviler, postpartum depresyon için potansiyel önleyici girişimler olarak

değerlendirilmiştir (117, 118). Bazı araştırmacılara göre östrojen de postpartum depresyon tedavisinde etkin bir seçenektir, fakat bu tedavi protokolü üzerine yapılmış kontrollü çalışma bulunmamaktadır (5, 97, 119).

Emzirme postpartum depresyon tedavisinde önemlidir. Bebek beslenmesindeki önemi dışında, emzirmenin bırakılmasıyla oluşacak sosyal baskı ve suçluluk hissi kadına ek bir stres nedeni olacaktır, fakat bütün antidepresanlar süte geçmektedir. EKT ise emziren annelerde ve bebekte herhangi bir risk oluşturmadan postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmaktadır (119). EKT tedavisinin doğumdan sonraki ilk 4-5 hafta içinde uygulanması önerilmemektedir. Bu dönemde EKT tedavisinin derin ven trombozuna, pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (120). Bir ay içerisinde farmakolojik tedaviden fayda alınamayan durumlarda bir kısım araştırmacının görüşü EKT uygulanması iken, diğer bir kısım araştırmacılar ise tabloda özellikle delüzyonel depresyon belirginse, daha erken dönemde ve daha sık aralıklarla EKT uygulanması gerektiğidir (113).

Postpartum Psikoz

Doğum zamanı başlayan duygu durum dönemleri psikoz özellikleri gösterebilir ya da göstermeyebilir. Bebeğini öldürme eyleminin en sık görüldüğü dönemler, bebeğini öldürmesiyle ilgili komut varsanlarının ya da bebeğin içine şeytan girdiğiyle ilgili sanrıların olduğu doğum sonrası psikoz dönemleridir, ancak doğum sonrası ağır duygu durum dönemlerinde de yukarıda sözü edilenlere benzer özgül sanrılar ya da varsanılar olmaksızın başka psikoz belirtileri ortaya çıkabilir. Psikoz özellikleri gösteren doğum sonrası duygu durum (majör depresyon ya da mani) dönemleri, 1/500-1000 doğumda ortaya çıkıyor gibi görünmektedir ve ilk doğum sonrası daha sık görülüyor olabilir. Psikoz özellikleri gösteren doğum sonrası dönemlerin ortaya çıkma olasılığı, daha önceden doğum sonrası duygu durum dönemi geçirmiş kadınlarda özellikle yüksektir, ancak geçirilmiş depresyon ya da iki uçlu bozukluk (özellikle iki uçlu I bozukluğu) öyküsü olan ve ailesinde iki uçlu bozukluk öyküsü bulunan kadınlarda da yüksektir. Bir kadın bir kez psikoz özellikleri gösteren doğum sonrası dönem geçirmişse, bu durumun sonraki her doğumda yineleme olasılığı % 30-50 arasında değişir. Doğum sonrası dönemler,

doğum sonrası evrede ortaya çıkan deliryumdan ayırt edilmelidir. Bilinç ve dikkat düzeyinde dalgalanmalar olması deliryumu düşündürür. Doğum sonrası evre, nöro-endokrin değişimlerin derecesi ve ruhsal-toplumsal uyum süreci, hastanın emziriyor olmasının tedavi sürecini etkileyebilmesi ve doğum sonrası duygu durum bozukluğu geçirmiş olma öyküsünün, daha sonra çocuk yapmak isteyip istememeyi etkileyebilecek olması yüzünden çok özel bir evredir (31).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi: Tanımlayıcı.

Araştırmanın evreni: 2014 yılı içerisinde il genelinde toplam doğum sayısı 5846'dır. İlde toplam 80 aile hekimi görev yapmaktadır. Buna göre aile hekimi başına düşen ortalama lohusa sayısı 73 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı 4 ASM'de bulunan 16 Aile Sağlığı Birimi'nde 2014 yılında ortalama lohusa sayısı 1168 (16x73) olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örnekleme: Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, 27.03.2015-24.12.2015 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır. Bu tarihler arasında ASM'lerine 623 kadın müracaat etmiş olup, bunlardan doğum sonrası 12 ayını bitirmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 409 kadın çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Formları: Araştırma için gerekli verilerin toplanması amacıyla 2 form hazırlanmıştır. Birinci form; anne ve aileye ilişkin sosyodemografik, sosyoekonomik, biyodemografik ve sağlık hizmet kullanımı ile sağlık özelliklerini içermekte iken; ikinci form ise postpartum depresyon riskini belirleyen Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir.

1-Sosyodemografik Özellikler: Kadının ikamet yeri, kadın ve eşinin yaşı, kadın ve eşinin eğitimi, yaşadıkları aile tipi, buldukları hane halkının büyüklüğü, bebeğin cinsiyeti, eşlerin akrabalık durumu ve evlenme usulü.

2-Sosyoekonomik Özellikler: Erkeğin işi, kadının işi, sosyal güvence durumu ve eve giren gelirin geçinmeye yetme durumu.

3-Biyodemografik Özellikler: Kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ölü doğum yapmış olma, bebek ölümü varlığı, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı.

4-Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Sağlık Özellikleri: Doğum öncesi bakım alma durumu, kadında ruhsal hastalık hikayesi ve kadının ailesinde (Anne, baba ve kardeş) ruhsal hastalık hikayesi.

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası(EPPDS): EPPDS; 1987'de İngiltere'de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla Cox ve arkadaşları tarafından hazırlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek; tarama amaçlı olarak geliştirilmiş olup, postpartum depresyon riskini belirlemeye yöneliktir. Depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (121).

EPPDS'nin Türkçe formunun adı 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir (1). Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur (121).

Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EPPDS'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur. EDSDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ ($p<0.0001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir.

EPPDS 10 sorudan oluşmakta ve cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmektedir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Soruların puanlanması farklılık göstermektedir. 1., 2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler ise ters olarak giderek azalan şiddettedir ve 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlamaları yapılır. Ölçeğin toplam puanı, bu sorulara verilen cevapların puanlarının toplanması ile hesaplanır. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (122,123).

Çalışmamızda EPPDS kesme puanı 12 olarak alınmıştır.

Araştırma Verilerinin Toplanması: Veriler, Aile sağlığı birimlerinde bulunan ebe/hemşireler tarafından, kadından sözlü onam alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın ön denemesi; farklı ASM'de hizmet alan, bir yılını doldurmamış on lohusa ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın etik onayı Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan alınmıştır. Ayrıca Halk Sağlığı Kurumundan, ilgili ASM'lerinden veri toplanması için onay alınmıştır.

Veri Toplama Formlarının Uygulanması: Kars ili Merkez ilçesindeki seçilmiş birimlere başvuran annelere, araştırmacının kendisi tarafından çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek formları doldurmaları istenmiştir.

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi: Verilerin istatistiksel analizi için SPSS paket programı kullanılmıştır (20.0 versiyonu). Tanımlayıcı tablolarda frekans ve yüzdeler; analitik tablolarda ikili karşılaştırmalarda Khi-kare testi (önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$); PPD'a etki eden faktörlerin belirlenmesinde ise lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Kadın ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 5A ve 5B'de gösterilmiştir.

Tablo 5A. Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikleri (Kars, 2015)

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Kadının yaşı		
19 yaş ve altı	25	6,1
20-29	247	60,4
30 yaş ve üzeri	137	33,5
Eşin yaşı		
19 yaş ve altı	4	1,0
20-29	116	28,4
30 yaş ve üzeri	289	70,7
Kadının eğitimi		
Okuryazar değil	8	2,0
Okuryazar	10	2,4
İlkokul	98	24,0
Ortaokul	85	20,8
Lise	84	20,5
Üniversite	124	30,3
Eşin eğitimi		
Okuryazar değil	-	-
Okuryazar	8	2,0
İlkokul	39	9,5
Ortaokul	72	17,6
Lise	140	34,2
Üniversite	150	36,7
Toplam	409	100,0

Tablo 5B. Kadınlara ve eşlerine ilişkin sosyodemografik özellikleri (Kars, 2015)

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
İkamet yeri		
Köy/belde	80	19,6
İlçe merkezi	42	10,3
İl merkezi	287	70,2
Aile tipi		
Geniş aile	163	39,9
Çekirdek aile	246	60,1
Evlenme şekli		
Görücü usulü ile	189	46,2
Anlaşarak	220	53,8
Resmi nikâh		
Var	404	98,5
Yok	5	1,5
Eş ile akrabalık		
Var	85	20,8
Yok	324	79,2
Evde yaşayan kişi sayısı		
4 ve altı kişi	200	48,9
5 ve üzeri kişi	209	51,1
Toplam	409	100,0

Kadınların yaş ortalaması 28,9 ve standart sapması $\pm 6,6$; erkeklerin ise yaş ortalaması 33,3 ve standart sapması $\pm 6,5$ 'dir. Kadınlar en fazla (%60,4) 20-29 yaş grubunda bulunmakta iken, erkekler en fazla (%70,7) 30 yaş ve üzeri grupta bulunmaktadır. Gerek kadın (%30,3) ve gerekse eşlerinde (%36,7).en fazla üniversite mezunu bulunmaktadır. Diğer yandan kadınların %2,0'sinin okuma ve yazması bulunmaz iken erkeklerde okuma ve yazmayan bulunmamaktadır (Tablo 5A).

Kadınların %70,2' si kent merkezinde yaşamakta, %39,9'u geniş ailede yaşamakta, yaklaşık yarısı (%47,2) görücü usulü ile evlenmiş, %1,5'nin resmi nikâhı bulunmamakta, %20,8'i eşi ile akraba, %51,1'inin evinde 5 ve daha fazla kişi yaşamaktadır (Tablo 5B).

Tablo 6. Kadın ve eşinin sosyoekonomik özellikleri (Kars, 2015)

Sosyoekonomik özellikler	Sayı	Yüzde
Kadının sağlık güvencesi		
Yok	8	2,0
Yeşil kart	74	18,0
Sosyal güvenlik kurumu	327	80,0
Kadının işi		
Devlet işi	100	24,4
Özel sektör	50	12,2
Çiftçi ve ev kadını	259	63,3
Erkeğin işi		
İşsiz	12	2,9
Devlet işinde çalışan	142	34,7
Özel sektörde çalışan	101	24,7
Kendi hesabına (Esnaf)	54	13,2
İş buldukça çalışan (ara işler)	51	12,5
Çiftçi	49	11,9
Eve giren gelir		
Evin geçimine rahat yetiyor	215	52,6
Evin geçimine ancak yetiyor	151	36,9
Evin geçimine yetmiyor	43	10,5
Toplam	409	100,0

Tablo 6'da kadının ve eşinin sosyoekonomik özellikleri görülmektedir. Kadınların %2,0'sinin sağlık güvencesi bulunmamakta ve % 24,1'i kamu sektöründe çalışmakta iken, erkeklerin %34,7'si kamu sektöründe çalışmaktadır. Araştırma grubunun %10,5'i eve giren gelirin geçinmelerine yetmediğini belirtmektedir.

Tablo 7. Kadınların biyodemografik özellikleri (Kars, 2015)

Biyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Kendiliğinden düşük öyküsü		
0	333	81,4
1	56	13,7
2 ve üzeri	20	4,9
İsteyerek düşük öyküsü		
0	377	92,2
1 ve üzeri	32	7,8
Ölü doğum öyküsü		
0	399	97,6
1	10	2,4
Bebek/çocuk ölümü öyküsü		
0	388	94,9
1	21	5,1
Yaşayan çocuk sayısı		
1	149	36,4
2	112	27,4
3	94	23,0
4 ve daha fazla	54	13,2
Toplam gebelik sayısı		
1	127	31,1
2	96	23,5
3	89	21,8
4 ve daha fazla	97	23,7
Toplam	409	100,0

Tablo 7’de kadınların biyodemografik özellikleri görülmektedir. Tabloda, takip edildiğinde yaklaşık her 100 kadından 20’sinin spontan düşüğü, %7,8’inin isteyerek düşüğü, %2,4’nün ölü doğum yaptığı, %5,1’inin bebek/çocuk ölümü olduğu, %13,2’sinin 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu, %23,7’sinin ise en az dört ve üzeri gebelik yaşadığı görülmektedir.

Tablo 8. Kadınların doğum ve sağlık özellikleri (Kars, 2015)

Doğum özellikleri	Sayı	Yüzde
Doğum öncesi bakım (DÖB)		
DÖB alan	375	91,7
DÖB almayan	34	8,3
Doğumun olduğu yer		
Doğum evi/devlet hastanesi	321	78,5
Üniversite hastanesi	54	13,2
Özel muayenehane	24	5,9
Diğer (evde, yolda)	10	2,4
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	208	50,9
Erkek	201	49,1
Kadında ruhsal hastalık öyküsü		
Var	28	6,8
Yok	381	93,2
Kadının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü		
Var	21	5,1
Yok	388	94,9
Toplam	409	100,0

Kadınların %8,3'ü doğum öncesi bakım almamıştır. Kadınların %78,5'i doğumunu doğum evi/devlet hastanesinde yapmıştır ve doğan çocukların yarısı erkektir. Ayrıca kadınların %6,8'inin kendi, %5,1'inin ise ailesinde (anne, baba, kardeşler) ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır (Tablo 8).

Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezinden sağlık hizmeti kullanan kadınların %24,9'unda EPDS skoru 12 ve üzerindedir.

Tablo 9. Kadın ve eşinin yaş ve eğitiminin PPD üzerine etkisi (Kars, 2015)

Yaş	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	p
Kadının yaşı	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
19 yaş ve altı	23 (92,0)	2 (8,0)	25 (100,0)	6,505	0,025
20-29	189 (76,5)	58 (23,5)	247 (100,0)		
30 yaş ve üzeri	95 (69,3)	42 (30,7)	137 (100,0)		
Kocanın yaşı					
19 yaş ve altı	4 (100,0)	-	4 (100,0)	2,820	0,244
20-29	82 (70,7)	34 (29,3)	116 (100,0)		
30 yaş ve üzeri	221 (76,5)	68 (23,5)	289 (100,0)		
Kadının eğitim düzeyi					
8 yıl ve daha az	81 (68,1)	38 (31,9)	119 (100,0)	4,385	0,036
9 yıl ve üzeri	226 (77,9)	64 (22,1)	290 (100,0)		
Eşin eğitim düzeyi					
8 yıl ve daha az	34 (72,3)	13 (27,7)	47 (100,0)	0,210	0,647
9 yıl ve üzeri	273 (75,4)	89 (24,6)	362 (100,0)		
Toplam*	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

*Satır yüzdesi

Tablo 9'da yaş ve eğitim gruplarının PPD üzerine etkisi görülmektedir. 19 yaş ve altı grubun %8'inde PPD görülürken 30 yaş ve üzeri grubun %30,7'sine PPD görülmektedir. Diğer taraftan 19 yaş ve altı eşe sahip kadınlarda PPD görülmezken 20-29 yaş grubu eşe sahip kadınların %29,3'de PPD görülmektedir. Kadının yaşı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta iken ($p=0,025$), kadının eşinin yaşı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,244$). Kadın yaşı arttıkça PPD görülme sıklığı artmaktadır.

Tablo 10. Kadının bazı demografik özelliklerinin PPD üzerine etkisi (Kars, 2015)

İkamet yeri, aile tipi ve evde yaşayan kişi	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
İkamet yeri					
Kır	86 (68,3)	40 (31,7)	126 (100,0)	4,508	0,034
Kent	221 (78,1)	62 (21,9)	283 (100,0)		
Aile tipi					
Geniş	121 (74,2)	42 (25,8)	163 (100,0)	0,099	0,753
Çekirdek	186 (75,6)	60 (24,9)	246 (100,0)		
Evde yaşayan kişi sayısı					
4 ve altı	152 (76,0)	48 (24,0)	200 (100,0)	0,184	0,668
5 ve daha fazla	155 (74,2)	54 (25,8)	209 (100,0)		
Evlenme şekli					
Görücü usulü	151 (79,9)	38 (20,1)	189 (100,0)	4,384	0,036
Anlaşarak	156 (70,9)	64 (29,1)	220 (100,0)		
Resmi nikâh					
Var	305 (75,7)	99 (24,3)	404 (100,0)	2,324	0,068
Yok	2 (33,3)	3 (66,7)	5 (100,0)		
Eş ile akrabalık					
Var	58 (68,2)	27 (31,8)	85 (100,0)	2,671	0,102
Yok	249 (76,9)	75 (23,1)	324 (100,0)		
Toplam*	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

*sadır yüzdesi

Kırda yaşayan kadınların %31,7'sinde; geniş ailede yaşayanların %16,4'ünde, çekirdek ailede yaşayanların %24,9'unda; evde yaşayan kişi 4 ve daha az olanların %22,6'sında, 5 ve daha fazla kişi yaşayan ailelerin ise %25,8'inde; anlaşarak evlenenlerin %29,1'inde; resmi nikâhı olmayanların %66,6'sında; eşi ile akraba olanların %31,8'inde PPD bulunmuştur. Ancak kadının ikamet yeri ($p=0,215$), evlenme şekli ($p=0,110$) ve resmi nikah durumu ($p=0,436$) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Sosyoekonomik özelliklerin PPD üzerine etkisi (Kars, 2015)

Sosyoekonomik özellikler	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Erkeğin işi					
İşsiz/iş buldukça çalışan	38 (60,3)	25 (39,7)	63 (100,0)	8,648	0,003
Sabit işi bulunan**	269 (77,7)	77 (22,3)	346 (100,0)		
Kadının ev dışında çalışma durumu					
Devlet memuru	78 (78,0)	22 (22,0)	100 (100,0)	8,881	0,012
Özel sektör	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)		
Ev kadını/çiftçi	200 (77,2)	59 (22,8)	259 (100,0)		
Sağlık güvencesi					
Yok	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (100,0)	0,018	0,991
Yeşil kart	56 (75,7)	18 (24,3)	74 (100,0)		
Sosyal güvenlik kurumu	245 (74,9)	82 (25,1)	327 (100,0)		
Eve giren toplam gelir					
Rahat yetiyor	177 (82,3)	38 (17,7)	215 (100,0)	38,988	0,001
Ancak yetiyor	114 (75,5)	37 (24,5)	151 (100,0)		
Yetmiyor	16 (37,2)	27 (62,8)	43 (100,0)		
Toplam*	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

*sadır yüzdesi, **kamu sektörü, özel sektör, çiftçi, esnaf

Tablo 11'de ekonomik özelliklerin PPD üzerine etkisi görülmektedir. İşsiz ve iş buldukça çalışan eşlerin %39,7'sinde; özel sektörde çalışan kadınların %42,0'sinde; sağlık güvencesi olmayanların %25,0'inde; eve giren geliri yetersiz olanların %62,8'inde PPD bulunmaktadır. Kadının eşinin işi ($p=0,003$), kadının işi ($p=0,012$) ve eve giren gelir ($p=0,001$) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 12. Düşük, ölü doğum ve bebek ölüm öyküsünün PPD üzerine etkisi (Kars, 2015)

Kendiliğinden ve isteyerek düşük öyküsü	11 puan ve altı	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	χ^2	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Kendiliğinden düşük					
Var	250 (75,1)	83 (24,9)	333 (100,0)	0,001	0,989
Yok	57 (75,0)	19 (25,0)	76 (100,0)		
İsteyerek düşük					
Var	287 (76,1)	90 (23,9)	377 (100,0)	2,926	0,087
Yok	20 (62,5)	12 (37,5)	32 (100,0)		
Ölü doğum					
Var	297 (74,4)	102 (25,6)	399 (100,0)	3,406	0,065
Yok	10 (100,0)	0 (0,0)	10 (100,0)		
Bebek ölümü					
Var	299 (75,7)	96 (24,3)	395 (100,0)	2,486	0,115
Yok	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (100,0)		
Toplam*	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

*Satır yüzdesi

Kendiliğinden düşük yapan kadınların %24,9'unda; isteyerek düşük yapanların %23,9'unda; ölü doğum yapanların %25,6'sında; ölen bebeği olanların %42,9'unda PPD bulunmaktadır. Kendiliğinden düşük yapma, isteyerek düşük yapma, ölü doğum yapma ve bebek ölümü ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.989, p=0.087, p=0.065, p=0.115) (Tablo 12).

Tablo 13. Yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebeliğin PPD üzerine etkisi

Yaşayan çocuk ve toplam gebelik sayısı	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Yaşayan çocuk sayısı					
2 ve altı	205 (78,5)	56 (21,5)	261 (100,0)	4,674	0,031
3 ve üzeri	102 (68,9)	46 (31,1)	148 (100,0)		
Toplam gebelik					
2 ve altı	175 (78,5)	48 (21,5)	223 (100,0)	3,054	0,081
3 ve üzeri	132 (71,0)	54 (29,0)	186 (100,0)		
Toplam	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

Tablo 13’de yaşayan çocuk sayısı ve toplam gebelik sayısının PPD üzerine etkisi gösterilmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların %31,1’inde; gebelik sayısı 3 ve üzeri olanların ise %29,1’inde PPD bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0.031$) bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça PPD artmaktadır.

Tablo 14. Bebeğin doğum yeri ve cinsiyetinin PPD üzerine etkisi (Kars, 2015)

	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	p
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Doğumun yapıldığı yer					
Doğumevi/devlet hastanesi	248 (77,3)	73 (22,7)	321 (100,0)	3,848	0,050
Üniversite ve özel	59 (67,0)	29 (33,0)	88 (100,0)		
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	149 (71,6)	59 (28,4)	208 (100,0)	2,655	0,103
Erkek	158 (78,6)	43 (21,4)	201 (100,0)		
Toplam	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

Araştırmada doğum evinde doğum yapan kadınların %22,7'sinde, bebeğinin cinsiyeti kız olan kadınların %28,4'ünde PPD bulunmuştur. Doğumun yapıldığı yer ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,050$). Doğumunu üniversite ve özelde yapanlarda PPD daha fazladır (Tablo 14).

Tablo 15.Doğumun yapıldığı yer ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi

Biyodemografik özellikler	11 puan ve altı	12 puan ve üzeri	Toplam	χ^2	P
	n (%)*	n (%)*	n (%)*		
Ruhsal hastalık öyküsü					
Var	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (100,0)	24,859	0,001
Yok	297 (78,0)	84 (22,0)	381 (100,0)		
Ailede ruhsal hastalık					
Var	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (100,0)	2,047	0,153
Yok	294 (75,8)	94 (24,2)	388 (100,0)		
Toplam*	307 (75,1)	102 (24,9)	409(100,0)		

*Satır yüzdesi

Araştırmada ruhsal hastalık öyküsü olan kadınların %64,3'ünde, ailede ruhsal hastalık öyküsü olanların ise %38,1'inde PPD bulunmuştur. Ruhsal hastalık öyküsü ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). Ruhsal hastalık öyküsü bulunan kadınlarda PPD daha fazladır (Tablo 15).

İkili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Lojistik Regresyon analizine alınmıştır. Lojistik regresyon analizine alınan değişkenler ve referans kategoriler;

<u>Değişken</u>	<u>Referans kategori</u>
Kadının eğitimi	9 yıl ve üzeri
İkamet yeri	Kent
Evlenme şekli	Anlaşarak
Eşinin işi	Sabit işi bulunan
Kadının işi	Ev kadını/çiftçi
Eve giren toplam gelir evin geçimine	Rahat yetiyor
Yaşayan çocuk sayısı	2 ve altı
Doğum yeri	Devlet hastanesi/doğumevi
Ruhsal hastalık öyküsü	Yok

Tablo16. Backward LR Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu

Bağımsız değişkenler		Odds Ratio	%95 GA (EK-EB değer)*
İkamet yeri	Kır	2,6	1,4-4,8
	Kent	1 (referans)	
Evlenme şekli	Görücü usulü	0,3	0,2-06
	Anlaşarak	1 (referans)	
Kadının işi	Kamu çalışanı	1,7	0,8-3,6
	Özel sektör	2,8	1,2-6,2
	Ev kadını	1 (referans)	
Eve giren gelir aile geçimine	Yetmiyor	20,1	7,8-52,1
	Ancak yetiyor	2,3	1,2-4,3
	Rahat yetiyor	1 (referans)	
Ruhsal hastalık öyküsü	Var	7,2	2,9-17,7
	Yok	1 (referans)	

*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

Tablo 16'da Backward LR Lojistik Regresyon Analizi sonuçları tablosu görülmektedir. Tabloya göre PPD ikamet yeri kent referans alındığında kırdaki yaşayanlarda 2,6 kat (GA=1,4-4,8); anlaşarak evlenenler referans alındığında 0,3 kat (GA=0,2-06); ev kadınları referans alındığında özel sektörde çalışanlarda 2,8 kat (GA=1,2-6,2); eve giren gelir rahat yetiyor referans alındığında 20,1 kat (GA=7,8-52,1), ancak yetiyor olanlarda 2,3 kat (GA=1,2-4,3); ruhsal hastalık öyküsü olmayanlar referans alındığında 7,2 kat (GA=2,9-17,7) daha fazladır.

TARTIŞMA

Postpartum depresyon, anne ve çocuk üzerindeki etkileri dikkate alındığında önemszenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Gerek annede gerekse çocukta oluşturduğu sağlık sorunlarından dolayı toplumlarda prevelans ve nedene y6nelik 7alışmalar hastalığın 6nlenmesinde atılacak en 6nemli adımlardandır. Bu a7ıdan bakıldığında PPD sıklığı ve risk fakt6rlerinin belirlenip, buna karşı 76z6m yollarının bulunması sağlık profesyonellerinin yapması gereken temel işlevlerden biridir. Bu 7alışmada Kars'ta 4 Aile Sağlığı Merkezinde, 16 Aile Sağlığı Biriminde PPD sıklığı ve bu sıklığı etkileyen risk fakt6rlerini belirlemek ama7ladı.

Araştırmada belirtilen ASM'lerden hizmet alan lohusa kadınlarda PPD g6r6lme sıklığı %24,9 bulunmuştur. Farklı k6lt6rlerde farklı 6l7ek ve farklı zaman aralıkları ile yapılan 7alışmalarda postpartum depresyon sıklığı, doğum sonrası izlem s6resine g6re 6ng6r6ler değişmekle birlikte, kadınlara %3-6'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar i7inde maj6r depresyon d6nemi ge7ireceği 6ng6r6lmektedir (31). Yurtdışında yapılmış bir7ok 7alışmada, postpartum depresyon prevalansı %6-16, postpartum depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuş olmakla birlikte (26, 35-39), genel toplumdaki sıklığının yaklaşık %10 olduğu kabul edilir (9). 6lkemizde yapılan 7alışmalarda ise PPD prevalansı %14.0- 40.4 arasında bulunmuştur (124-131). Postpartum depresyon g6r6lme sıklığı ile ilgili 7elişkili verilerin nedeni, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmeleri, 6rneklem hacmi ve populasyon farklılığı ve farklı tanı koyma aracı kullanımınıdır (3, 6, 36, 40- 42).

Sonuç olarak araştırmada PPD sıklığı gerek 6lke i7i ve gerekse 6lke dışı 7alışmalarla benzerdir. Ancak araştırmalar arası sıklık a7ısından bu kadar farklılığın olmasının muhtemel nedeni k6lt6rel farklılıklar olabileceği gibi, kullanılan bağımsız değerken sayısı, 6rneklem hacmi ve araştırmanın doğum sonrası farklı d6nemlerde yapılması gibi etkenler de olabilir.

Araştırmada PPD'yi etkileyen risk fakt6rlerinin belirlenmesi i7in bağımsız değerkenler 6nce ikili analize alınmış, sonra istatistiksel olarak anlamlı 7ıkan bağımsız değerkenler 7oklu analize alınmıştır. Buna g6re kadının yaşı, eğitim d6zeyi,

ikamet yeri, evlenme şekli, erkeğin işi, kadının çalışma durumu, eve giren gelir düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, doğum yapılan yer, kadında ruhsal hastalık öyküsü olması ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha sonra ikili analizlerde anlamlı çıkan bu bağımsız değişkenler çoklu analize alınmıştır. Çoklu analizde ise kadının ikamet yeri, evlenme şekli, kadının işi, eve giren gelir ve ruhsal hastalık öyküsü PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Araştırmada ev kadını olan anneler referans alındığında, özel sektörde çalışan annelerde PPD 2,8 kat daha fazladır. Ülkemizde çalışan kadınların % 87,8'i özel, % 12,2'si kamu kesiminde çalışmaktadır (132). Kadınlar özel sektörde kayıt dışılık ve fason üretimin ağırlıkta olduğu sektörlerde istihdam edilmektedir (133). Özellikle son dönemde enformel sektörde çalışan kadınların sayısının, formel endüstride çalışan kadınların sayısından daha hızlı arttığı bildirilmektedir (134). Özel sektörde ve enformel çalışan kadın, kamuda çalışan kadınlara göre hem yasaların koruyucu etkisinden ve hem de iş yeri hekiminin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaktır (135). Buna bağlı olarak da çalışma koşullarının yarattığı stresörlerin yıkıcı etkilerine daha fazla maruz kalacaktır. Bu stresörler ise kadınlarda ruhsal hastalıkları tetiklemiş olabilir. Yapılan araştırmalarda çalışma sürelerinin sekiz saatten uzun olması, vardiyeli ve gece çalışma, ağır kaldırma, duruş, ayakta çalışma gibi faktörlerin mental ve fiziksel sağlık için risk oluşturdukları bildirilmiştir (136-141).

Bu araştırmada ikamet yeri kent olan anneler referans alındığında, kırsal kesimde yaşayan annelerde PPD 2,6 kat daha fazla bulunmuştur. İnandı ve arkadaşları da çalışmalarında, köyde veya kırsal alanda yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığını şehirde yaşayanlara göre 1.02 kat daha fazla bulmuşlardır (129). Kırsalda yaşamının PPD üzerine olan etkisinin iki düzeyde olduğu düşünülmektedir. Bunlardan birincisi yörede egemen olan ataerkil aile ilişkisinin yarattığı stresörler ve ikincisi ise kırsalda yaşayan kadının kentteki kadına göre ev işleri yapmasına ek olarak hayvancılık ve tarımcılık işlerini de yürütmesinin yarattığı stresörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada anlaşarak evlenen anneler referans alındığında, görücü usulüyle evlenen annelerde PPD 0,3 kat daha fazla bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada

PPD'nin görücü usulü ile evlenenlerde, anlaşarak evlenenlere göre daha fazla saptandığı bildirilmiştir (142). Akman da çalışmasında araştırma sonucumuzla uyumlu olarak görücü usulü ile evlenen kadınlarda PPD'nin daha fazla olduğu saptanmıştır (143). Evlenme şeklinin evlilik uyumunda önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (144). Evlenmeye karar verme şeklinin eş uyumu üzerinde etkili olduğu, severek ve kendi isteğiyle evlenenlerin uyum puanlarının, görücü usulü ile evlenenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (145-147). Ailelerinin kararı doğrultusunda evlenmiş çiftlerin, kendi kararları ile evlenmiş çiftlere oranla daha fazla çatışma yaşadıkları da bulunmuştur (148). Aydın'da yapılan bir çalışmada da evlilik tipinin gebelerin evlilik uyumunda etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada anlaşarak, isteyerek ya da kaçarak evlenen gebelerin evlilik uyum puanları (tüm boyutlarıyla birlikte), görücü usulü ile evlenen gebelere göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgunun, gebelerin ilk evliliklerinin olmasına, yarısından fazlasının isteyerek evlenmesine bağlı tanışma sürecinde birbirilerini daha yakından tanımalarına ve kendi özgür iradeleriyle evlenecekleri kişiye karar vermelerine bağlı olabileceği ileri sürülmüştür (149).

Araştırmada eve giren toplam gelirin ailesinin geçimine rahat yettiğini beyan eden anneler referans alındığında, gelirin aile geçimine ancak yettiğini beyan eden annelerde PPD 2,3 kat fazla bulunmuşken, yetmediğini beyan eden annelerde ise 20,1 kat fazla görülmüştür. Ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında, ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup, postpartum depresyon ailenin gelir düzeyi kötü olanlarda 3.30 kat, çok kötü olanlarda ise 6.15 kat daha fazla görülmüştür (129). Türkistanlı ve arkadaşları da İzmir'de yaptıkları çalışmada, geliri giderlerinden daha az olan grupta postpartum depresyonu daha sık olarak bulmuşlardır (126). Dünder da çalışmasında, ailesinin aylık gelir düzeyi kötü olan annelerde postpartum depresyonun daha sık görüldüğünü saptamıştır (127). Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda düşük gelir düzeyinin PPD için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (2, 150, 151).

Araştırmamızda öyküsünde ruhsal hastalık olmayan anneler referans alındığında, ruhsal hastalık hikayesi olan annelerde PPD 7,2 kat fazla bulunmuştur. PPD ve psikiyatrik hastalık ilişkisini irdeleyen çalışmalar, annenin psikiyatrik hastalık geçirmiş olmasını, daha önce depresyon atağı geçirmiş olmasını ve birinci derece akrabasında psikiyatrik hastalık öyküsü olmasını PPD için önemli bir risk faktörü olarak tanımlamışlardır (36, 51, 152-154). Samsun'da yapılan bir çalışmada ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda postpartum depresyonun, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara kıyasla 2.8 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (130). Benzer şekilde, Sivas'ta yapılan bir çalışmada gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olanlarda PPD prevalansı, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulunmuştur (128). Manisa'da yapılan bir çalışmada da EPPDS puanlarının yükselmesiyle, annenin daha önce psikiyatrik hastalık geçirmesinin, daha önceki gebeliğinde ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirmesinin ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirmesinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (124). Ekuklu ve arkadaşları Edirne'de yaptıkları çalışmada, önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığını yüksek bulmuşlardır (125). Yine Trabzon'da yapılan bir çalışmada, annenin önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşanması ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (155). Danacı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında ruhsal sorun yaşamış annelerin sonraki gebeliklerinde postpartum depresyon görülme riskini 8.87 kat artmış olarak bulmuşlardır (156). Yapılan başka çalışmalarda da annenin özgeçmişinde depresyon öyküsü olması önemli bir risk faktörü olarak gözlenmiştir (26, 35). Areias ve arkadaşları Portekiz'de yaptıkları çalışmada, annenin öyküsünde depresyon varlığını, postpartum depresyon açısından en önemli risk faktörlerinden biri olarak değerlendirmişlerdir (157). Unterman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, annenin önceki doğum sonrası depresyonuyla, son gebeliğindeki depresyon arasında önemli bir ilişki bulmuşlardır (82).

Sonuç olarak;

-kırsalda yaşam,

-özel sektörde çalışma durumu,

-gelir düzey düşüklüğü,

-ruhsal hastalık öyküsü ve

-evlenme şekli PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Bu bağlamda ;

1. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularının belirlenen risk faktörleri konusunda duyarlılığı artırılmalıdır.
2. Doğum sonu bakım yönetim rehberinin aktif kullanımı sağlanmalıdır.
3. Sağlık hizmet kullanıcılarının PPD konusunda sağlık okur yazarlığı artırılmalıdır.
4. Çok sektörlü yaklaşım için sektörler arası iş birliği yapılmalıdır.
5. İli temsil edecek düzeyde araştırmalar yapılmalıdır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı postpartum depresyon insidansını ve bu insidansı artırabilen risk faktörlerini, Kars'taki 16 aile sağlığı biriminde belirlemektir.

Gereç- Yöntem: Kars merkezinde bulunan 4 aile sağlığı merkezinden (toplam 16 aile sağlığı birimi), 27.03.2015-24.12.2015 tarihleri arasında kendi aile hekimliği birimine başvuran, 0-12 aylık bebekleri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 409 kadın çalışmaya dahil edildi. Araştırma için 2 anket kullanıldı; birinci anket, annelerin ve ailelerinin sosyodemografik, sosyoekonomik, biyodemografik özelliklerini, sağlık durumunu ve sağlık servisi kullanımını tespit etmek içindi; ikincisi ise Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası idi. EPPDS için cut-off değeri 12 alındı.

Bulgular: Bu çalışmada, PPD insidansının %24,9 olduğu bulunmuştur. Yapılan ikili analizlerde, kadının yaşı, eğitim düzeyi, ikamet yeri, evlenme şekli, babanın mesleği, kadının çalışma durumu, eve giren gelir düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, doğum yapılan yer, kadında ruhsal hastalık öyküsü olması PPD açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken; logistic regresyon analizinde ise, kadının ikamet yeri, evlenme şekli, kadının işi, eve giren gelir düzeyi ve ruhsal hastalık öyküsü PPD için risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Belirlenen risk faktörleri hakkında, primer sağlık bakım sunucularının duyarlılığının artırılması, doğum sonrası bakım yönetim rehberinin aktif kullanımının sağlanması, sağlık bakım kullanıcılarının PPD hakkında sağlık okur yazarlığının artırılması, multisektörel yaklaşım için sektörler arası iş birliğinin sağlanması ve ili temsil edecek çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: postpartum, depresyon, Edinburgh

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the incidence of postpartum depression and the risk factors that may play role in arising of it, at 16 village clinics in Kars.

Material-Method: 409 women from 4 medical centre (total 16 village clinics) in central Kars were taken to the study, who applied to their village clinics between the dates of 27.03.2015- 24.12.2015 and had 0-12 month-old babies, and accepted to participate in the study. 2 questionnaires was used for the research; the first questionnaire was to determine the mothers' and their families' sociodemographic, socioeconomic, biodemographic features, health status, and health service usage, and the second was Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPPDS). The cut-off point was taken 12 for EPPDS.

Results: The incidence of PPD has been found to be 24.9% in this study. In binary analyses, maternal age, level of education, place of residence, form of marriage, father's job, mother's working status, home's income level, number of living children, delivery place, history of psychiatric disease in women are found statistically significant for PPD; in logistic regression analysis, place of residence, form of marriage, mother's job, home's income level and history of psychiatric disease are determined as risk factors for PPD.

Conclusion: It has been concluded to be essential that it must be increased the awareness of primary health care providers about determined risk factors, ensured the actively usage of postpartum care management guide, increased the health literacy about PPD of health care users, ensured the cooperation between sectors for multisectoral approach, and made studies to represent the city.

Key words: postpartum, depression, Edinburgh

KAYNAKÇA

1. Ekşi A. 1999. *Psychosocial Part of Children's Health and Disease: I Don't Ill* (1 ed., pp. 22-25). İstanbul: Nobel Medical Publishing.
2. Watt S, Sward W, Krueger P, Sheedan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression. Implications for primary care providers from the Ontario mother & infant survey. *BMC Fam Pract.* 2002; 3(1):5-10.
3. Bashırı N, Spielvogel MA. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. *Prim Care Update Ob/Gyns.* 1999; 6: 82-87.
4. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 2004; 72: 163-9.
5. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1999; 10(1):58-67.
6. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP and et. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol.* 1999; 93: 653-657.
7. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *3P. Dergisi.* Aralık 2004; (ek 4): 3-6.
8. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affective Disord.* 2002; 70: 291-306.
9. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E ve ark. Doğum Sonrası Depresyon. *Sted.* 2001; 10(9): 333-334.
10. Steiner M, Yonkers K. 1998. *Depression in Women.* Martin Dunitz Ltd.; 26-47.??
11. Parry BL. 1999. *Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes.* Postpartum Mood Disorders (1. baskı, Miller LJ (Ed),pp. 21-45). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
12. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development.* 1991; 62: 918-929.
13. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001; 323(7307): 257-60.
14. Beck T, Gable R. Comparative Analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instrument. *Nursing research.* 2001; 50(4): 242-249.

15. Fergenson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing Postpartum Depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186: 899-902.
16. Dural G, Kutlu Y. 2003. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. İ.Ü. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
17. Beck T, Reynolds M, Rutovvski P. Maternity Blues and postpartum depression. *JOGNN.* 1992; 21(4): 287-293.
18. Righetti-Veltema M, Conne- Perreard E, and et. Risk Factors and Predictive Signs Of Postpartum Depression. *J Affect Disorder.* 1998; 49(3): 167-80.
19. Ouedroogo A, Kere M, Lankoande J, and et. Screening of Postpartum Depressive States in The Yalgado Ovedraogo National Hospital Center Maternity Ward in Ouagadougou Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1998; 27(6): 611-6.
20. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 112: 97-104.
21. Rivieres-Pigeon C, Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Considering a simple strategy for detection of women at risk of psychological distress after childbirth. *BIRTH.* 2004; 31: 34-42.
22. Kurt A, Kısa C. Postpartum hüüzün. *3P Dergisi.* Aralık 2004; (ek 4): 7-11.
23. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi.* Aralık 2004; (ek 4): 36.
24. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2007; 17: 126-133.
25. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. 2003. Risk factors for postpartum depression. In Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.*
26. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM and et. Prospective study of postpartum depression: Prevalance, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol.* 1984; 93: 158-171.
27. Kennerly H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry.* 1989;155: 356-362.
28. Pitt, B. Maternity blues. *Br.J Psychiatry.* 1973; 122: 431-433.
29. Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1988; 22: 299-306.

30. Miller LJ. Postpartum depression. JAMA. 2002; 287: 762-765.
31. *Amerikan Psikiatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. (Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E). 2014. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
32. Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C, Popper S, Meyers T. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*. 1992; 4: 29-47.
33. O'Hara M W, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991b; 48: 801-806.
34. Paulman PM, Paulman AA, Harrison JD. 2011. *Taylor Aile Hekimliği El Kitabı* (Üçüncü Baskı, çev. ed. Başak O, Demirağ SA). Güneş Tıp Kitabevleri.
35. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*. 1984; 144: 35-47.
36. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnormal Psychol*. 1990; 99: 3-15.
37. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH and et. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989; 57: 269-274.
38. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol*. 1988; 97: 467-474.
39. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arabculture: Prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 65-68.
40. Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: a clinical view. *Matern Child Nurs J*. 1989;18(1):1-29.
41. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns*. 1997; 4: 241-246.
42. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs*. 1990; 15(6): 689-95.
43. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173(2): 639-45.
44. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2004; 14: 252-257.

45. Arslantaş H, Ergin F, Akdolun Balkaya N. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fak Derg.* 2009; 10(3): 13-22.
46. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Arch Womens Ment Health.* 2000; 3(1): 7-14.
47. Howard L. Postnatal Depression. *Am Fam Physician.* 2005 Oct 1; 72(7): 1294-1296
48. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996; 8: 37-54.
49. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res.* 1996; 45: 297-303.
50. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, and et. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postnatal family outcomes. *CMAJ.* 1996; 154: 785-99.
51. Robertson E, Grace S, Wallington T, and et. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26: 289-95.
52. Wilson LM, Reid AJ, Midmer KD, Bringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal Psychosocial Risk Factors Associated With Adverse Postpartum Family Outcomes. *CAN MED ASSOC J.* MAR. 15 1996; 154 (6)
53. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, Cox JL. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord.* 1981; 3: 317-326.
54. DePaolo LV, Mercado M, Guo Y, Ling N. Increased follistatin (activin-binding protein) gene expression in rat anterior pituitary tissue after ovariectomy may be mediated by pituitary activin. *Endocrinology.* 1993; 132: 2221-2228.
55. Gordon JH, Borison RL, Diamond BI. Modulation of dopamine receptor sensitivity by estrogen. *Biol Psychiatry.* 1980; 15: 389-396
56. Kumar R, Marks M, Wieck A, Hirst D, Campbell I, Checkley S. Neuroendocrine and psychosocial mechanisms in post-partum psychosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1993; 17: 571-579.
57. Majewska MD, Harrison NL, Schwartz RD, Barker JL, Paul SM. Steroid hormone metabolites are barbiturate-like modulators of the GABA receptor. *Science.* 1986; 232: 1004-1007.
58. Freeman EW, Weinstock L, Rickels K, Sondheimer SJ, Coutifaris C. A placebo-controlled study of effects of oral progesterone on performance and mood. *Br J Clin Pharmacol.* 1992; 33: 293-298.
59. Kaura V, Ingram CD, Gartside SE, Young AH, Judge SJ. The progesterone metabolite allopregnanolone potentiates GABA(A) receptor-mediated inhibition of 5-HT neuronal activity. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007; 17: 108-115.

60. Undén F, Ljunggren JG, Beck-Friis J, Kjellman BF, Wetterberg L. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis in major depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1988; 78: 138-146.
61. Kasturi BS, MohanKumar SM, Sirivelu MP, MohanKumar PS. Chronic exposure to low levels of oestradiol-17beta affects oestrous cyclicity, hypothalamic norepinephrine and serum luteinising hormone in young intact rats. *J Neuroendocrinol.* 2009; 21: 568-577.
62. Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S, Snyder P. Neuroendocrine regulation in depressed postmenopausal women and healthy subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 43-49.
63. Weiner CL, Primeau M, Ehrmann DA. Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med.* 2004; 66: 356-362.
64. Hohlagschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B. Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80: 326-330.
65. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, and et. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology.* 1999; 24: 69-84
66. Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S, Snyder P. Gonadotropin release after administration of GnRH in depressed patients and healthy volunteers. *J Affect Disord.* 1981; 3: 367-80.
67. Malkesman O, Shayit M, Genud R, Zangen A, Kinor N, Maayan R, and et. Dehydroepiandrosterone in the nucleus accumbens is associated with early onset of depressive-behavior: a study in an animal model of childhood depression. *Neuroscience.* 2007; 149: 573-581.
68. Taylor GT, Maloney S, Dearborn J, Weiss J. Hormones in the mentally disturbed brain: steroids and peptides in the development and treatment of psychopathology. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem.* 2009; 9: 331-360.
69. Angold A, Costello EJ. Puberty and depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2006; 15: 919-937.
70. Will MA, Randolph JF. The influence of reproductive hormones on brain function in the menopausal transition. *Minerva Ginecol.* 2009; 61: 469-481.

71. Parry BL, Sorenson DL, Meliska CJ, Basavaraj N, Zirpoli GG, Ganst A, and et. Hormonal basis of mood and postpartum disorders. *Curr Womens Health Rep.* 2003; 3: 230-235.
72. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, and et. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Int J Neurosci.* 2008; 118: 95-103.
73. Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Arch Womens Ment Health.* 2006; 9: 187-196.
74. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, and et. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63: 284-287.
75. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, and et. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry.* 2007; 164:1817-1824.
76. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev.* 2009; 17: 448-454.
77. Green AD, Barr AM, Galea LA. Role of estradiol withdrawal in 'anhedonic' sucrose consumption: a model of postpartum depression. *Physiol Behav.* 2009; 97: 259-265.
78. Feksi A, Harris B, Walker RF, Riad-Fahmy D, Newcombe RG. Maternity blues and hormone levels in saliva. *J Affect Disord.* 1984; 6: 351-355.
79. Hedrich R, Becker D. Green circuits-the potential of plant specific ion channels. *Plant Mol Biol.* 1994; 26: 1637-1650.
80. Parry BL. 1995. 'Postpartum psychiatric syndromes'. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1059-1066) . Baltimore: Williams & Wilkins.
81. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, and et al. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry.* 1989; 154: 660-667.
82. Unterman RR, Posner NA, Williams KN, and et. Postpartum depressive disorders: Changing trends. *Birth.* 1990; 17(3): 131-137.
83. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. *Am J Psychiatry.* 1989; 146(11): 1413-1422.
84. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100(2): 122-32.

85. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1995; 166(5): 595-600.
86. Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*. 2003; 2: 42-46.
87. Kirpınar I, Gözüm S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs*. 2010; 19: 422-31.
88. Robinson GE, Stewart DE. 2001. 'Postpartum disorders'. Stotland NL, Stewart DE (Eds.). *Psychological aspects of women's health care* (2nd ed., pp. 117-139). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
89. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58: 26-32.
90. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999; 146: 108-110
91. Beck CT. Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*. 2001; 50: 275-285.
92. Righetti-Veltama M, Nanzer N, Conne-Perreard E, Manzano J, Palacio-Espasa F. Why is essential to diagnose and prevent postpartum depression? *Rev Med Suisse*. 2007;3: 1200-1205.
93. Yüksel N. 2000. *Birinci Basamakta depresyon: tanı ve tedavi*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi
94. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: Definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*. 2006; 9: 243-251.
95. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. 2003: 263-274.
96. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 48(9): 919-927.
97. Dilbaz N, Enez A. Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygu durum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2007; 3(47): 32-40.

98. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. *CMAJ*. 1986; 134(1):31-7.
99. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, and et. Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 105: 35-44.
100. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62: 82-86.
101. Zlotnick C, Capezza N, Parker M. An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*. 2011; 14: 55-65.
102. Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç. *3P Dergisi*. Aralık 2004; (Ek 4): 12-20.
103. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını*. 1992; 9: 33-49.
104. Özgür G. Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1993; 4(2): 25-26.
105. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1): 18-25.
106. Baltaş Z. 2000. 'Sağlık Psikolojisi'. *Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
107. Patterson BJ. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 682-689.
108. Langford CP, Browsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25(1): 95-100.
109. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C. Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients. *Encephale*. 2002; 28(1): 65-70.
110. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis CL, Rinaldi CM, Stoppard J. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(5): 441-449.

111. Tamaki A. Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008; 17: 419- 427.
112. Beeber LS, Holditch-Davis D, Belyea MJ, Funk SG. In-home intervention for depressive symptoms with low-income mothers of infants and toddlers in the United States. *Health Care for Women International*. 2004; 25: 561-580.
113. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 1990; 35(1): 89-95.
114. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002; 347(3): 194-199.
115. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, and et. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26(4): 353-60.
116. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, and et. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(10): 1631-1637.
117. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen E. A double-blind randomized placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: The effect on postnatal depression and serum hormones. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 105:1082-1090.
118. Llorente AM, Jensen CL, Voigt RG, Fraley JK, Berretta MC, Heird WC. Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003; 188: 1348-1353.
119. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum blue and depression. *Mood Disorders Series*. 2000; 1(2): 64-71.
120. Özkan S. 1993. *Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi* (pp. 201-220) İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.
121. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R and et. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782-786.
122. Engindeniz N. 1996. *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Ege Üniversitesi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İzmir.

123. Aydemir Ö, Köroğlu E. 2006. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
124. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(3): 125-129.
125. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med*. 2004; 49(11): 908-14.
126. Türkistanlı EC, Pektaş İ, Dikici İ. 2002. 'İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi'. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı* (pp.858-861).
127. Dündar PE. 2002. 'Yarı-kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri'. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı* (pp. 862-865).
128. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D, A, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 26(2): 55-59.
129. İnandı T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002; 31: 1201-1207.
130. Sünter AT, Güz H, Ordulu F, Öz H, Peksen Y. 2002. 'Samsun İl Merkezi'nde Doğum Sonrası Depresyon ve Risk Faktörleri'. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı* (pp. 855-858).
131. Erbay DP. 2002. 'Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri'. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı* (pp. 862-865).
132. Sosyal-İş Sendikası. Mart 2010. *8 Mart'ın 100. yıldönümünde Türkiye'de ve Dünyada kadın emeği ve istihdam raporu* (pp. 23-24)
133. Türk-İş Raporu. 2005. *Türkiye'de emek piyasasında kadınların durumu* (pp.10-11).
134. Dedeoğlu S. 2004. 'Sindirellanın Pazar Yolculuğu'. Balkan N, Savran S (Eds). *Neoliberalizmin Tahribatı* (pp. 254-274). Metis.
135. Spor NY. 2001. 'İş Psikolojisi'. *İşyeri Hekimliği Ders Notları* (6. Basım, pp. 349-367). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.

136. Goulet L, Theriault G. Association between spontaneous abortion and ergonomic factors A literature review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health*. 1987; 13: 399-403
137. Eskenazi B, Fenster L, Wight S, English P, Windham GC, Swan SH. Physical exertion as a risk factor for spontaneous abortion. *Epidemiology*. 1994; 5(1): 6-13.
138. McDonald AD, McDonald JC, Armstrong B, and et. Fetal death and work in pregnancy. *Br J Indt Med*. 1988; 45: 148 –157.
139. Infante-Rivard C, David M, Gauthier R, and et. Pregnancy loss and work schedule during pregnancy. *Epidemiology*. 1993; 4: 73–75.
140. Axelsson G, Ahlborg G, Bodin L. Shift work, nitrous oxide exposure, and spontaneous abortion among Swedish midwives. *Occup Environ Med*. 1996; 53: 374–378.
141. Zhu JL, Hjollund NH, Anderson AN, and et. Shift work, job stress, and late fetal loss: the national birth cohort in Denmark. *J Occup Environ Med*. 2004; 46: 1144 –1149.
142. Demirbaş HB, Canlı M, Yılmaz G, Demirci H. 2012. *Marmara Üniversitesi Pendik EAH Pediatri Polikliniklerine Başvuran Postpartum Dönemdeki Annelerde Depresyon*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
143. Akman C. 2006. *Postpartum Başlangıçlı Depresyonun Sosyodemografik Özellikler Ve Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi*. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Konya.
144. Şendil G, Korkut Y. Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi*. 2008; 28(1): 15-34.
145. Çimen EŞ. 2007. *Görücü usulü ve anlaşarak evlenen bireylerin çeşitli sosyal psikolojik faktörler yönünden karşılaştırılması*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
146. Cingisiz N. 2010. *Ortaöğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin duygusal zekaları ile evlilik doyumları arasındaki ilişki*. Gaziantep Üniveristesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
147. Güzel Ertop N. 15-49 Yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 14(3): 1-8.

148. Hortaçsu N. Family versus couple-initiated marriages in Turkey: Similarities and differences over the family lie cycle. *Asian Journal of Social Psychology*. 2007; 10(2): 103-316.
149. Akkaş ÇS. 2014. *Gebelik döneminde eşler arası uyum*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
150. 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.
151. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord*. 2007; 100(1-3): 115-21.
152. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 8: 37-43.
153. Desai DH, Jann WM. Major depression in women: a review of the literature. *Journal of American Pharmaceutical Association*. 2000; 40(4): 525-537.
154. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN. The American journal of maternal child nursing*. 2000; 31(2): 121-126.
155. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(4): 243-251.
156. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000; 11: 204-211.
157. Areias ME, Kumar R, Barros H et al. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996; 169: 36-41.

EK: Anket

POSTPARTUM DEPRESYON

1-Sürekli ikamet ettiğiniz yer neresidir?

1-Köy/belde

2-İlçe merkezi

3-İl merkezi

2-Kaç yaşındasınız?.....

3-Eşiniz kaç yaşında?.....

4-Bu güne kadar olan gebeliklerinizde;

	1-Evet (kaç kez)	2-Hayır
Kendiliğinden düşük yaptınız mı?	1 (.....)	2
İsteyerek düşük (kürtaj) yaptınız mı?	1 (.....)	2
Ölü doğum yaptınız mı?	1 (.....)	2
12 ayını doldurmadan ölen bebeğiniz oldu mu?	1 (.....)	2
1-5 yaş arasında ölen çocuğunuz oldu mu?	1 (.....)	2
Yaşayan toplam kaç çocuğunuz var?	.....
Toplam gebelik sayısı	.....

5-Doğum yaptığınız bu gebeliğinizde gebelikle ilgili şikâyetiniz olsun ya da olmasın tansiyon ölçümü, kilo ölçümü, kan, idrar tahlili yaptırmak, USG çekirme için sağlık personeline hiç gebelik muayenesi oldunuz mu?

- 1-Hayır hiç olmadım
- 2-Sadece AH/ASE'nına oldum
- 3-Sadece kadın doğum uzmanına oldum
- 4-Hem AH/ASE hem kadın doğum uzmanına oldum.

6-Bu doğumunuzu nerede yaptınız?

- 1-Doğum evi/devlet hastanesi
- 2-Özel hastane/muayenehane
- 3-Üniversite hastanesi
- 4-Diğer (yazınız):.....

7-Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- A-Kız
- B-Erkek

II-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?

..... kişi yaşıyor

2-Sizin, eşinizin ve çocuklarınızın dışında evde anne, baba, dede, amca dayı vb. gibi başka kimse yaşıyor mu?

- A-Evet
- B-Hayır

3-Eşinizle aranızda kan bağı, yani akrabalık var mı?

- A-Evet
- B-Hayır

4-Resmi nikâhınız var mı?

- A-Evet
- B-Hayır

5-Evlenmeniz görücü usulü ile mi oldu?

- A-Evet
- B-Hayır

6-Sağlık güvenceniz var mı?

- A-Yok
- B-Yeşil Kart
- C-SGK (ES, SSK, Bağ-Kur)

7-Kadın ve Erkeğin Eğitim durumu?

Kadın	Erkek
A- Okur- Yazar değil B- Okur- Yazar C- İlkokul mezunu D- Ortaokul mezunu E- Lise mezunu F- Üniversite mezunu	A- Okur- Yazar değil B- Okur- Yazar C- İlkokul mezunu D- Ortaokul mezunu E- Lise mezunu F- Üniversite mezunu

8-Eşiniz bir işte çalışıyor mu?

- A-İşsiz
B-Devlet işinde çalışıyor
C-Özel sektörde çalışıyor
D-Kendi hesabına (esnaf)
E-İş buldukça ara işlerde çalışıyor (inşaat işçisi, amele vb.)
F-Çiftçi
G-Diğer.....

9-Siz herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- 1-Evet 2-Hayır

10-Ne işinde çalışıyorsunuz?

- A-Devlet İşi
B-Özel Sektör
C-Kendi hesabına (esnaf)
D-İş buldukça ara işlerde (ev temizliği, çocuk bakımı vb.)
E-Ev kadını/Çiftçi

11- Evinize giren toplam gelir;

- A-Geçiminizi rahat sağlıyor
B-Geçiminize ancak yetiyor
C-Geçiminize yetmiyor

HİKAYE

1-Daha önce depresyon, bunaltı gibi hiçbir ruhsal hastalık geçirdiniz mi?

- 1-Evet 2-Hayır→Soru 3'e geç

2- Bu hastalığınız için hekime başvurduunuz mu?

- 1-Evet 2-Hayır

3-Anne, baba, kardeşlerinizde depresyon, bunaltı gibi hiçbir ruhsal hastalık geçiren var mı?

1-Evet 2-Hayır

EDİNBURGH POSTPARTUM ÖLÇEĞİ

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

1- Son 7 gündür; gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- A-Her zaman olduğu kadar
- B-Artık pek o kadar değil
- C-Artık kesinlikle o kadar değil
- D-Artık hiç değil

2- Son 7 gündür; geleceğe hevesle bakıyorum.

- A-Her zaman olduğu kadar
- B-Artık pek o kadar değil
- C-Artık kesinlikle o kadar değil
- D-Artık hiç değil

3- Son 7 gündür; bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- A-Evet, çoğu zaman
- B-Evet, bazen
- C-Çok sık değil
- D-Hayır, hiçbir zaman

4- Son 7 gündür; nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- A-Hayır, hiçbir zaman
- B-Çok seyrek
- C-Evet, bazen
- D-Evet, çoğu zaman

5- Son 7 gündür; iyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum.

- A-Evet, çoğu zaman
- B-Evet, bazen
- C-Çok sık değil
- D-Hayır, hiçbir zaman

6- Son 7 gündür; her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- A-Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum
- B-Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- C-Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- D-Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.

7- Son 7 gündür; öyle mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- A-Evet, çoğu zaman
- B-Evet, bazen
- C-Çok sık değil
- D-Hayır, hiçbir zaman

8- Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- A-Evet, çoğu zaman
- B-Evet, bazen
- C-Çok sık değil
- D-Hayır, hiçbir zaman

9- Son 7 gündür; öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- A-Evet, çoğu zaman
- B-Evet, oldukça sık
- C-Çok seyrek
- D-Hayır, asla

10- Son 7 gündür; kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- A-Evet, oldukça sık
- B-Bazen,
- C-Hemen hemen hiç
- D-Asla

YARDIMCI OLDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKÜR EDERİZ.





