

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DENİZLİ PAMUKKALE İLÇESİ'NDE POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞI VE EŞLİK EDEN RİSK FAKTÖRLERİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. ŞERİFE ÇAVUŞ KARA

DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSUN ÖZŞAHİN

DENİZLİ – 2016

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

**DENİZLİ PAMUKKALE İLÇESİ'NDE POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞI VE EŞLİK EDEN RİSK FAKTÖRLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ŞERİFE ÇAVUŞ KARA**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ – 2016

Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN danışmanlığında Dr. ŞERİFE ÇAVUŞ KARA tarafından yapılan 'Denizli Pamukkale İlçesi'nde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Eşlik Eden Risk Faktörleri' başlıklı tez çalışması 24/08/2016 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Doç. Dr. Tamer EDİRNE

ÜYE: Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

ÜYE: Prof. Dr. Okay BAŞAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../....

.....

Pamukkale Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN'e;

Uzmanlık eğitim sürecinde katkılarıyla bizi iyi bir aile hekimi olarak yetiştiren başta anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Tamer Edirne ve diğer hocalarıma;

İyi kötü günlerimizi birlikte geçirdiğimiz, her zaman desteklerini yanımda hissettiğim mesai arkadaşlarıma;

Benim bu günlere gelmemi sağlayan, özveriyle beni yetiştiren sevgili anneme, babama, kardeşlerime ve Nurcan'a;

Tezin her aşamasında maddi manevi desteğini esirgemeyen, benim her türlü kahrımı çeken sevgili eşim Hasan Kara'ya ve oğlumuz Hasan Fatih'e
Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Şerife ÇAVUŞ KARA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
İNGİLİZCE ÖZET.....	X
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	4
A. DEPRESYON.....	5
A.1. TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİ.....	5
A.2. SEMPTOM VE KLİNİK BULGULAR.....	5
A.3. DSM V' E GÖRE DEPRESYON TANISI.....	6
A.4. DEPRESYON ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ARAÇLARI.....	7
B. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR.....	8
B.1. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR SINIFLANDIRMA	10
B.1.1. POSTPARTUM BLUES (ANNELİK HÜZNÜ).....	10
B.1.2. POSTPARTUM PSİKOZ.....	11
B.1.3. POSTPARTUM DEPRESYON.....	13
B.1.3.1. TANIM VE EPİDEMİYOLOJİ.....	13
B.1.3.2. SEMPTOMLAR VE KLİNİK BULGULAR.....	14
B.1.3.3. RİSK FAKTÖRLERİ.....	16
B.1.3.4. BİYOLOJİK ETKENLER.....	19
B.1.3.5. PSİKOLOJİK ETKENLER.....	20

B.1.3.6. SOSYOKÜLTÜREL ETKENLER.....	22
B.1.3.7. TANI VE TEDAVİ.....	22
GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
BULGULAR.....	30
TARTIŞMA.....	47
SONUÇLAR.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM : Aile sağlığı merkezi

C/S : Sezeryan doğum

EPDS: Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)

Max : Maksimum

Min : Minimum

NSD: Normal spontan doğum

Ort : Ortalama

PMS : Premenstrual Sendrom

PPD : Postpartum Depresyon

PPP : Postpartum Psikoz

TSM : Toplum sağlığı merkezi

TABLolar DİZİNİ

TABLO 1: Postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri

TABLO 2: Postpartum depresyonun diğer risk faktörleri

TABLO 3: Araştırmanın zaman çizelgesi

TABLO 4: Örneklem grubunun ASM'lere göre dağılımı

TABLO 5: Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri

TABLO 6: Araştırma grubunun özgeçmiş ve soy geçmişlerine ilişkin bazı özellikler

TABLO 7: Araştırma grubundaki kadınların evliliğine ve eşlerine ilişkin bazı özellikler

TABLO 8: Araştırma grubunun üreme sağlığı öyküsüyle ilgili verilerin dağılımı

TABLO 9: Araştırma grubundaki kadınların son gebelikleri ve bebekle ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

TABLO 10: Araştırma grubundakilerin EPDÖ puanları

TABLO 11: Araştırmanın örneklem grubunda yer alan ASM'lere göre EPDÖ puan dağılımı

TABLO 12: Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin EPDÖ puanlarına göre dağılım

TABLO 13: Araştırma grubunu özgeçmiş ve soy geçmişlerine ilişkin bazı özellikleri ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

TABLO 14: Araştırma grubundaki kadınların evliliklerine ve eşlerine ilişkin bazı özellikler ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

TABLO 15: Araştırma grubundakilerde PMS varlığı ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

TABLO 16: Araştırma grubundaki kadınların son gebelikleri ve bebekle ilgili bazı değişkenleri ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

ÖZET

Denizli Pamukkale İlçesi'nde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Eşlik Eden Risk Faktörleri

Dr. Şerife Çavuş Kara

Postpartum depresyon doğumdan sonraki 2-3 haftadan sonra başlayan kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme duygularıyla karakterize bir durumdur.

Postpartum dönemde görülen depresyon; sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek arasındaki bağ ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler, bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları, davranışsal ve duygusal güçlüklerin yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar.

Çalışmamızda Denizli Pamukkale İlçesi'nde 1-12 aylık bebeği olan annelerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğini (EPDÖ) kullanarak depresyon sıklığını saptamak ve postpartum depresyonda etkili olan risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Pamukkale TSM'ye bağlı ASM'lerde 1-12 aylık bebeği olan anneler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü evreni bilinmeyen örneklem hesaplamasına göre 300 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri, evlilik ilişkileri, üreme sağlığı öyküleri ve son doğum öykülerini içeren 49 soruluk anket formu ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, tek bir araştırmacı tarafından anket yöntemi ile toplanmıştır.

Çalışmamızda EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri alınmıştır. Postpartum depresyon prevalansı %14,3 bulunmuştur. Çalışmamızda; annenin özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, ailenin izni olmadan evlenmek, eş ile iletişimin kötü

olması, evlilikten memnun olmamak, premenstruel sendrom öyküsünün olması ve planlanmamış gebelik PPD için risk faktörü olarak saptandı.

Birinci basamak sağlık personeli, gebe kadınla ilk karşılaşan ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri sırasında onu haftalarca izleyen ekiptir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: postpartum depresyon, prevelans, risk faktörleri, Edinburgh postpartum depresyon ölçeği

ABSTRACT

Postpartum Depression Frequency and the Risk Factors in Pamukkale District of Denizli Province

Dr. Şerife Çavuş Kara

Postpartum depression, starting from 2-3 weeks after childbirth, is a condition which is characterized by a feeling of sadness, anxiousness, hopelessness, or loneliness.

The depression which occurs during postpartum period requires a special approach as it may bring about adverse outcomes not only for the mother, but also for the baby and the entire family. The mother-baby bond is seriously disrupted in postpartum depression. Depressed mothers can't easily build up a bonding with the baby. As a result, children of these mothers experience difficulty with cognitive functions along with the emotional and behavioral disorder.

In our study, it is aimed to determine the frequency of the depression, and the risk factors which are efficient in postpartum depression by using Edinburgh Postnatal Depression Scale on the mothers who have 1-12 month-old babies in Pamukkale district of Denizli Province.

This research is a descriptive cross-sectional study. Mothers who have 1-12 months old babies at FHC, linked to Pamukkale PHC, form the population of the research. In this study, the sample size was calculated as 300 people according to the sample size calculation in unknown population. As a result of literature scanning to gather the data that would be used in the research, a questionnaire form of 49 questions which includes inquiries about socio-demographic features, marital relations, reproductive health and last childbirth stories of the participants; and Edingburg Postpartum Depression Scale have been used. Data have been collected with a survey research by just one researcher.

EPDS cut-off scores have been considered as 13 and over in our study. Postpartum depression prevalence has been found as %14,3. Psychiatric illness or

premenstrual syndrome in the medical history of mother, marriage without parents' consent, poor communication with husband, dissatisfaction with the marriage, and unplanned pregnancy has been determined as risk factors for PPD.

Primary care providers are the members of a team who are the first ones that come across with a pregnant woman and follow her during the childbirth or during the baby or child follow-up. For this reason this team must follow the mood swings of the (expectant) mother closely and evaluate it in terms of risk factors.

Key-words: Postpartum depression, prevalence, risk factors, Edinburgh Postnatal Depression Scale

GİRİŞ

Depresyon, üzüntü, ilgi ve istek kaybı, suçluluk, kendini değersiz hissetme, bozulmuş uyku ve iştah, yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğü ile karakterize bir hastalıktır (1).

Herkes zaman zaman, özellikle bir kayıpla, bir düş kırıklığı ile ya da beklenmedik bir değişiklikte karşılaştığında depresif duygular taşıyabilir. Normalde bu duygular kısa sürelidir ve günlük işlevselliği bozamaz. Biraz destek verilmesi, bir avuntu kaynağı bulunması, sevilen birinin tesellisi, içinde bulunulan ortamın değiştirilmesi mutsuzluğu doğuran olayı ortadan kaldırmaya da kişinin uyumu bozulmadan yaşamını sürdürmesini sağlar. Diğer yandan depresyon, daha yaygın ve sürekli bir yaşantıdır. Basit bir üzüntünün çok ötesine gitmiş olan depresif duygulanıma düşünce, davranış ve biyolojik işlev bozuklukları da eşlik eder.

Depresyonun toplum örneklerinde, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlar için %20-26, erkekler içinse %8-12 arasında olduğu bulunmuştur. Depresyonu olan kadınların %26'sı bu hastalıkla gebelik sırasında, %45-65'i ise postpartum dönemde karşılaşmaktadır (1,2).

Doğum sonrası dönemde kadınların %70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar görülmektedir. Puerperal dönemde hızlı hormonal değişiklikler ve psikososyal stres faktörlerin bu ruhsal bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı öne sürülmektedir. Postpartum psikiyatrik bozukluk olarak adlandırılan klinik tablolar; postpartum hüznün, postpartum depresyon ve postpartum psikoz şeklinde sınıflandırılmaktadır (3).

Postpartum depresyon DSM-V' de mizaç bozuklukları kapsamında semptomların doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başladığı 'postpartum başlangıçlı' grup olarak tanımlanmaktadır (4).

Postpartum depresyon doğumdan sonraki 2-3 haftadan sonra başlayan (olguların %80'inde ilk 6 haftada), kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme duygularıyla karakterize bir durumdur. Postpartum depresyon insidansında

artış sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda 2 yıla kadar uzayabilmektedir (5,6).

Postpartum depresyon, doğum sonrası dönemde görülen annelik hüznü gibi kısa süreli ve geçici değildir. Postpartum depresyon semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen depresif epizoda benzer, ancak zamanlaması ve anne-bebek ilişkisi, ailesel ve toplumsal nedenlerden ötürü özellik taşır.

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme bazen klinik tanı koymayı güçleştirebilir. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon belirtileri olmakla birlikte normal postpartum dönemde de görülebilmektedir.

Özellikle semptomlar hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, postpartum depresyonun başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip sonunda hastaneye yatış gerekli olacak kadar ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir (5).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda postpartum depresyon prevalansı %14,0 - 28,1 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (7,8,9).

Beck postpartum depresyonun risk faktörlerini araştıran 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda, postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, sosyoekonomik durum ve gebeliğin istenme durumu olarak belirlenmiştir (10).

Postpartum dönemde görülen depresyon; sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek arasındaki bağ ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler, bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları, davranışsal ve duygusal güçlüklerin yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar (3).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve postpartum depresyonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (11).

Yeni doğum yapan kadınlarda, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak postpartum depresyon belirlenmelidir. Postpartum depresyonu belirlemek için, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılabilir. Bu ölçekler, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilebilir.

EPDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanır. EPDÖ' nün Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12,13).

Birinci basamak sağlık personeli, gebe kadınla ilk karşılaşan ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri sırasında onu haftalarca izleyen ekiptir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmelidir. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını önleyebilir. Erken tanı aynı zamanda gebelik sonrasında zaten düşmesi beklenen yaşam kalitesinin bir de postpartum depresyon sebebiyle daha da düşmesini, annenin ailesiyle çevresiyle ve özellikle de bebeği ile ilişkilerinin kötü etkilenmesini de önleyecektir.

Bu çalışmanın amacı; Denizli Pamukkale İlçesi'nde 0-1 yaş bebeği olan annelerde EPDÖ ölçeğini kullanarak depresyon sıklığını saptamak, postpartum depresyonda etkili olan risk faktörleri belirlemek ve elde edilen sonuçların diğer çalışmalarla benzerlik ve farklılıklarını değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

A. DEPRESYON

A.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurum ile birlikte düşünme, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir ruhsal hastalıktır (1).

Depresyon yinelemeler ile giden, yüksek yeti yitimine neden olan ve sık görülen bir hastalıktır (1). Depresyon tüm toplumları etkilemekte ve önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Günümüzde depresyonun dünyada 350 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir. On yedi ülkede yapılan 'dünya ruh sağlığı araştırmasında' her 20 kişiden 1'inin bir önceki yılda depresyon epizodu geçirdiği saptanmıştır (14).

Depresyonun insidansı %6.6, yaşam boyu yaygınlık oranı %16.2 olarak bildirilmiştir (15). Depresyonun toplum örneklerinde, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığının, kadınlar için %20-26, erkekler içinse %8-12 arasında olduğu bulunmuştur. Araştırmalar depresyonun kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görüldüğünü doğrulamaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kadın erkek arasındaki bu farkın giderek azaldığı görülmektedir. Bu, gelişmiş ülkelerde kadınların sosyoekonomik konumlarındaki değişimle ilgili olabilir. Depresyon kadınlarda en sık 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından daha fazla görüldüğüne ilişkin birçok veri bulunmaktadır (1).

A.1.1. Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili olası risk etkenleri

- Aile öyküsünde depresyonun olması
- Kadın olmak

- Stresli yaşam olayları ve kayıplar (özellikle ölüm, boşanma, erken çocukluk yıllarında anne ya da baba kaybı, sağlık ya da parayla ilgili krizler, çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel istismar)
- Ayrılmış, boşanmış ya da dul olmak
- Kötü evlilik ilişkileri
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Kentsel yaşam
- İçeride dönük, obsesif, bağımlı kişilik özelliklerine sahip olmak
- İşsizlik ya da iş kaybı
- Postpartum dönem
- Göç
- Ailenin ilk çocuğu olma
- Evsiz olma

A.1.2. Depresyon riskini etkilemeyen etkenler

- Irk ve etnik köken
- Menapoz
- Kültür

A.2. Semptomlar ve Klinik Bulgular

Depresyon aşağıdaki belirti ve bulgulardan biriyle ya da birçoğu ile kendini gösterebilir:

- Yaşama karşı ilgi yitimi
- Genel bir isteksizlik ve zevk alamama (anhedoni)
- Sürekli bir üzüntü, huzursuzluk
- Sürekli kaygılar taşıma
- Kişisel sorumlulukları yerine getirmeme, kişisel bakımını savsaklama
- Yeme alışkanlıklarında değişiklikler
- Uyku alışkanlıklarında değişiklikler
- Yorgunluk, bitkinlik
- Düşüncelerini yoğunlaştırmada ve odaklanmada zorlanma, dikkat dağınıklığı

- Aşırı duygudurum dalgalanmaları
- Çaresizlik duyguları
- Sürekli olumsuz düşünceler, değersizlik ve suçluluk duyguları
- Tedaviye yanıt vermeyen bedensel yakınmalar
- Alkol ve ilaç kullanımında artış
- Ölüm ve intihar düşüncelerinden biri ya da birçoğu ile kendini gösterebilir (15).

Depresyon stresli bir olayla tetiklenebilir, ancak ortada görünür bir neden yokken de ortaya çıkabilir. Belirtileri birden başlayabilir ya da aylar ya da yıllar içinde sinsi bir şekilde gelişebilir (15).

Depresyon belirtilerinin çoğu normalde herkesin zaman zaman yaşayabileceği belirtilerdir. Depresyonu bir sendrom haline getiren bu belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir (1).

Depresyon hastalarında ölüm ve intihar düşünceleri önemli bir sorundur. Toplumda ölüm oranlarının yaklaşık %1'i intihardan kaynaklanan ölümlerdir. İntihar edenlerin yaklaşık olarak üçte ikisi depresyon hastalarıdır. Depresyon hastalarının yaklaşık beşte birinde intihar girişimleri bulunur (16).

A.3. DSM-5 'e göre depresyon tanısı

A. Ardışık iki hafta boyunca, neredeyse her gün ve/veya günün büyük bölümünde ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha çoğunun) bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması. Bu belirtilerden en az biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.

1. Depresif ruh hali, bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülü, umutsuz, kendini boşlukta hissetmek) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünüm)
2. Hemen hemen bütün etkinliklere karşı ilgide azalma, zevk almama durumu.
3. Yeme isteğinde azalma ya da artma, herhangi bir diyet uygulamadan çok kilo verme ya da kilo alma durumu.
4. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Ajitasyon ya da yavaşlama (başkalarınınca da gözlenen düzeyde).
6. Bitkinlik, enerji düşüklüğü.
7. Değersizlik ve suçluluk duyguları
8. Düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme, karasızlık yaşama
9. Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri

- A. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur
- B. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (4).

Günümüzdeki tanıma göre bir kişide olumsuz bir yaşam olayının ardından 14 gün süren moral bozukluğu ve kendine olan güvende azalma, uyku ve konsantrasyon bozukluğu ve cinsel ilgide azalma gibi belirtiler ortaya çıkarsa bu kişi ılımlı şiddette depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor demektir.

A.4. Depresyon ölçme ve değerlendirme araçları

Klinik çalışmalarda olduğu kadar günlük klinik uygulamada izlenen hastanın ilaçlara verdiği yanıtın değerlendirilebilmesi gerekir. Bu amaçla geliştirilen ve en yaygın kullanılan ölçekler:

- *Beck depresyon envanteri*: Depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeden oluşur. Depresyonun şiddetiyle ilgili bilgi verir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Türkçe' ye uyarlaması, çeşitli örneklemeler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları vardır (17,18).
- *Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği*: Hamilton ölçeği görüşmeye dayanan gözlemlerin sistematik olarak kayıt edildiği bir çizelgedir. Suçluluk duyguları, intihar, anksiyete gibi 17 madde 5 dereceli bir ölçekle değerlendirilerek toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (19,20).
- *Montgomery- Asberg depresyon değerlendirme ölçeği*: Depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan,

görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Sıfır ile 6 arasında derecelendirilen 10 maddeden oluşur. Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (21,22).

- *Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği*: Bedensel hastalık nedeniyle hastanede yatmakta olan ya da birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda bunaltı ve çökkünlük riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilen hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (23,24).

Bir kez depresyon geçirmiş bir kişinin yaşamı boyunca yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %50-60, iki depresyon dönemi geçirmiş kişinin yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı %70-80, üç kez depresyon geçirmiş olan hastaların yeni bir dönem geçirme olasılığı %90'a çıkmaktadır (15). İleri yaşlarda olan depresyon olgularında yineleme olasılığı daha fazladır (1).

Toplumda her 6 kişiden biri yaşamı boyunca depresyon geçirmiş olmasına rağmen bu hastaların %40 depresyon nedeniyle tedavi almaktadır. Gelişmiş ülkelerde bile toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısı nedeniyle bu tür hastalıklar saklanmakta ve tedavi görme olasılığı daha da düşmektedir (1).

Tedavi edilmemiş depresyon dönemleri 6-24 ay sürer, depresyon geçiren kişilerin %66'sında belirtiler yatıştır ve hastalık öncesi işlevsellik düzeyine geri dönlür. Hastaların %5-10 'unda tam bir depresyon dönemi 2 yıldan daha uzun sürer, yine hastaların %20-25 'i depresyon dönemleri arasında kısmi bir düzelmeleri olur (15).

B. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR

Gebelik ve doğum her kadın için doğal yaşam döngüsünün bir parçasıdır. Ancak gebeliğin mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık terkedilmiştir. Kadın bu süreç boyunca oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Anne adayları, hamileliğin ilk dönemlerinde, mide bulantısı, memelerde gerginlik gibi gebeliğin ilk belirtileri tarafından tetiklenebilen

duygusal değişkenlikteki artışın farkına varabilmektedirler. Zaman içerisinde bedendeki fizyolojik değişiklikler, cinsel ilgideki değişiklikler ve doğumla ilgili anksiyete, duygudurum değişikliğine katkı sağlayabilir. Hamileliğin son dönemlerinde doğum ve bebek bakımı hazırlıkları içerisindeki anne adayında sosyal içe çekilme ve yüksek anksiyete gözlenebilmektedir. Anne adayı yaşadığı bu yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stres etkenleri ile etkili bir şekilde baş edemezse gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar anne için gelişimsel ve durumsal bir krize dönüşmektedir (25).

Gebelik döneminde görülen ruhsal bozukluklar, iş gücü kaybı, anne-çocuk ilişkisinin olumsuz etkilenmesi ve hatta intihara varan sonuçlara neden olabilmekte ve bu durum, giderek artan önemde toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az teşhis edilebilmekte ve buna bağlı olarak da tedavileri aksamaktadır. Fetus açısından mutlu ve huzurlu bir dönem olarak geçirilmesi gereken gebelik dönemi; annenin uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirdiği, buna bağlı olarak da fetusun hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin kötü etkilendiği, gebenin annelik rolüne iyi hazırlanamadığı, yaşam kalitesinin düştüğü ve aile içi çatışmaların olduğu bir dönem olmaktadır. Tedavisi ihmal edilen bu ruhsal bozuklukların anne-çocuk ilişkisinin ciddi olarak bozulması ile sonuçlandığı göz önüne alındığında, bu konuya duyarlılık ile yaklaşılmasının gerektiği görülmektedir. Diğer taraftan psikiyatrik hastalıkların, 18-45 yaşları arasındaki reproduktif dönemdeki kadınlarda daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir. Buna göre gebelik ve annelik dönemi pek çok kadın için anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönem olabilmektedir (26).

Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastaneye başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (27). Geriye dönük epidemiyolojik taramalar ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaların çoğu ilk başvurunun genellikle postpartum ilk dört haftada pik yaptığını göstermektedir (28).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V) göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik gerek psikotik olmayan depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılır (4). ICD-10'da ise lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır ve doğum sonrası olarak özgülleştirilebilmesi için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır (29).

B.1. POSTPARTUM RUHSAL BOZUKLUKLAR SINIFLANDIRMA

- Postpartum blues (annelik hüznü)
- Postpartum psikoz
- Postpartum depresyon

B.1.1. POSTPARTUM BLUES (ANNELİK HÜZNÜ)

Birçok kadın, doğumdan sonra belirli bir düzeyde ruhsal durum değişiklikleri gösterir. Bu durum doğum sonrası hüznü (postpartum blues) ya da bebek hüznü şeklinde adlandırılmaktadır (5).

Muhtemelen ortak bir tanım olmamasından dolayı annelik hüznünün bildirilen insidansı değişmektedir. Annelik hüznünün postpartum kadınların %50-85'ini etkilediği bildirilmektedir (30,31).

Sık görülmesine rağmen, bu bozukluğun üzerinde fikir birliği oluşmuş tanı ölçütleri veya değerlendirme ölçekleri yoktur. Annelik hüznü DSM-V ve ICD-10'da yer almamaktadır. Zayıf aile ve/veya evlilik bağları, hamilelik öncesi dönemdeki ve hamilelik sırasındaki duygudurum bozuklukları ve primipar olunması annelik hüznü açısından risk faktörlerdir (5).

Annelik hüznünün patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Doğum sonrası görülen hormon düzeylerindeki ani düşüşün rolü olabileceği düşünülmektedir. Progesteron ve östrojen düzeyleriyle ilgili çalışma sonuçları çelişkilidir. Triptofan, prolaktin ve kortizol çalışmalarının desenleri, çalışmaların sonuçları üzerinde herhangi bir yorum yapmayı güçleştirmektedir (5).

Annelik hüznü, postpartum birinci günde başlayabilir ancak genellikle 3-7. günler arasında görülür. Semptomlar geçici olup 1-2 günden 1-2 haftaya dek sürebilir (32). En yaygın belirtiler duygudurumda hızlı değişiklikler ve ağlamaklı olma durumudur. Diğer belirtiler; yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık ve baş ağrısıdır (33,34,35). Bazı annelerde mizaçta yükselmeler de görülebilmektedir (36).

Annelik hüznündeki mizaç değişiklikleri geçici kabul edilir ve kadının işlevselliğinde yetersizliğe neden olmadığı düşünülür. Ancak bazı kadınlarda daha ciddi mizaç bozukluklarına öncü olduğu düşünülmektedir. Annelik hüznü geçici bir tablo olmakla beraber, bu olguların %20'sinde postpartum birinci yılda major depresyon gelişebileceği bildirilmektedir (37).

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde düzelir. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır. Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7-10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse, kadınların hastaneye başvurması önerilmelidir (5,38).

B.1.2. POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum psikoz doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formudur (27). Her 1000 doğumdan 1-2 sinde görülür. DSM V'e göre, 'postpartum başlangıç' diyebilmek için, hastalığın doğum sonrasında bir ay içinde başlamış olması gerekmektedir (4). Postpartum psikozların büyük kısmı doğumdan sonraki üçüncü haftadan sonra başlar ancak doğum sonrası ilk 3-14. günden 1 yıla kadar değişen süreler de başlayabileceği bildirilmiştir. Ağır vakaların çoğu postpartum 3. haftadan önce başlar ve gebelik esnasında da semptom öyküsü vardır (39).

Postpartum psikoz geliştirilenin en önemli risk faktörü geçmiş öyküdür. Postpartum relaps riski %70 kadar yüksektir. Diğer risk faktörleri ilk doğum,

evlenmemiş olmak, sezeryan ile doğum yapmak, kız çocuğu sahibi olmak, geçmiş kişisel ve ailevi psikiyatrik hastalık öyküsüdür. Fetal distres ve anomalilerde risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (39).

Kendell, hastaneye psikiyatrik başvuruların postpartum ilk ayda doğum öncesi döneme göre ortalama 6 kat ve ilk 3 ayda 3-8 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (40).

Lohusalık psikozunun patofizyolojisine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışma sonuçları lohusalık psikozu ile östrojen, prolaktin, progesteron ve adrenokortikoid düzeyleri arasında bir ilişki göstermemektedir. Bir grup araştırmacı, doğum sonrası östrojen düzeylerindeki ani düşüşün, dopamin reseptörlerinde duyarlılığı artırarak psikozu yol açabileceğini ileri sürmüştür. Bu bozukluğun postpartum tiroidit ile ilişkisine dair araştırma sonuçları çelişkilidir (5).

Puerperal psikozda prodromal semptomlar; uykusuzluk, huzursuzluk, yorgunluk, ruhsal çöküntü, baş ağrısı, mizaçta dalgalanmadır. Genellikle yetersizlik duygusuna bağlı utanma, çaresizlik, depresyon sık karşılaşılan duygudurum halleridir. Postpartum psikoz epizodu ani başlar, ağır ve şiddetli olma eğilimindedir, konfüzyon, hezeyanlar ve varsanılıların olduğu deliryum ve psikozla karakterizedir. Klinik semptomları hastanın annelik rolü ve bebek çevresinde gelişmektedir. Depresif hastalar bebeğin sağlığı veya güvenliği konusunda aşırı kaygıya sahiptirler. Bebeği yeterince sevmeme veya bebeğe bakma isteklerinin olmayışı doğrultusunda suçluluk hissederler. Bebeğin bakımı ile ilgili yetersizlik duyguları vardır. Psikoz söz konusu ise bebeğin ölmesi veya bir şekilde malforme olduğu şeklinde hezeyanı söz konusu olabilir. Doğurmuş olmayı reddedebilir, ben evli değilim veya ben bakireyim şeklinde hezeyanlar olabilir. Anneye bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde varsanılıları olabilir. Bebeğe yönelik davranışta yadsıma veya kaygılı bir aşırı koruyuculuk olabilir. Çocuk öldürme ya da intihar düşüncesi veya eylemi en önemli risk faktörüdür. Postpartum psikoz çoğu olguda kadının işlevselliğini önemli ölçüde bozar. Hasta kendine ve bebeğe tehlike yaratabilir. Özellikle zayıf iç görü ve aşık hezeyanlar tabloya eşlik ediyorsa, psikoz veya deliryum semptomları olan yeni anneler pratik yetmezlik veya hezeyanlar nedeniyle bebeklerine zarar verme riski taşırlar. Ağır olgularda suisid ya da infantisid riski yüksek olabilir. İnfantisid riski

50000 doğumda 1-3 olarak bildirilmiştir. İnfantisid gerçekleştiren annelerin %62'si intihar eder (10,41,42,43).

Postpartum psikozun diğer önemli bir sonucu da yaşamın diğer dönemlerinde rekürren epizodların olabilmesidir. Postpartum psikozlar, depresyon başta olmak üzere manik ve şizoafektif ataklar, kısa reaktif psikoz veya şizofrenik epizodlar olarak görülebilir.

Önceden geçirilmiş şizofreni ve duygudurum bozukluğu öyküsü olan kadınların, puerperal dönemde psikotik bir atak geçirme riskinin, genel popülasyona göre hayli yüksek olduğu ortaya konmuştur (44). Puerperal psikoz atağı geçiren bir anne için sonraki hamilelikte tekrar atak geçirme riski 1/3-1/4 arasındadır. Puerperal psikoz atağı geçiren kadının akrabalarında genel popülasyona göre yüksek puerperal bozukluk oranları gösterilmiştir (45).

Hastaneye yatarak tedaviyi gerektirecek düzeyde ciddi bir rahatsızlıktır. Özkıyım riski nedeniyle, hastalar hızlı ve etkin bir biçimde tedavi edilmelidir. Birinci veya ikinci kuşak antipsikotikler tercih edilebilir. Emziren annelerde risperidon ve ketiyapin kullanımı ile yan etki bildirimleri yoktur. Olanzapin ve klozapinle ilgili veriler çelişkilidir; aripiprazol ve ziprasidon kullanımı ile ilgili veri yoktur. Birinci kuşak antipsikotiklerle sporadik yan etkili bildirimleri vardır (46).

Her ne kadar yapılan çalışmalar metodolojik açıdan kısıtlı olsa da, EKT (elektro konvülsif terapi) hızlı yanıt açısından tedavi seçenekleri arasında yer almalıdır. Bipolar bozukluk ve lohusalık psikozu arasındaki yakın ilişki nedeniyle antipsikotik tedaviye lityum eklenmesi düşünülmelidir. Ancak lityumun, süte yüksek miktarlarda geçmesi nedeniyle, emziren annelerde kullanımı önerilmemektedir (47).

B.1.3. POSTPARTUM DEPRESYON

B.1.3.1 Tanım ve Epidemiyoloji

Postpartum depresyon non psikotik bir depresyon atağıdır. Postpartum depresyon DSM-V de depresyon bozuklukları içinde; semptomların gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki 4 hafta içinde başladığı grup olarak tanımlanmıştır (4). Bir çok çalışmada araştırmacıların bu süreyi 12 haftaya kadar uzattıkları görülmektedir.

Lohusalık depresyonunun doğumla ilişkili olmayan depresyondan ayrı bir fenomen olup olmadığına dair tartışmalar halen devam etmektedir. Bazı araştırmacılar lohusalık depresyonunun diğer dönemlerde görülen depresyonlardan farklı olmadığını belirtirken; bu depresyonun diğer depresyonlara göre daha genç yaşta görüldüğüne, özkıyım insidansının daha düşük olduğuna, bu grupta doğum sonrası uyumun daha kötü olduğuna, agresif obsesyonel düşüncelerin daha fazla olduğuna ve bu grubun daha anksiyeteli olduğuna dair yayınlar vardır (5).

Tüm dünyada yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalar sonucu duygudurum bozukluklarının kadınlarda erkeklere kıyasla 2 kat daha sık ve ilk başlangıç pikinin doğurganlık yıllarında olduğu saptanmıştır (15).

Kendell ve arkadaşlarının çalışmasında postpartum kadınlarda psikiyatrik yatışların belirgin oranda arttığı gösterilmiştir. Kadınların tüm psikiyatrik yatışlarının %12,5'a varan oranının postpartum dönemde olduğu ortaya konmuştur (45).

Çeşitli çalışmalarda postpartum depresyon prevalansını %10-22 arasında değiştiği bulunmuştur (48,49). O'Hara ve Swain tarafından 1996 yılında yapılan 59 çalışmayı içeren bir meta analizde postpartum depresyonun ortalama prevalansı %13 olarak bulunmuştur (43).

Annelerin %10 ile %20'sinin doğum sonrası herhangi bir zamanda depresyon geçirdiğine inanılmaktadır, böylece doğum sonrası depresyon en sık karşılaşılan ağır doğum sonrası psikiyatrik bozukluk haline gelmektedir (50).

İngiltere'de yapılan bir olgu kontrol çalışmasında doğumdan sonraki 5 hafta içinde depresyon insidansının 3 kat fazla olduğu saptanmıştır (51). Norveç'te yapılan bir çalışmada doğum sonrası olan ve olmayan kadınlar karşılaştırılmış ve doğum sonrası depresyon riskinin 1,8 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (52).

Türk toplumunda yapılan araştırmalarda postpartum depresyon prevalansı %14,0- %28,1 şeklinde tespit edilmiştir (7,8,9).

B.1.3.2.Semptomlar ve klinik bulgular

Postpartum depresyon doğumdan sonraki 2-3 haftadan sonra başlayan (olguların %80'inde ilk 6 haftada), kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme duygularıyla karakterize bir durumdur. Postpartum depresyon insidansında

artış sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilmektedir (5,6).

Postpartum depresyon, doğum sonrası dönemde görülen annelik hüznü gibi kısa süreli ve geçici değildir. Postpartum depresyon semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen depresif epizoda benzer, ancak zamanlaması ve anne-bebek ilişkisi, ailesel ve toplumsal nedenlerden ötürü özellik taşır.

Risklere duyarlı süt çocukluğu dönemine getirdiği yük, anne- çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemesi ve uzun dönemde yarattığı ciddi sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır.

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme bazen klinik tanı koymayı güçleştirebilir. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon belirtileri olmakla birlikte normal postpartum dönemde de görülebilmektedir.

Özellikle semptomlar hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, postpartum depresyonun başlangıcı sinsi olup gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip sonunda hastaneye yatış gerekli olacak kadar ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Tanı koyarken de standardize tarama yöntemleri faydalı olacaktır (5).

Sıklıkla bedensel yakınmalar özellikle aşırı yorgunluk vardır. Hastalarda bebeklerini yeterince sevmedikleriyle ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilişkili endişeler, bebeğe şiddet uygulamayla ilgili obsesyonel tarzda düşünceler, özkıyım düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor ajitasyon, ağır anksiyete, panik ataklar, kendiliğinden ağlamalar, iştahsızlık, uykusuzluk, bebekle ilgilenmeme ve ağır epizodlarda bebeği öldürmeye ilişkin düşünceler olur (5, 36).

Genellikle prepartum depresif semptomlar postpartum döneme göre daha hafiftir. Birçok kadın mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu dönemde depresif duygular taşıdıkları için kendilerini suçlu hissederler. Belirtilerini ya da çocuklarına karşı duydukları olumsuz duygularını tartışma konusunda isteksizlik gösterebilirler (5).

Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, enerji kaybı, bilişsel-

afektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin ise yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (53).

Postpartum depresyondaki bir kadın sık sık ağlama, uykusuzluk, dikkat eksikliği, kendini değersiz hissetme veya kişisel görünümüne dikkat etmeme gibi davranışlar gösterebilir. Kendini umutsuz, huzursuz ve yalnız hissedebilir, bebeğine ve çevresindeki insanlara düşmanca duygulara sahip olabilir. Postpartum depresyonda görülen bu duygu ve davranışlar kadının aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir.

Postpartum depresyondaki anneler; dayanılmaz yalnızlıkla kuşatıldıklarını düşünürler. Başkalarına rahatsızlık verdiklerini, hiç kimsenin kendilerini anlamadığını ve yalnızlıklarını paylaşamayacaklarını düşünürler. Kötü anne olduğu ya da olacağı ve kötü bir geleceğin kendilerini beklediğine dair obsesif düşünceler geliştirirler. Gelecekle ilgili planları yoktur ve geçmişteki tüm ilgi ve hedeflerine karşı boşluk hissederler. Bebeğe karşı suçluluk duyarlar ve çocuğa zarar verme düşüncesini uzun uzun düşündükleri için bundan üzüntü duyarlar. Bütün pozitif duygulardan soyutlanırlar. Kendilerini sanki kurulu bir oyunu canlandırıyorlarmış gibi hissederler. Kontrol edilemez anksiyete atakları yaşarlar. Annelik hissini yaşayamazlar ve anneliği kabul etme güçlüğü yaşarlar. Kendilerini çok güvensiz hissederler, adeta kendilerine annelik yapılmasına ihtiyaç duyarlar (54).

B.1.3.3. Risk faktörleri

Çalışmalar sonucu tespit edilebilen risk faktörleri: Kişisel ve ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete ve /veya depresyon, daha önceki gebeliklerde depresyon hikayesi, kişilik özellikleri (obsesif-kompulsif, panik, anksiyöz), özgüven eksikliği, ilk bebeğe sahip olma, çocuk bakım stresi, çocukta sağlık problemleri, huzursuz bebek, daha önce çocuklarla deneyimin olmayışı, doğum sonrası ciddi tıbbi komplikasyonlar, multiparite, küçük yaşta çocuk sahibi olma, sosyal destek yokluğu, evlilik problemleri, eşle iletişimin kötü olması, boşanma ve/veya yalnız yaşama, düşük gelir düzeyi, düzenli iş sahibi olmama, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen ve/veya planlanmayan gebelikler, kötü çocukluk tecrübeleri, anneliği istememe, anneliğe adapte olamama, kendi annesi ile arasında zayıf ilişki, annelik hüznü, kötü doğum tecrübesi, sezeryan doğum, yetersiz anne sütü, sigara

kullanımı, gebelikte aşırı bulantı, ilk evlilik olmaması, küçük yaş da evlenme, bebeğin cinsiyetinin istenilen gibi olmaması, annenin ailesinin aşırı koruyucu olması olarak tespit edilmiştir (10,55,56,57,58).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada postpartum depresyon için risk faktörleri; aile içi şiddet, evliliğinde sorun olması, gebeliğin istenmemesi, gebelik öncesi ruhsal hastalık öyküsü, eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olması, aile veya arkadaş ilişkilerinin kötü olması evde anne-baba veya kardeşlerle yaşamak postpartum depresyon ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (59).

Gebelik sürecinde daha az kilo alan annelerin, depresyona eğilim oranının daha fazla olduğunu ve postpartum depresyon için risk faktörü olarak gebelik sürecinde yetersiz beslenme sonucu, düşük kilo alımının da üzerinde durulması gerektiğini vurgulamıştır(60).

Postpartum depresyon için risk faktörlerini belirlemek için yapılan çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma, Beck ’in postpartum depresyon risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck postpartum depresyonun risk faktörlerini araştıran 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir (10). Bu meta-analiz çalışması sonucunda, postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri tablo 1’de gösterilmiştir. Postpartum depresyonun diğer risk faktörleri de, yapılan birçok araştırma ile literatürde bize yol gösterir nitelikte olup Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 1. Postpartum depresyonun en önemli risk faktörleri

1. Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı
2. Geçirilmiş depresyon öyküsü
3. Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler
4. Sosyal destek eksikliği
5. Stresli yaşam olayları
6. Annelik hüznü
7. Olumsuz evlilik ilişkileri
8. Düşük benlik saygısı
9. Bebeğin huysuzluğu
10. Annenin evlilikten memnuniyeti
11. Sosyoekonomik durum
12. Gebeliğin istenme durumu

Tablo 2. Postpartum depresyonun diğer risk faktörleri

1. Ailede depresyon öyküsünün bulunması
2. Eğitim düzeyi
3. Doğum sayısı
4. Prematüre doğum
5. Şiddetli premenstruel sendrom
6. Emzirmeme
7. Tiroid hastalıkları
8. Gebelik komplikasyonları
9. Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi
10. Fiziksel yorgunluk
11. Ağır aile içi anlaşmazlık
12. Psikiyatrik tedavi öyküsünün olması
13. Sosyal destek yokluğu
14. Sigara kullanımı
15. Gebelikte aşırı bulantı

16. İlk gebelik
17. Kadının kendi anne-babasının erken ölümü
18. Anne bakım eksikliği
19. Kadına gebeliğindeki negatif tutumlar
20. Kocasının yakınlığının kaybı
21. Yeniden evlenmesi
22. Madde bağımlılığı
23. Sosyal çevreyle olan yaşanmış güçlükler
24. Evlenme yaşı
25. Kadının çocukluğunda babasının aşırı koruması altında olması

Farklı araştırmalarda D vitamini ve demir eksikliği ile postpartum depresyon arasındaki ilişki de incelenmiştir. İnan'da yapılan çalışmada, başlangıçta hemoglobin seviyesi normal olan ve doğumdan sonra anemi gelişenlerde, postpartum depresyon prevalansının anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir (61). Suudi Arabistan da yapılan bir çalışmada ise, postpartum depresyon risk faktörleri olarak yaş, meslek, parite gibi nedenlerin sayılabileceği belirtilmiş ancak özellikle gebelikte hemoglobin seviyesinin düşüklüğü ve aneminin postpartum depresyon açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir (62). Diğer taraftan gebelerde D vitamini düşüklüğünün, antenatal depresyon semptomlarını artırdığı ve postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir (63).

Kadınların doğumdan sonra gebelik dönemine göre daha az uyudukları tespit edilmiştir. Daha önce depresyon öyküsü olan gebelerde uykusuzluğun, postpartum dönemde depresyonun yeniden ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (64).

B.1.3.4.Biyolojik etkenler

Postpartum depresyonun biyolojik mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Doğum sırasında oluşan dramatik ve biyolojik değişikliklerden dolayı postpartum mizaç bozukluklarının biyokimyasal ya da hormonal bir dengesizlik sonucu olduğu

düşünülmektedir. Biyolojik değişiklikleri ölçmek amacıyla az sayıda çalışma yapılmış ve bunlarda da gonadal hormonlar ve prolaktine odaklanılmıştır.

Yapılan çalışmalarda postpartum depresyonlu kadınlardaki ortalama gonadal hormon seviyelerinde, depresyon geliştirmeyen kadınlara kıyasla fark bulunmamıştır (65).Yapılan iki çalışmada kortizol düzeyleri postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuş ancak bu bulgu diğer çalışmalarda teyit edilememiştir. Bu çalışmalarda hipotalamik-pituiter-adrenal eksenin postpartum dönemde fizyolojik olarak hiperaktif olduğu dolayısıyla ölçümlerin yorumlanmasının güç olduğu belirtilmiştir (66). Harris ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışma, deprese mizacın tiroid bozuklukları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (67). Postpartum dönemde daha hızlı β -endorfin geri çekilmesi olan kadınların mizaç değişikliklerine daha yatkın oldukları bildirilmiştir (66). Postpartum gonadal hormon düzeylerinde düşmenin bazı duyarlı ya da genetik yatkınlığı olan kadınlarda bir mizaç değişikliğine yol açacak serotonerjik sistem değişikliklerine neden olması mümkündür. Bir diğer olasılık mizaç değişikliklerinin hormonların birbirine oranlarındaki bir anormallikten kaynaklanabileceğidir. Bir başka görüşe göre ise mizaç değişimlerinde normal hormon düzeylerine anormal bir hassasiyet söz konusu olabilir.

Postpartum mizaç bozukluğu görülen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da postpartum mizaç değişikliklerinde kalıtsal ya da ailesel yükün primer araştırılması gereken bir faktör olduğunu göstermektedir (68).

B.1.3.5. Psikolojik etkenler

Gebe kadının, gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde, içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler, aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Hemen her toplumda, özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda, önemli bir baskı altında bulunmaktadır.

Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak, bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da, kadınların çocuk

sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu, geleneksel kadın rolüne geçiş gibi, kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir (69,70).

Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın, psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide sosyal stres kişiler arası ilişkiler gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (71).

Landy ve arkadaşları, kendi hayatlarını kendilerinden çok dış etmenlerin kontrol ettiğinin düşünen annelerin postpartum depresyon açısından daha yüksek risk taşıdıklarını bildirmişlerdir (72).

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. Gelişimsel duraklaması ya da gelişiminde doyurulmamış yaşantıları olan annelerden bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (71,72).

Gebe kadınların, kendi anneleriyle ilişkilerindeki duygu karmaşası, 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. Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (71).

Aile öyküsünde, postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar postpartum depresyon için riskli kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı, kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını

olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker (73).

B.1.3.6. Sosyokültürel Etkenler

Danacı ve arkadaşlarının çalışmasında, sosyokültürel faktörlere ilişkin; yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, kadının kendisinde daha önce psikiyatrik bir bozukluğun olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşiyile ve eşinin ailesiyile ilişkisinin iyi olmaması da depresyonun ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır (78).

Doğumla birlikte, kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyile ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (71,72).

Ataerkil toplumlarda, bebeğin cinsiyetinin kız olması, kadınlarda sosyal baskıya neden olup postpartum depresyon görülme durumunu etkileyebilir. Son yıllarda ülkemizde ebeveynlerin beklentilerinin, daha çok bebeğin sağlıklı doğmasından yana olmasına karşın, özellikle kırsal kesimde erkek lehine cinsiyet tercihleri, halen beklenen ve istenen bir durum olma özelliğini korumaktadır. Kültürel faktörler, doğum sonu dönemde postpartum depresyon gibi, sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Postpartum depresyon, anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra bebeğin gelişimini de etkilemektedir (75).

Postpartum dönemde görülen depresyon; sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek arasındaki bağ ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler, bebekle duygusal bağ kurmakta güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları, davranışsal ve duygusal güçlüklerin yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar (27).

B.1.3.7. Tanı ve tedavi

Yeni doğum yapan kadınlarda, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak postpartum depresyon belirlenmelidir. Postpartum depresyonu belirlemek için,

ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılabilir. Bu ölçekler, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilebilir.

Selektif seratonin geri alım inhibitörlerinin (en sık çalışılanlar sertralin, fluoksetin, paroksetindir) ve venlafaksinin lohusalık depresyonunda etkili olduğu gösterilmiştir. Bu dönemde ilaç kullanımı ile ilgili en önemli sorun emzirmedir. Yapılan çalışmalarda anne sütünde ve bebeğin serumunda SSGİ'lere rastlanmıştır. Özellikle emzirmeyi planlayan annelerde bir antidepresan kullanımı planlanıyorsa, paroksetin ve sertralin kullanımının daha güvenilir olduğu belirtilmektedir. Lohusalık döneminde östrojen kullanımı ile ilişkili çalışmaların desenleri, etkileriyle ilgili yorum yapmayı güçleştirmektedir. Bu dönemde progesteron kullanımının bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Omega-3 yağ asitleriyle yapılan çalışma sonuçları ise çelişkilidir.

Lohusalık döneminde emzirme nedeniyle psikotrop kullanmak istemeyen depresif annelerde bilişsel-davranışçı terapi ve interpersonal terapi, etkinliği gösterilmiş psikoterapötik yaklaşımlardır (76,77).

Çok sayıda alternatif tedavi yöntemleri mevcut olmasına rağmen, hastalar çoğu zaman uygun tanı ve yeterli tedavi alamamaktadırlar.

Birinci basamak sağlık personeli, gebe kadınla ilk karşılaşan ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri sırasında onu haftalarca izleyen ekiptir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmelidir. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını önleyebilir. Erken tanı aynı zamanda gebelik sonrasında zaten düşmesi beklenen yaşam kalitesinin bir de postpartum depresyon sebebiyle daha da düşmesini, annenin ailesiyle çevresiyle ve özellikle de bebeği ile ilişkilerinin kötü etkilenmesini de önleyecektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmada Denizli Pamukkale İlçesi'nde 1-12 aylık bebeği olan annelerde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğini (EPDÖ) kullanarak depresyon sıklığını saptamak, postpartum depresyonda etkili olan risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMA PROJESİ

Bu araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair, 29.12.2015 tarihli 22 nolu onayı ve Denizli İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün izni ile başlanmıştır.

ARAŞTIRMA BÖLGESİ

Araştırma Pamukkale Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne bağlı; Çamlık, Kınıklı, İstiklal, Medine Vural ve Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)' de 1-12 aylık bebeği olan annelerle yüz yüze anket görüşmesi tekniğiyle yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Pamukkale TSM'ye bağlı ASM'lerde 1-12 aylık bebeği olan anneler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Pamukkale Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne bağlı; Çamlık, Kınıklı, İstiklal, Medine Vural ve Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)' ne Şubat-Mayıs 2016

tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran 1-12 aylık bebeği olan ve çalışmayı katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dahil edilmiştir.

ARAşTIRMADAN DIşLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya;

- Türkçe bilmeyenler,
- Çalışmaya katılmak istemeyenler dahil edilmemiştir

ARAşTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Pamukkale TSM'ye bağlı ASM'lerden bölgenin sosyoekonomik düzeyine göre 5 ASM seçilmiştir. Bu ASM'ler amlık ASM, (iyi sosyoekonomik düzey) Kınıklı ASM (iyi-orta sosyoekonomik düzey), İstiklal ASM (orta sosyoekonomik düzey), Medine Vural ASM (orta-kötü sosyoekonomik düzey) ve Karşıyaka ASM (kötü sosyoekonomik düzey) olarak belirlenmiştir.

Daha önce yapılmış benzer çalışmaların sonuçları referans alınarak, çalışmaya 300 kişi alındığında %95 güvenle %90 güç elde edileceği hesaplanmıştır

Seçilen örneklemdaki 300 kişi bu 5 ASM' de bulunan 1-12 ay bebeği olan anne sayısına göre büyüklük ile orantılı şekilde örnekleme alınmıştır. amlık ASM' den 48 kişi, Kınıklı ASM 'den 36 kişi, İstiklal ASM' den 72 kişi, Medine Vural ASM' den 78 kişi ve Karşıyaka ASM' den 66 kişi çalışmaya alınmıştır.

ARAşTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİşKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

- 1-12 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

- Yaş
- Cinsiyet

- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek
- Ekonomik durum
- Yaşadığı yer
- Sosyal güvence varlığı
- Özgeçmiş de psikiyatrik hastalık
- Sosyal destek varlığı
- Sigara kullanımı
- Evlenme yaşı
- Evlenme şekli
- Evlilikten memnuniyet durumu
- Eşinin çalışma durumu
- Premenstrüel sendrom öyküsü
- Önceki doğumlarda psikiyatrik sorun yaşayıp yaşamadığı
- Son gebeliğinin planlı olup olmadığı
- Gebelikte sağlık sorunu olup olmadığı
- Bebekte sağlık sorunu olup olmadığı
- Gebelikte düzenli takip edilip edilmediği
- Doğum şekli
- Emzirme durumu
- Bebeğin bakımına yardımcı birilerinin olup olmadığı

ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri, evlilik ilişkileri, üreme sağlığı öyküleri ve son doğum öykülerini içeren 49 soruluk anket formu (Ek 1) ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (Ek 2) kullanılmıştır.

İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 16 soru bulunmaktadır. Bu bölüm; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, aile tipi, sosyal destek

varlığı, özgeçmişte psikiyatrik hastalık, özgeçmişte kronik hastalık, soy geçmişte psikiyatrik hastalık ve sigara kullanımı sorularından oluşmaktadır. Aylık gelir düzeyi sorulurken, Türkiye'nin 2015 yılı aralık ayı için dört kişilik bir ailenin açlık ve yoksulluk sınırı göz önüne alındı.

İkinci bölümde katılımcıların evlilik ilişkilerini sorgulayan 13 soru bulunmaktadır.

Üçüncü bölümde katılımcıların üreme sağlığı öyküleri ile ilgili 4 soru bulunmaktadır.

Dördüncü bölümde katılımcıların son doğum öyküleriyle ilgili 16 soru bulunmaktadır.

Son bölümde ise 10 sorudan oluşan Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği bulunmaktadır. Değerlendirme 30 puan üzerinden yapıldı ve kesme puanı ≥ 13 (13 ve üzeri) olarak alındı.

EDİNBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDÖ)

Postpartum depresyonu tanımada ve ileri tedavi gerektirecek hastaların psikiyatrik yardım için yönlendirilmesinde kullanılabilecek bir araçtır ve genel olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama amacıyla kullanılabileceği bildirilmektedir. Günümüzdeki çalışmalarda EPDÖ kesme puanı 12-13 olarak alındığında gerçek depresyon semptomlu kişileri saptamada daha duyarlı olduğu bildirilmektedir. Postpartum örneklerde EPDÖ'nün duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 olarak saptanmıştır. Antenatal ve postnatal dönemde EPDÖ'nün depresif semptomları doğru (geçerliliği saptanmış) olarak ölçtüğü bildirilmiştir. EPDÖ tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ve tanı ölçekleri ile (örn. Hamilton Depresyon Ölçeği) doğrulanması gerekmektedir. Ancak EPDÖ'nün postpartum, hatta gebelikteki depresyon semptomlarını saptama açısından özgüllüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir. Türkiye'de de geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Engindeniz ve ark. tarafından yapılmıştır (13).

EPDÖ her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen toplam 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Her bir soruya 0-3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır. Her sorunun puanlaması değişik biçimdedir; 3. ,5. ,6. ,7. ,8. ,9. ve 10. soruların puanlaması 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1., 2. ve 4. sorular ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu soruların puanlarının toplanması ile elde edilir. Genelde 12/13 puan ve üstü kesme değerleri depresif bozukluk açısından risk grubu olarak kabul edilir. Biz çalışmamızda kesme puanı olarak 13 ve üzerini aldık. 13 ve üzeri puan alanlar depresif bozukluk için riskli grup olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMAYI UYGULAYANLAR VE UYGULAMA ŞEKLİ

Pamukkale Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ye bağlı; Çamlık, Kınıklı, İstiklal, Medine Vural ve Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezleri'nde mesai saatleri içerisinde bir araştırma görevlisi tarafından yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce ASM'ye başvuran 1-12 aylık bebeği olan 10 anneye pilot çalışma yapılmış olup sorular katılımcıların anlayacağı şekilde biçimlendirilmiştir. Etik kurul onayı ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Araştırma için veriler Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında Çamlık, Kınıklı, İstiklal, Medine Vural ve Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezleri'ne herhangi bir sebep ile başvuran 1-12 aylık bebeği olan annelerin izinleri alarak toplanmıştır. Öncelikle araştırma görevlisi kendini tanıtip araştırmanın konusunu, amacını ve önemini, hastaya ait herhangi özel bir bilginin sorgulanmadığını (isim, adres, telefon numarası vb.), anlatarak katılımcıları bilgilendirmiştir. Bu bilgilendirme sonucunda araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yaklaşık on beş dakika kadar süren bir anket görüşmesi yapılmıştır. Sorular ve şıklar tek tek araştırma görevlisi tarafından hastaya yöneltilmiş, anlaşılmayan yerler olduğunda hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmıştır. Anket görüşmesi tamamlandıktan sonra araştırma görevlisi tarafından katılımcılara postpartum ruhsal bozukluklar ve risk faktörleri hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Veriler SPSS 21.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizleriyle ve kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir.

ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırmanın zaman çizelgesi tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmanın zaman çizelgesi (Ekim 2015-Temmuz 2016)

	10. ay	11. ay	12. ay	1. ay	2. ay	3. ay	4. ay	5. ay	6. ay	7. ay
PLAN AŞAMASI										
Literatür tarama, okuma	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Anket formunun hazırlanması		■	■							
Etik Kurul başvuru ve onayı			■	■						
UYGULAMA AŞAMASI										
Verilerin toplanması					■	■	■	■	■	■
Verilerin bilgisayara aktarılması							■	■	■	■
ANALİZ AŞAMASI										
Verilerin analizi ve tabloların oluşturulması								■	■	■
Verilerin yorumlanması									■	■
RAPOR AŞAMASI										
Tez raporunun hazırlanması								■	■	■
Tez raporunun sunulması										■

BULGULAR

Araştırmamızda Denizli Çamlık, Kınıklı, İstiklal, Medine Vural ve Karşıyaka Aile Sağlığı Merkezleri'ne Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında başvuran, 1-12 aylık bebeği olan 300 anne yer almaktadır. Bu 300 kişiden %16'sı (n=48) Çamlık ASM, %12'si (n=36) Kınıklı ASM, %24'ü (n=72) İstiklal ASM, %26'sı (n=78) Medine Vural ASM ve %22'si (n=66) Karşıyaka ASM bölgesinde yaşamaktadır. Araştırma grubunun ASM bölgelerine göre dağılımları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4: Örneklem grubunun ASM'lere göre dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde(%)	
ASM	Çamlık	48	16,0
	Kınıklı	36	12,0
	İstiklal	24	72,0
	Medine Vural	26	78,0
	Karşıyaka	66	22,0
	Toplam	300	100,0

Kadınların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $28,7 \pm 5,41$ 'di. Araştırma grubunun eğitim durumuna bakıldığında %0,7'si (n=2) okuryazar değil, %0,7'si (n=2) okuryazar, %18,7'si (n=56) ilkokul mezunu, %26,7'si (n=80) ortaokul mezunu, %32'si (n=96) lise mezunu, %21,3'ü (n=64) üniversite mezunuydu. Araştırma grubunun mesleklerine bakıldığında ise %47'si (n=141) ev hanımı, %29'u (n=87) işçi, %13,7'si (n=41) memur, %10,3'ü (n=31) serbest meslek sahibiydi. Kadınların çalışma durumları incelendiğinde %25'inin (n=75) düzenli çalıştığı, %30'unun (n=90) düzenli çalışmadığı, %45'inin (n=135) daha önce hiç çalışmadığı bulunmuştur. Araştırma grubunun %99'u (n=97) evli, %1'i (n=3) boşanmıştı ve aylık aile gelirleri incelendiğinde %28,7'si (n=86) 1400 TL'den az, %54,3'ü (n=163) 1400-4500 TL, %17'si (n=51) 4500 TL'den fazlaydı. Araştırma grubunun hepsi şehir merkezinde yaşamaktaydı. Araştırma grubunun memleketlerine bakıldığında %83,3'ü (n=250) Ege, %7,7'si (n=21) Doğu Anadolu, %3,3'ü (n=10) Akdeniz, %2,7'si (n=8) Marmara, %2'si (n=6) İç Anadolu, %1'i (n=3) Karadeniz bölgesinde yer almaktaydı. Göç durumuna bakıldığında %42,7'si (n=128) göç etmişti. Araştırma grubunun %99'unun (n=297) sosyal güvencesi vardı.

Aile tipine bakıldığında %94'ü (n=282) çekirdek, %6'sı (n=18) geniş aileydi. Sosyal destek katılanların %56'sında (n=168) var, %41,3'ünde (n=128) yok, %2,7'sinde (n=8) yetersizdi. (Tablo 5).

Tablo 5: Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri

		Min-Max	Ort±SD
Yaş		18 - 45	28,7±5,41
		Sayı(n)	Yüzde(%)
Eğitim durumu	Okuryazar değil	2	0,7
	Okuryazar	2	0,7
	İlkokul	56	18,7
	Ortaokul	80	26,6
	Lise	96	32,0
	Üniversite	64	21,3
	Toplam	300	100,0
Meslek	Ev hanımı	141	47,0
	İşçi	87	29,0
	Memur	41	13,7
	Serbest meslek	31	10,3
	Toplam	300	100,0
Çalışma durumu	Düzenli çalışıyor	75	25,0
	Düzenli çalışmıyor	90	30,0
	Hiç çalışmamış	135	45,0
	Toplam	300	100,0
Medeni durum	Evli	297	99,0
	Boşanmış	3	1,0
	Toplam	300	100,0
Gelir durumu	1400'den az*	86	28,7
	1400-4500**	163	54,3
	4500'den fazla	51	17,0
	Toplam	300	100,0
Göç durumu	Var	128	42,7
	Yok	172	57,3
	Toplam	300	100,0
Sosyal güvemce	Var	297	99,0
	Yok	3	1,0
	Toplam	300	100,0
Aile tipi	Çekirdek	282	94,0
	Geniş	18	6,0
	Toplam	300	100,0

*Dört kişilik ailenin açlık sınırı **Dört kişilik ailenin yoksulluk sınırı

Araştırma grubunun %4'ünün (n=12) özgeçmişinde, %0,7'sinin (n=2) ise soy geçmişinde tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık vardı. Araştırma grubunun %3,3'ünün (n=10) kronik bir hastalığı vardı. Kadınların %20'si (n=60) sigara kullanıyordu. (Tablo 5)

Tablo 6: Araştırma grubunun özgeçmiş ve soy geçmişlerine ilişkin bazı özellikler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Özgeçmişte kronik hastalık	Var	10	3,3
	Yok	290	96,7
	Toplam	300	100,0
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık	Var	12	4,0
	Yok	288	96,0
	Toplam	300	100,0
Soy geçmişte psikiyatrik hastalık	Var	2	0,7
	Yok	298	99,3
	Toplam	300	100,0

Çalışmamızda yer alan kadınların evlenme yaşı 15 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama $22,5 \pm 3,69$ 'du, kadınların eşlerinin yaşları ise 20 ile 53 arasında değişmekte olup ortalama $31,9 \pm 5,6$ 'ydı. Evliliklerin % 68,3'ü (n=285) anlaşarak, %28'i (n=84) görücü usulü, %3,7'si (n=11) ailenin izni olmadan gerçekleşmişti. Araştırma grubunun %96'sının (n=288) ilk evliliği, %4'ünün (n=12) ikinci evliliği ve %5'inde (n=15) akraba evliliği vardı. Kadınların eşleri ile iletişim durumu incelendiğinde %87,3'ü (n=262) eşi ile iyi, %10,3'ü (n=31) orta, %2,3'ü (n=7) kötü iletişim tanımlandı. Eşin ailesiyle iletişim durumu incelendiğinde ise %70'i (n=210) iyi, %21,3'ü (n=64) orta, %2,3'ü (n=7) kötü iletişim tanımlandı. Kadınların evliliklerinden memnun olma durumları incelendiğinde %93,7'si (n=281) memnun, %6,3'ü (n=19) memnun değildi. Araştırma grubundaki kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde ise %0,3'ü (n=1) okuryazar, %8,0'i (n=24) ilkokul mezunu, %26,3'ü (n=79) ortaokul mezunu, %46,0'si (n=138) lise mezunu, %19,3'ü (n=58) üniversite mezunuydu. Kadınların eşlerinin %97,3'ü (n=292) düzenli çalışıyor, %2,7'si (n=8) düzenli çalışmıyordu. Araştırma grubundaki kadınların eşlerinin mesleklerine bakıldığında %51,7'si (n=155) işçi, %16,3'ü (n=49) memur, %32,0'si (n=96) serbest meslek sahibiydi. Kadınların eşlerinin memleketlerine

bakıldığında %87,0'si (n=261) Ege, %3,3'ü (n=10) Doğu Anadolu, %3,7'si (n=11) Akdeniz , %1,7'si (n=5) Marmara, %3,7'si (n=11) İç Anadolu , %0,7'si (n=2) Karadeniz bölgesinde yer almaktaydı. (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırma grubundaki kadınların evliliğine ve eşlerine ilişkin bazı özellikler

		Min-Max	Ort±SD
Evlenme yaşı		15 - 40	22,5±3,69
Eşinin yaşı		20-53	31,9±5,6
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlenme biçimi	Anlaşarak	285	68,3
	Görücü usulü	84	28,0
	Ailenin izni olmadan	11	3,7
	Toplam	300	100,0
Kaçınıcı evliliği	Birinci	288	96,0
	İkinci	12	4,0
	Toplam	300	100,0
Akraba evliliği	Var	15	5,0
	Yok	285	95,0
	Toplam	300	100,0
Eşi ile iletişimi	İyi	262	87,3
	Orta	31	10,4
	Kötü	7	2,3
	Toplam	300	100,0
Eşinin ailesiyle iletişimi	İyi	210	70,0
	Orta	64	21,3
	Kötü	26	8,7
	Toplam	300	100,0
Evlilikten memnuniyeti	Memnun	281	93,7
	Memnun değil	19	6,3
	Toplam	300	100,0
Eşinin çalışma durumu	Düzenli çalışıyor	292	97,3
	Düzenli çalışmıyor	8	2,7
	Toplam	300	100
Eşinin mesleği	İşçi	155	51,7
	Memur	49	16,3
	Serbest meslek	96	32,0
	Toplam	300	100,0

Araştırma grubunda aile içi şiddet varlığı ayrıntılı bir şekilde soruldu (fiziksel, sözel, duygusal olarak), tüm katılımcılar soruya 'hayır' cevabını verdi. Araştırma grubundaki kadınların gravitesi 1-6 arasında değişmekte olup ortalama $2,12 \pm 1,12$ 'ydi. Parite ise 1-4 arasında değişmekte olup ortalama $1,5 \pm 0,75$ 'di. Yaşayan çocuk sayısı 1-4 arasında değişmekte olup ortalama $1,7 \pm 0,74$ 'di. Araştırma grubunun %45,0'inin (n=135) bir, %39,0'unun (n=117) iki, %15,3'ünün (n=46) üç, %0,7'sinin (n=2) dört çocuğu vardı. Araştırma grubunun %21,6'sında (n=65) abortus, %5,6'sında (n= 17) küretaj ve %1,0'inde (n=3) ölü doğum öyküsü vardı. Araştırma grubunun %38,0'inde (n=114) PMS var, %62,0'sinde (n=168) yoktu. Kadınların önceki doğumlarından sonra, %1,0'inde (n=3) postpartum hüznün, %1,6'sında (n=5) postpartum depresyon öyküsü vardı. (Tablo 8).

Tablo 8: Araştırma grubunun üreme sağlığı öyküsüyle ilgili verilerin dağılımı

		Min-Max	Ort±SD
Gravite		1-6	2,12±1,12
Parite		1-4	1,7±0,7
Yaşayan çocuk		1-4	1,7 ±0,74
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Abortus	Var	65	21,6
	Yok	235	88,4
	Toplam	300	100,0
Küretaj	Var	17	5,6
	Yok	283	94,4
	Toplam	300	100,0
Ölü doğum	Var	3	1,0
	Yok	297	99,0
	Toplam	300	100,0
PMS	Var	114	38,0
	Yok	186	62,0
	Toplam	300	100,0
Önceki doğumlarda PP ruhsal hastalık öyküsü	Yok	292	97,3
	PP hüznün	3	1,0
	PPD	5	1,7
	Toplam	300	100,0

Araştırma grubundaki kadınların bebeklerinin yaşları 1-12 ay arasında değişmekte olup ortalama $6,6 \pm 3,69$ bulundu. Gebeliklerin %67,7'si (n=203)

planlıydı. Araştırma grubundaki kadınların bebeklerinin %54,7'si (n=164) kız, %45,3'ü (n=136) erkekti. Araştırma grubunun %8,7'si (n=26) bebeğin cinsiyetinin kız ya da erkek olmasının kendisi için önemli olduğunu söylerken, %91,3'ü (n=274) bebeğin cinsiyetinin önemli olmadığını belirtti. Bebeğin cinsiyetinin önemli olduğunu düşünenlere 'Bebeğin cinsiyeti istediğiniz gibi oldu mu?' sorusu yöneltildiğinde %61,5'i (n=16) evet, %38,5 (n=10) hayır yanıtını verdi. Yardımcı üreme desteği katılımcıların %3,0'ünde (n=9) vardı. Araştırma grubunun %98,0'i (n=294) gebelikte düzenli takip edilmiş, %2,0'si (n=6) ise düzenli takip edilmemişti. Gebelikte sağlık sorunu olup olmadığı sorulduğunda, 90,7'sinde (n=272) sağlık sorunu yok, %5,3'ünde (n=16) hiperemesis, %2,0'sinde (n=6) preeklampsi/eklampsi ve %2,0'sinde (n=6) gestasyonel diyabetes mellitus vardı. Araştırma grubundaki kadınların bebeklerinin %95,3'ü (n=286) miad, %4,7'si, (n=14) prematür doğmuştu. Doğum şekillerine bakıldığında %44,3'ü (n=133) NSVY, %55,7'si (n=167) C/S ile doğum yapmıştı. Doğumda annede sağlık sorununa sorulduğunda %98,6'sında (n=296) bir sağlık sorunu yokken, %1,0'inde (n=3) kanama, %0,33'ünde (n=1) enfeksiyon olduğunu belirtti. Doğumda bebekte sağlık sorununu sorulduğunda %95,3'ünde (n=286) bir sağlık sorunu yokken, %4,7'sinde (n=14) solunumsal sorunlar olduğunu belirtti. Araştırma grubunun tamamı (n=300) doğumu hastanede yapmıştı. Kadınların %78,7'si (n=236) bebeklerini halen emzirirken, %21,3'ü (n=64) emzirmemekteydi. Araştırma grubunun %14,0'ü (n=42) bebek bakımını kolay, %48,7'si (n=146) normal, %37,3'ü (n=112) zor olarak tanımladı. Kadınların %43,6'sinin (n=131) bebek bakımına yardım eden yokken, %37,0'sine (n=111) annesi, %12,6'sına (n=37) kayınvalidesi, %6,6'sına kardeşi bebek bakımında yardımcı olmaktaydı. Araştırma grubunun %91,3'ü (n=274) iyi bir anne olduğunu düşünmekteyken %8,7'si (n=26) iyi anne olduğunu düşünmemekteydi.

(Tablo 9).

Tablo 9: Araştırma grubundaki kadınların son gebelikleri ve bebekle ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

		Min-Max	Ort±SD
		1 - 12	6,6±3,69
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebek yaş (ay)			
Gebelik planlaması	Planlanmış	203	67,7
	Planlanmamış	97	32,3
	Toplam	300	100,0
Bebek'in cinsiyeti	Kız	164	54,7
	Erkek	136	45,3
	Toplam	300	100,0
Bebek'in cinsiyeti aile için önemli miydi?	Evet	26	8,7
	Hayır	274	91,3
	Toplam	300	100,0
Gebelikte sağlık sorunu	Hayır	272	90,7
	Hiperemezis	16	5,3
	Preeklampsi/Eklampsi	6	2,0
	GDM	6	2,0
	Toplam	300	100,0
Miada göre	Prematür	14	4,7
	Miad	286	95,3
	Postmatür	0	0,0
	Toplam	300	100,0
Doğum şekli	NSVY	133	44,3
	C/S	167	55,7
	Toplam	300	100,0
Emzirme	Evet	236	78,7
	Hayır	64	21,3
	Toplam	300	100,0
Bebek bakımı	Kolay	42	14,0
	Normal	146	48,7
	Zor	112	37,3
	Toplam	300	100
Bebek bakımına yardım eden	Yok	131	43,7
	Anne	111	37
	Kayınvalide	38	12,6
	Kardeş	20	6,7
	Toplam	300	100,0
İyi anne olduğunu düşünme	Evet	274	91,3
	Hayır	26	8,7
	Toplam	300	100,0

Çalışmamızda EPDÖ kesme puanı 13 ve üstü olarak alınmıştır. Araştırma grubunun EPDÖ puanı 0-23 arasında değişmekte olup ortalama $8\pm 4,37$ 'ydi. Katılımcıların %85,7'si (n=257) EPDÖ'den 12 ve altında puan alırken %14,3'ü (n=43) EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan aldı. (Tablo 10).

Tablo 10: Araştırma grubundakilerin EPDÖ puanları

EPDÖ	Min-Max	Ort±SD
	0 – 23	$8\pm 4,37$
	Sayı (n)	Yüzde (%)
	12 ve altı	257
	13 ve üstü	43
Toplam	300	100,0

EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan alanların %18,6'sı (n=8) Çamlık, %16,3'ü (n=7)'si Kınıklı, %23,3'ü (n=10) İstiklal, %18,6'sı (n=8) Medine Vural ve %23,3'ü (n=10) Karşıyaka ASM bölgesinde yer almaktaydı. (Tablo 11).

Tablo 11: Araştırmanın örneklem grubunda yer alan ASM'lere göre EPDÖ puan dağılımı

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde(%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Çamlık	40	15,6	8	18,6	48 (16,0)	0,721
Kınıklı	29	11,3	7	16,3	36 (12,0)	
İstiklal	62	24,1	10	23,3	72 (24,0)	
Medine Vural	70	27,2	8	18,6	78 (26,0)	
Karşıyaka	66	21,8	10	23,3	66 (22,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(100,0)	

EPDÖ'den 12 puan ve altında alanların yaş ortalaması $28,9 \pm 5,41$, 13 ve üzerinde alanların yaş ortalaması $27,9 \pm 5,4$ bulundu. Annelerin yaş dağılımları ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %2,3'ü (n=1) okuryazar, %7,0'si (n=3) ilkokul, %39,5'u (n=17) ortaokul, %30,2'si (n=13) lise, %20,9'u (n=64) üniversite

mezunuydu. EPDÖ puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların mesleklerine bakıldığında %46,5'u ($n=20$) ev hanımı, %30,2'si ($n=13$) işçi, %16,3'ü ($n=7$) memur ve %7,0'si ($n=3$) serbest meslek sahibiydi ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışma durumuna bakıldığında EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %24,5'u ($n=63$) düzenli çalışıyor, %25,6'sı ($n=11$) düzenli çalışmıyor ve %46,5'u ($n=20$) daha önce hiç çalışmamıştı. EPDÖ puanları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların tamamı ($n=43$) evliydi.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %30,2'sinin ($n=13$) aylık geliri 1400 TL'den az, %60,5'i ($n=26$) aylık geliri 1400-4500 TL arası, %9,3'ünün ($n=4$) aylık geliri ise 4500 TL'den fazlaydı. EPDÖ puanları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %88,4'ünün ($n=38$) memleketi Ege bölgesinde yer almaktaydı. EPDÖ puanları ile kadınların memleketleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Göç durumuna bakıldığında EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %51,2'sinde ($n=22$) göç vardı. Göç durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların sadece %2,3'ünün ($n=1$) sosyal güvencesi yoktu.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %93,0'ü ($n=40$) çekirdek , %7,0'si ($n=3$) geniş aile yapısına sahipti. EPDÖ puanları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$).

Sosyal destek durumuna bakıldığında EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %58,1'inde ($n=25$) sosyal destek var, %39,5'unda ($n=17$) yok olarak bulundu. Sosyal destek durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin EPDÖ puanlarına göre dağılımı tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerinin EPDÖ puanlarına göre dağılım

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Eğitim durumu						
Okuryazar	3	1,2	1	2,3	4 (%1,4)	0,99
İlkokul	53	20,6	3	7,0	56 (%18,7)	
Ortaokul	63	24,5	17	39,5	80 (%26,7)	
Lise	83	32,3	13	30,2	96 (%32)	
Üniversite	55	21,4	9	20,9	64 (%21,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300 (100,0)	
Meslek						
Ev hanımı	121	47,1	20	46,5	141 (%47)	0,832
İşçi	74	28,8	13	30,2	87 (%29,0)	
Memur	34	13,2	7	16,3	41 (%13,7)	
Serbest meslek	28	10,9	3	7,0	31 (%10,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Çalışma durumu						
Düzenli çalışıyor	63	24,5	12	27,9	75 (%25,0)	0,770
Düzenli çalışmıyor	79	30,7	11	25,6	90 (%30,0)	
Hiç çalışmamış	115	44,7	20	46,5	135 (%45,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Medeni durum						
Evli	254	98,8	43	100,0	297 (%99)	
Boşanmış	3	1,2	0	0,0	3 (%1,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300 (%100)	
Ekonomik durum						
1400 den az	73	28,4	13	30,2	86 (%28,7)	0,343
1400-4500 arası	137	53,3	26	60,5	163 (%54,3)	
4500 den fazla	47	18,3	4	9,3	51 (%17,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Göç durumu						
Var	106	41,2	22	51,2	128 (%42,7)	0,224
Yok	151	58,8	21	48,8	172 (%57,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Aile tipi						
Çekirdek	242	94,2	40	93,0	282 (%94,0)	0,730
Geniş	15	5,8	3	7,0	18 (%6,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %14,0'ünün (n=6) özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken %86,0'sında (n=37) yoktu. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanlardan soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan yoktu. Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda EPDÖ puanları, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlardan yüksek bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların sadece %2,3'ünün (n=1) özgeçmişinde kronik hastalığı vardı. Özgeçmişinde kronik hastalık bulunması ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %14,0'ü (n=6) sigara kullanıyordu Sigara kullanımı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 13).

Tablo 13: Araştırma grubunu özgeçmiş ve soy geçmişlerine ilişkin bazı özellikleri ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Özgeçmişte kronik hastalık						
Var	9	3,5	1	2,3	10 (%3,3)	1,000
Yok	248	96,5	42	97,7	290 (%96,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık						
Var	6	2,3	6	14,0	12(%4,0)	0,003
Yok	251	97,7	37	86,0	288 (%96,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Soy geçmişte psikiyatrik hastalık						
Var	2	0,8	0	0,0	2 (%0,7)	
Yok	255	98,2	43	100,0	298 (%99,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	

EPDÖ'den 12 puan ve altında alanların evlenme yaşı ortalaması $22,7 \pm 4,1$, 13 ve üzerinde alanlarınki $21,3 \pm 2,8$ 'di. Evlenme yaşları ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %48,8'i ($n=21$) anlaşarak, %41,9'u ($n=18$) görücü usulü ve %9,3'ü ($n=4$) ailenin izni olmadan evlenmişti. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanlarda ailenin izni olmadan evlenme oranı yüksek bulundu ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).

Kadınların kaçınıcı evliliklerinin olduğu incelendiğinde EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan alanların %93,0'ünün ($n=40$) ilk evliliğiiken %7,0'sinin ($n=3$) ikinci evliliğiidi. EPDÖ puanları ile evlilik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p > 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %7,0'sinde ($n=3$) akraba evliliği vardı. Akraba evliliği ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %69,8'inin ($n=30$) eşiyle iletişimi iyi, %25,5'inin ($n=11$) orta ve %4,7'sininki kötü olarak bulundu. Eşi ile iletişimi kötü olanlarda EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$). Eşinin ailesiyle iletişim durumu incelendiğinde ise EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %58,1'inin ($n=25$) eşinin ailesiyle iletişimi iyi, %23,3'ünün ($n=10$) orta ve %18,6'sının ($n=8$) kötüydü. Eşinin ailesiyle iletişim ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %81,4'ü ($n=35$) evlilikten memnunken %18,6'sı ($n=8$) evlilikten memnun değildi. Evlilikten memnun olmayanlarda EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların eşlerinin %55,8'i ($n=24$) lise mezunuydu ve %55,8'i ($n=24$) işçiydi. Kadınların eşlerinin meslekleri ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların eşlerinin %95,3'i ($n=41$) düzenli olarak çalışıyordu ve %93,0'ünün ($n=40$) memleketi Ege bölgesinde yer almaktaydı. Eşlerin çalışma durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). (Tablo 14).

Tablo 14: Araştırma grubundaki kadınların evliliklerine ve eşlerine ilişkin bazı özellikler ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Evlenme biçimi						
Anlaşarak	184	71,6	21	48,8	205 (%68,3)	0,009
Görücü usulü	66	25,7	18	41,9	84 (%28,0)	
Ailenin izni olmadan	7	2,7	4	9,3	11 (%3,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Evlilik sayısı						
İlk evlilik	248	96,5	40	93,0	288 (%96,0)	0,389
İkinci evlilik	9	3,5	3	7,0	12 (%4,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Akraba evliliği						
Evet	12	4,7	3	7,0	15 (%5,0)	0,459
Hayır	245	95,3	40	93,0	285 (%95,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Eş ile iletişim						
İyi	232	90,3	30	69,8	262 (%87,3)	0,003
Orta	20	7,8	11	25,6	31 (%10,3)	
Kötü	5	1,9	2	4,7	7 (%2,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Eşin ailesiyle iletişim						
İyi	185	72,0	25	58,1	210 (%70,0)	0,065
Orta	54	21,0	10	23,3	64 (%21,3)	
Kötü	18	7,0	8	18,6	26 (%8,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Evlilikten memnuniyet						
Memnun	246	93,7	35	81,4	281 (%93,7)	0,006
Memnun değil	11	4,3	8	18,6	19 (%6,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Eşinin çalışma durumu						
Düzenli çalışıyor	251	97,7	41	95,3	292 (%97,3)	0,322
Düzenli çalışmıyor	6	2,3	2	4,7	8 (%2,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %58,1'inde (n=25) PMS var, %41,9'unda (n=18) ise PMS yoktu. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanlarda PMS var olma durumu yüksek bulundu ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0.05).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların gravite ortalaması 2,1±1,1, parite ortalaması 1,6±0,7'ydi. Yaşayan çocuk sayı ortalamasına bakıldığında ise 1,7±0,7'ydi.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %4,7'sinin (n=2) önceki doğumlardan sonra psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Önceki doğumlardan sonra psikiyatrik hastalık öyküsü ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). (Tablo 15).

Tablo 15: Araştırma grubundakilerde PMS varlığı ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
PMS						
Var	89	34,6	25	58,1	114 (%38,0)	0,003
Yok	168	65,4	18	41,9	186 (%62,0)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %48,8'inin (n=21) son gebeliği planlıyken, %51,2'sininki (n=22) planlı değildi. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanlarda planlanmamış gebelik oranı yüksek bulundu ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %60,5'inin (n=26) bebeklerinin cinsiyeti erkekti ve %95,3'ü (n=41) bebeklerinin cinsiyetinin kız ya da erkek olması kendileri için önemli olmadığını belirtti. Bebeğin cinsiyeti ile EPDÖ puanları arasında ve yine ailenin cinsiyet tercihi ile EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların arasında YÜT ile gebe kalan yoktu. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %90,7'si (n=39) gebelikte düzenli takip edilmiş ve %9,3'ü (n=4) düzenli takip edilmemişti. Gebelikte düzenli takip edilip edilmeme ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %7,0'si (n=3) gebelikte sağlık sorunu yaşamıştı, gebelikte sağlık sorunu yaşama ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %2,3'ü (n=1) prematür ve %97,7'si (n=42) miad doğumdu. Doğum zamanı ve doğum şekli ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %48,8'i (n=21) NSVD ile %51,2'si (n=22) C/S ile doğum yapmıştı EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %74,4'ü (n=32) halen emzirirken, %26,6'sı (n=11) emzirmeyi bırakmıştı. Emzirme durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

Doğumda annede sağlık sorunu olanlardan %2,3'ü (n=1), doğumda bebekte sağlık sorunu olanların ise %7,0'si (n=3) EPDÖ'den 13 puan ve üzerinde aldı. Doğumda annede sağlık sorunu varlığı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$). Doğumda bebekte sağlık sorunu varlığı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %9,3'ü (n=4) bebek bakımı kolay derken, %39,5'u (n=17) normal, %51,2'si (n=22) ise zor dedi. Bebek bakımına kolay, normal ya da zor olması ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %62,8'ine (n=27) bebek bakımında yardım eden biri varken %37,2'sine (n=16) bebek bakımında yardımcı olan biri

yoktu. Bebek bakımına yardımcı birinin varlığı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %81,4'ü ($n=35$) iyi bir anne olduğunu düşünürken, %18,6'sı ($n=8$) iyi bir anne olmadığını düşünmekteydi. İyi anne olduğunu düşünmek ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$). (Tablo 16)

Tablo 16: Araştırma grubundaki kadınların son gebelikleri ve bebekle ilgili bazı değişkenleri ile EPDÖ puanlarının karşılaştırılması

	EPDÖ≤12		EPDÖ≥13		Toplam Sayı (%)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Gebelik						
Planlanmış	182	70,8	21	48,8	203 (%67,7)	0,004
Planlanmamış	75	29,2	22	51,2	97 (%32,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Bebeğin cinsiyeti aile için önemli miydi?						
Evet	24	9,3	2	4,7	26 (%8,7)	0,555
Hayır	233	90,7	41	95,3	274 (%95,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Gebelikte sağlık sorunu						
Evet	25	90,7	3	7,0	28 (%9,3)	0,779
Hayır	232	9,3	40	93,0	272 (%90,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Doğum şekli						
NSVD	112	43,6	21	48,8	133 (%44,3)	0,521
C/S	145	56,4	22	51,2	167 (%55,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Emzirme						
Evet	204	79,4	32	74,4	236 (%78,7)	0,463
Hayır	53	20,6	11	26,6	64 (%21,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
Bebek bakımı						
Kolay	38	14,8	4	9,3	42 (%14)	0,121
Normal	129	50,2	17	39,5	146 (%48,7)	
Zor	90	35,0	22	51,2	112 (%37,3)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	
İyi bir anne						
Evet	239	93,0	35	81,4	133 (%91,3)	0,20
Hayır	18	7,0	8	18,6	274 (%8,7)	
Toplam	257	100,0	43	100,0	300(%100,0)	

TARTIŞMA

Denizli Pamukkale İlçesi'nde postpartum depresyon sıklığı ve eşlik eden risk faktörlerini değerlendirdiğimiz çalışmamızda EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri aldığımızda PPD prevalansını %14,3 (n=43) olarak saptadık.

Türkiye de yapılan diğer çalışmalara bakıldığında (EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri) PPD prevalansı;

- Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın'da 2009 yılında birinci basamakta 248 kişi ile yaptığı çalışmada %12,5 (59),
- Danacı ve arkadaşlarının Manisa'da 2000 yılında birinci basamakta 317 kişi ile yaptığı çalışmada %14 (74),
- İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğusunda yer alan 5 şehirde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) 2002 yılında birinci basamakta 2514 kişi ile yaptığı çalışmada %27,2 (78)
- Nur ve arkadaşlarının Sivas'ta 2004 yılında birinci basamakta 750 kişi ile yaptığı çalışmada %28 (79),
- Aydın ve arkadaşlarının Erzurum'da 2005 yılında birinci basamakta 728 kişi ile yaptığı çalışmada %34,6 (80),
- Ayvaz ve arkadaşlarının Trabzon'da 2006 yılında birinci basamakta 132 kişiyle yaptığı çalışmada %28,1 (81),
- Nurcihan Aydemir'in İstanbul'da 2007 yılında üçüncü basamakta 211 kişi ile yaptığı çalışmada %30,6 (82),
- Özdemir ve arkadaşlarının Konya'da 2008 yılında birinci basamakta 242 kişi ile yaptığı çalışmada %19,4 (83),
- Babacan Gümüş ve arkadaşlarının Çanakkale'de 2012 yılında birinci basamakta 221 kişi ile yaptığı çalışmada %26,2 (84) bulunmuştur.

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde PPD prevalansının bölgelere göre farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılığın örneklem seçimi ve değişik coğrafi bölgelerin kültürel yapılarında farklılık olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz. Denizli İli Ege bölgesinde bulunduğundan Aydın ve Manisa ile benzer

sosyo-kültürel özelliklere sahiptir bu nedenle sonuçların benzer olduğunu düşünmekteyiz.

Kırk ülkede yapılan 143 çalışmada PPD ve depresif semptom görülme oranlarının %0 ile %60 arasında değiştiği tespit edilmiştir (85). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında EPDÖ kesme puanı ≥ 12 alındığında PPD prevalansı; Dubai'de %18 (86), İsveç'te %8,3 (87), İngiltere'de Japon kadınlarla yapılan bir çalışmada %12 (88), Meksika'da %15,4 (89), Hindistan'da %23 (90) olarak saptanmıştır.

Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada EPDÖ kesme puanı ≥ 13 alındığında PPD prevalansı; postpartum ilk 3 ayda %22, postpartum 6. Ayda %12,5 olarak saptanmıştır (91).

Postpartum örneklerde EPDÖ'nün duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 saptanmıştır. Antenatal ve postnatal periyotda EPDÖ'nün depresif semptomları doğru (geçerliliği saptanmış) olarak ölçtüğü bildirilmiştir. EPDÖ tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ve tanı ölçekleri ile (örn. Hamilton Depresyon Ölçeği) doğrulanması gerekmektedir. Ancak EPDÖ'nün postpartum, hatta gebelikteki depresyon semptomlarını saptama açısından özgüllüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir. Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13). Günümüzdeki çalışmalarda EPDÖ kesme puanı 12-13 olarak alındığında gerçek depresyon semptomlu kişileri saptamakta daha duyarlı olduğu bildirilmektedir. Yukarıda Türkiye ve dünya için verilen prevalans değerleri pratik uygulaması kolay olduğundan EPDÖ kullanılarak yapılmıştır bu nedenle sonuçlar kıyaslanabilir. Sonuçlarda dikkat çekici olan prevalans değerlerindeki büyük (dünya için %0-60, ülkemiz için ise %12,5-34,6) farklılıklardır. Bu çeşitliliğin nedeni çalışmaların yapıldığı yerlerin sosyoekonomik ve kalkınmışlık düzeyleri, ırksal, kültürel ve etnik farklılıkları ile ilgili olabilir. Seçilen örneklem ve yöntem farklılıkları da bu çeşitliliğe neden olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılanların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $28,7 \pm 5,41$ 'di. Annelerin yaşı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). İnandı ve arkadaşları tarafından yapılan

çalışmada küçük yaşta anne olan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğunu bulunmuştur (78). Adölesan yaşlarda çocuk sahibi olmanın kadınlarda doğum sonrası depresyon için risk faktörü olduğu literatürde de belirtilmiştir (92,93). Çalışmamızda adölesan 18 yaş altı olarak tanımlanmış olup, örneklem grubunun yaş dağılımı yoğunluklu olarak adölesanları kapsamadığından, bu yönde bir ilişki de kurulamamıştır.

Araştırma grubundaki kadınların çalışma durumuna ve mesleklerine bakıldığında EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %24,5'u (n=63) düzenli çalışıyordu ve %46,5'u (n=20) ev hanımıydı. Annelerin çalışma durumu ve meslekleri ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Türkiye'de Atasoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışan kadınlarda postpartum depresyon oranı yüksek tespit edilmiştir (94). Başka bir çalışmada özellikle ekonomik nedenlerden dolayı iş yaşamına daha çabuk dönen kadınlarda daha fazla depresyon olduğu bildirilmiştir (95).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %48,9'u (n=21) ortaokul ve ilkokul, %51,1'i (n=22) lise ve üniversite mezunuydu. EPDÖ 13 ve üzerinde olan kadınların eşlerinin ise %34,9'u (n=15) ortaokul ve ilkokul, %65,1'i (n=28) lise ve üniversite mezunuydu. Araştırma grubundaki kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çeşitli çalışmalarda düşük eğitim düzeyi olan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (78, 96, 97). Eğitim düzeyi iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları, eğitim düzeyi iyi olan eşlerin daha destekleyici oldukları başka çalışmalarda da saptanmıştır (37).

Aylık aile gelirleri incelendiğinde EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %30,2'sinin (n=13) aylık geliri 1400 TL'den az, %60,5'i (n=26) aylık geliri 1400-4500 TL arası, %9,3'ünün (n=4) aylık geliri ise 4500 TL'den fazlaydı. Çalışmamızda EPDÖ puanları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Dündar'ın çalışmasında aylık gelir düzeyi kötü olan ailelerde postpartum depresyonun daha sık görüldüğünü saptanmıştır (97). Seguin ve arkadaşları maddi durumu kötü olan kadınlarda doğum sonu depresyon semptomlarının daha fazla olduğunu göstermişlerdir (98). Murray ve arkadaşlarının çalışmasında da yoksul olan kadınlarda depresif semptomlar daha sık görülmüştür

(99). Bizim çalışmamızda katılımcıların aylık gelir düzeyi çoğunlukla 1400 TL'den fazla olduğundan bu yönde bir ilişki kurulamamıştır. Danacı ve arkadaşlarının çalışmasında da, ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (74).

Araştırma grubumuzdakilerin %42,7'sinde (n=128) göç öyküsü vardı. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların ise %51,2'sinde (n=22) göç öyküsü vardı ve %88,4'ünün (n=38) memleketi Ege bölgesinde yer almaktaydı. EPDÖ puanları ile kadınların göç durumları ve memleketleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) Dündar ve Danacı'nın çalışmalarında göç etmiş olmak PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (97,74). Lanes ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları çalışmada özellikle göçmen ve adölesan annelerde PPD daha sık görülmüştür (100). Göç etmeyle beraber gelen kültürel çatışmalar özellikle yoksulluk, işsizlik, sosyal hizmet yokluğu, dengesiz gelir dağılımı çeşitli psikososyal problemleri provoke eder. Kadınlar için ek risk faktörleri olan cinsiyet ayırımı, sosyal statü, sınırlı eğitim fırsatları, sosyal hizmet yokluğu kadın sağlığı açısından fazladan yük getirmektedir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan büyük şehirlere göç eden kadınlarda zor yaşam koşulları, düşük gelir seviyesi, yüksek doğurganlık, düşük eğitim seviyesi depresyonda kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir (101).

Araştırma grubundaki kadınların %1'inin (n=3) sosyal güvencesi yoktu. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların sadece 1 kişinin sosyal güvencesi yoktu. Sünter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvenceye sahip olmama doğum sonrası depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır (102). Bizim çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan sadece 3 kişi olduğundan bu yönde bir ilişki kurulamamıştır.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %93'ü (n=40) çekirdek aile yapısına sahipti. EPDÖ puanları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Literatürde; eşinin ailesiyle beraber yaşayan, kayınvalide ile ilişkileri kötü olan, aileden bebek bakımı konusunda yeterli desteği alamadığını düşünen kadınlarda doğum sonu depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (74, 78, 97). Araştırma grubumuzda yer alan kadınların sadece %6'sı (n=18) geniş aile yapısına sahip olduğundan bu yönde bir ilişki kurulamamıştır.

Sosyal destek araştırma grubunun %56'sında (n=168) var, %41,3'ünde (n=128) yok, %2,7'sinde (n=8) yetersizdi. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların sosyal destek varlığı incelendiğinde %58,1'inde (n=25) sosyal destek vardı. Destek veren genellikle kadının annesiydi. Sosyal destek varlığı ile EPDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Sosyal destek eksikliği postpartum depresyon riskini artıran önemli etkenlerden biri olarak bilinmektedir (94). Bireyin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan sosyal destek, stres verici durumları ortadan kaldırmaya bile kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kişilerin kendine güvenini artırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (103). Cutrona ve Troutman'a göre sosyal destek öncelikle kadının annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyonu önlemektedir (104). Doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda kadınlar desteklenmelidir. Özellikle eşlerin bebek bakımındaki yardımlarının anneler üzerinde daha olumlu etkilere neden olduğu önceki çalışmalarda saptanmıştır (105). Morikawa ve arkadaşlarına göre gebelik boyunca ve postpartum dönemde sosyal destek varlığı PPD'ye karşı koruyucudur (106). Çalışmamızda genellikle sosyal destek denildiğinde bebeğin bakımına yardımcı olmak ya da maddi destek olarak algıladılar. Bu nedenle psikolojik destek kavramı tam olarak değerlendirilememiştir.

Çalışmaya katılanların %4'ünün (n=12) özgeçmişinde %0,7'sinin (n=2) ise soy geçmişinde tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık vardı. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %14'ünün (n=6) özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken, soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan yoktu. Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar PPD için daha fazla risk taşırlar. Daha önce depresyon geçirmiş olma ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olması PPD için önemli risk etkenleri olarak tanımlanmıştır (48,107,108). İnandı'nın çalışmasında da özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü PPD için risk faktörü olarak bulunmuştur (78).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %14'ü (n=6) sigara kullanıyordu. Sigara kullanımı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Young-Joe ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içmek ile

PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (109). Sigara, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlığı tehdit eden önemli bir sorundur. Gebelik döneminde sigara kullanma alışkanlığının ya da sigara dumanına maruz kalmanın sadece annenin kendi sağlığına verdiği zararlarla kalmayıp, aynı zamanda fetus ve yenidoğanda da ciddi sağlık problemlerine yol açtığı bilinmektedir. Maternal sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmanın fetusta; intrauterin gelişme geriliğine, konjenital anomalilere hatta düşüğe neden olduğu belirtilmektedir. Yenidoğan döneminde ise; ani bebek ölümü sendromuna, çocukluk dönemlerinde anne sütü alımının olumsuz yönde etkilemesine, sık enfeksiyonlara ve büyüme ve gelişme geriliğine neden olabildiği belirtilmektedir. Başta anneler ve anne adayları olmak üzere tüm toplumunun konu ile ilgili bilinçlendirilmesi daha sağlıklı nesillere sahip olmada önemli bir yaklaşım olacaktır (110).

Araştırma grubumuzda yer alan kadınların evlenme yaşı ortalama $22,5 \pm 3,69$ 'du. EPDÖ'den 12 puan ve altında alanların evlenme yaşı ortalaması $22,7 \pm 4,1$ bulunurken 13 ve üzerinde alanları $21,3 \pm 2,8$ bulundu. EPDÖ puanlaması ile evlenme yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Adölesan annelerde doğum sonrası depresyon riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (111). Danacı ve İnandı'nın çalışmalarında da erken yaşta (özellikle 18 yaşından önce) evlilik yapan ve premenstrual semptomları olan kadınlarda postpartum depresyon oranı yüksek bulunmuştur (74,78). Çalışmamızdaki kadınların evlenme yaş dağılımları adölesan yaşta olmadığından adölesan yaştaki annelerdeki risk faktörleri ile bir bağlantı kurulamamıştır. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada ise geç yaşta evlenmek PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (91).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %48,8'i ($n=21$) anlaşarak, %41,9'u ($n=18$) görücü usulü ve %9,3'ü ($n=4$) ailenin izni olmadan evlenmişti. EPDÖ puanı yüksek olan kadınların ailenin izni olmadan evlenme oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$). Bu ailelerin izni olmadan gerçekleşen evliliklerde ailenin tepkisi nedeniyle sosyal desteğin yetersiz olması ya da hiç olmamasıyla ilgili olabilir.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %69,8'inin ($n=30$) eşiyile iletişimi iyi, %25,5'sinin ($n=11$) orta ve %4,7'sinin ($n=2$) kötüydü. Eşin ailesiyile iletişim

durumuna bakıldığında ise %58,1'inin (n=25) eşinin ailesiyle iletişimi iyi, %23,3'ünün (n=10) orta ve %18,6'sının (n=8) kötüydü. EPDÖ puanı yüksek olanlarda eş ile iletişimin kötü olma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Eşin ailesiyle iletişim ile PPD arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Eşi veya eşinin ailesi ile sorunları olan, gebelik sırasında boşanma, ayrılma ya da başka türlü bir kayıp yaşamış olan, istenmeyen gebeliği olan, travmatik bir doğum yaşamış olan, toplumsal ve çevresel kötü koşulları olan kadınlarda PPD riski artmaktadır (112,113). Yapılmış çalışmalarda özellikle eşlerinden yeterince ilgi ve destek göremediğini ifade eden ve evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, yeterli ilgi ve desteğin ise bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (114, 114, 116). Çalışmamıza katılan annelerin eşlerinin aileleriyle iletişimleri genellikle iyi olduğundan PPD ile bir bağlantı kurulamamıştır.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %81,4'ü (n=35) evlilikten memnunken %18,6'sı (n=8) evlilikten memnun değildi. Evlilikten memnun olmayanlarda EPDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Andajanı-Sutjahjo ve arkadaşlarının çalışmasında problemlili evlilikler PPD için risk faktörü olarak bulunmuştur (117). Young-Joe ve arkadaşlarının çalışmasında da evlilikten memnun olmamak ve özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (109).

Çalışmamızda ayrıntılı sorgulama yapılmış olmasına rağmen aile içi şiddete maruz kalan katılımcı saptanmadı. Bu kadınların şiddet durumunu yadsımak istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Poçan ve arkadaşlarının 2013'de yaptığı bir çalışma da; aile içi şiddete maruziyet ve planlanmamış gebelik, sadece biberonla beslenme, huysuz ve az uyuyan bebek, bebek bakımında aile desteğinin olmaması ve evlilikten memnun olmamak PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (118).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların eşlerinin %95,3'i (n=41) düzenli olarak çalışıyordu. Eşlerin çalışma durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). İnandı'nın çalışmasında ev kadınlarında özellikle eşleri işsiz olanlarda postpartum depresyon oranı yüksek tespit edilmiştir (78). Aydın ve Tokuç da yaptıkları çalışmalarda eş işsizliğini PPD için risk faktörü olarak saptamışlardır (80,119). Murray ve arkadaşlarının Vietnam'da 2012

yılında yaptıkları çalışmada; primipar, yoksul, aile içi şiddet gören, bebekte sağlık sorunu olan, düşük eğitim düzeyi olan ve istenmeyen gebelik sonucu doğan bebeği olan kadınlarda depresif semptomlar daha sık görülmüştür (99).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %58,1'inde (n=25) PMS var, %41,9'unda (n=18) ise PMS yoktu. EPDÖ puanı yüksek olanlarda PMS varlığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). İnandı'nın Erzurum bölgesinde 728 anne ile yaptığı bir çalışmada; işsiz eş, PMS, yetersiz eş desteği, hamilelik süresince yaşanan stresli hayat, bebekteki sağlık problemi, zor çocuk ve psikiyatrik durum özgeçmiş bu bölge kadınlarında PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (78). Premenstrual dönemde yaşanan irritabilite, anksiyete gibi duygudurum değişiklikleri ile perinatal dönemdeki ruhsal sorunlar arasında bir ilişki olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (120). Young-Joe ve arkadaşlarının çalışmasında da PMS öyküsü varlığı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (109).

Araştırma grubumuzda yer alan kadınların yaşayan çocuk sayısı 1-4 arasında değişmekte olup ortalama $1,7 \pm 0,74$ idi. Literatürde çocuk sayısının artmasıyla, kadınların kendilerine daha az zaman ayırmaları, uykusuz kalmaları, eş ile duygusal ilişkilerde kopukluk olması, korunmak amacıyla cinsel ilişkiden kaçınılması gibi nedenlerle kolaylıkla negatif duygudurum geliştiği bildirilmiştir (121). Danacı ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada da yaşayan çocuk sayısının fazla olması doğum sonrası depresyonla ilişkili bulunmuştur (122).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olanların %4,7'sinin (n=2) önceki doğumlardan sonra psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Ayvaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşanması ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (81). Danacı ve arkadaşlarının 2000'de yaptığı çalışmada daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında ruhsal sorun yaşamış annelerin sonraki gebeliklerinde postpartum depresyon görülme riski 8.87 kat artmıştır (74). Özdemir ve arkadaşlarının Konya da yaptığı çalışmada da annelerin önceki gebeliklerden sonra ruhsal sorun yaşamaları ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunup, bu riskin 4,7 kat arttığı saptanmıştır

(83). Çalışmamızda önceki doğumlarından sonra psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişi sayısı katılımcıların sadece %2,7'si olduğundan bu konuda bir ilişki kurulamamıştır.

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %48,8'inin (n=21) son gebeliği planlı, %51,2'sininki (n=22) planlı değildi. EPDÖ puanı yüksek olanlarda planlanmamış gebelik oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). İnandı'nın çalışmasında planlanmamış gebelik ve gebelik sırasında medikal takip yokluğu (isteksizliği) ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (78). Literatürde planlanmamış gebelik ve obstetrik faktörlerin erken postpartum depresyon gelişmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (66, 123). Poçan ve arkadaşlarının çalışmasında da planlanmamış gebelik PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (118). Brezilya da Brito ve arkadaşları tarafından 1121 gebe ile yapılan bir çalışma da planlanmamış gebeliği olanlar %60,2 olarak saptanmıştır ve bunların %25,9'unda doğum sonrası PPD semptomları gözlenmiştir (124).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %60,5'inin (n=26) bebeklerinin cinsiyeti erkekti ve %95,3'ü (n=41) bebeklerinde cinsiyet tercihi yapmamıştı. Bebeğin cinsiyeti ve cinsiyet tercihi ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel anlamlılık yoktu ($p>0,05$). Özdemir ve arkadaşlarının Konya da yaptığı çalışmada bebeğin cinsiyetinin bilinmesi sonucu eşi ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olan anneler ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (83). Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda da bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında ilişki olduğu görülmüştür (125). Bu durum ailelerin cinsiyet beklentilerine göre değişebilmektedir. İnandı kız çocuğu sayısı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulmuştur; 3 ve üzerinde kız çocuğu olan kadınlarda depresyon riski 2 kat fazla olarak tespit edilmiştir (78). Dindar'm yaptığı çalışmada da kız bebek doğurma PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir (126).

Çalışmamızda EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %9,3'ü (n=4) gebelikte düzenli takip edilmemişti. PPD ile gebelikte takip edilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. İnandı'nın çalışmasında gebelik sırasında medikal takip yokluğu ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (78). Annelerin doktor takipleri sırasında fiziksel ve psikolojik yakınmalarını doktora ve diğer sağlık çalışanlarına aktarması, sağlık problemlerinin daha erken tanı ve tedavisine olanak sağlamaktadır.

Çalışmamızda YÜT ile gebe kalan 9 kişi vardı. Bunlar arasında EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan yoktu. Literatürdeki çalışmaların çoğunda gebelik ve doğum sonrası dönemde YÜT ile tedavi alan ve spontan gebe kalan kadınların depresif belirti düzeylerinin benzer olduğu belirtilmiştir (127,128). Repokari ve arkadaşları gebeliğin 18. haftası, doğum sonrası 2. ve 12. ayda YÜT'ün ebeveynlerin ruh sağlığına etkisi değerlendirmiştir. YÜT ile gebe kalan annelerin, gebelikten doğum sonrası döneme kadar depresyon düzeylerinin doğrusal olarak arttığı, ancak doğum sonrası dönemde iki grup arasında depresyon düzeyleri açısından bir fark olmadığı saptanmıştır (129).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %7'si (n=3) gebelikte sağlık sorunu yaşamıştı, gebelikte sağlık sorunu yaşama ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). Özdemir ve arkadaşlarının Konya da yaptığı çalışma da annelerin gebelikte tıbbi sorun yaşaması ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (83). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon tanısı alma olasılığı 1.67 kez daha fazla görülmüştür (78). Sünter ve arkadaşlarının 2002'de yaptıkları çalışmada ise bizim çalışmamızda olduğu gibi, gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan anneler ile postpartum depresyon tanısı alma olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (102).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların bebeklerinin %97,7'si (n=42) miad, %48,8'i (n=21) NSVD, %52,2'si (n=22) C/S doğumdu. Doğum zamanı ve doğum şekli ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). Sünter ve arkadaşlarının çalışmasında prematürite PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (102). İran'da yapılan bir çalışmada; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada toplam 100 (50 normal doğum, 50 sezaryen ile doğum yapmış) kadına postpartum 6-8. haftada ve 12-14. haftada 2 kez EPDÖ ölçeği kullanılarak doğum sonrası depresyon taraması yapılmış ve %22 kadında postpartum 6-8. haftada, %18 kadında postpartum 12-14 haftada depresyon tespit edilmiştir. Normal doğum yapan kadınlarda %10, sezaryen ile doğum yapanlarda %18 oranında depresyon bulunmuştur (130).

Doğumda annede sağlık sorunu olanlardan %2,3'ü (n=1), doğumda bebekte sağlık sorunu olanların ise %7'si (n=3) EPDÖ'den 13 puan ve üzerinde aldı. Doğumda annede ya da bebekte sağlık sorunu varlığı ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Literatürde bebekte sağlık sorunu ve huzursuz bebek PPD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (31). İnandı ve Danacı'nın çalışmalarında bebekte sağlık probleminin PPD riskini artırdığı gösterilmiştir (74,122).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %74,4'ü (n=32) halen emzirirken, %26,6'sı (n=11) emzirmeyi bırakmıştı. Emzirme durumu ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). Poçan ve arkadaşlarının çalışmasında sadece biberonla beslenmek PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (118). Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada; emzirmeme, ilk çocuğa sahip olma, vücut imajını beğenmeme veya fazla kilo alma, kötü kayınvalide ilişkisi ve geç yaşta evlenmek doğum sonrası depresyonda riskli faktörler olarak saptanmıştır (91).

Dönmez'in 2007 yılında Afyon'da yaptığı çalışmada PPD açısından risk altında olan annelerin risk altında olamayanlara göre emzirme oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Riskli ve risksiz gruptaki annelerin bebeklerinin büyümeleri karşılaştırıldığında PPD açısından riskli anne bebeklerinin 2. aydan itibaren büyümelerinin belirgin bir şekilde geri kaldığı tespit edildi. Annelerin postpartum depresyon açısından risk altında olmaları kendi yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemenin yanında bebeklerin de büyümesini olumsuz yönde etkilemektedir (131).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %9,3'ü (n=4) bebek bakımının kolay olduğunu, %39,5'u (n=17) normal, %51,2'si (n=22) ise zor olduğunu söyledi. Bebek bakımına kolay, normal ya da zor olması ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Huzursuz bebek ve bakımı güç bebekle uğraşmanın doğum sonu depresyonu artırdığı bilinmektedir (31).

EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan kadınların %81,4'ü (n=35) iyi bir anne olduğunu düşünürken, %18,6'sı (n=8) iyi bir anne olmadığını düşünmekteydi. İyi anne olduğunu düşünmek ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Efe ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların

%83.2'si annelik açısından kendini yeterli hissetmekteydi. Yine bu çalışmada annelik açısından kendini yeterli hissetmeyen annelerin diğerlerine göre daha yüksek oranda depresyon riski taşıdıkları saptanmıştır (9).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Denizli Pamukkale İlçesi'nde 1-12 aylık bebeği olan annelerde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini kullanarak postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonda etkili olan risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızda EPDÖ kesme puanı 13 ve üzeri olarak alınmıştır. Çalışmaya katılanların EPDÖ puanı 0-23 arasında değişmekte olup ortalama $8\pm 4,37$ bulunmuştur. Araştırma grubunun %14,3'ü EPDÖ'den 13 ve üzerinde puan aldı.

Çalışmamızda;

- Annenin özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü
- Ailenin izni olmadan evlenmek
- Eş ile iletişimin kötü olması
- Evlilikten memnun olmamak
- Premenstruel sendrom öyküsünün olması
- Planlanmamış gebelik PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır.

Birçok çalışmada PPD için risk faktörü olarak saptanan; düşük gelir durumu, sosyal destek yokluğu, kadının eşinin ailesiyle ilişkilerinin kötü olması, aile içi şiddet varlığı, önceki doğumlardan sonra psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı bizim çalışmamızda PPD için risk faktörü olarak saptanmamıştır. Bunun çalışmalardaki örneklem seçimi ve değişik coğrafi bölgelerin kültürel yapılarında farklılık olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Postpartum depresyon birçok anneyi ve bebeği olumsuz etkileyen ciddi bir sorundur. Etkin bir tedavinin mümkün olmasına rağmen, olguların yarısından azı tanı almaktadır. Birinci basamak sağlık personeli, gebe kadınla ilk karşılaşan ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri sırasında onu haftalarca izleyen ekiptir. Bu nedenle anne adayının ve/veya annenin duygu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirmelidir. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini

ya da ağırlaşmasını önleyebilir. Erken tanı aynı zamanda gebelik sonrasında zaten düşmesi beklenen yaşam kalitesinin bir de postpartum depresyon sebebiyle daha da düşmesini, annenin ailesiyle çevresiyle ve özellikle de bebeği ile ilişkilerinin kötü etkilenmesini de önleyecektir. Toplumu temsil eden, büyük kitlelere yapılacak topluma dayalı çalışmalar ile geçerli ve etkin bir doğum sonrası depresyon taramasının tanımlanmasına ve bu tip bir taramanın klinik olarak anne / bebek açısından hizmetin artırılmasına olan etkisinin belirlenmesine gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi 2015: 264-296.
2. Kolko ELM, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: Healty mom, healty baby. Womens Health 2004;59:181-191.
3. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2004; (4):12-20.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders- V. Washington, DC: American Psychiatric Press 2013.
5. Seyfried L S, Marcus SM. Postpartum mood disorders. Int Rev Psychiatry 2003;15:231-242.
6. Beck CT. Predictors of postpartum depression .Nurs Res 2001;50:275-285.
7. Kırkpınar İ, Tepeli I, Gözüm S. Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısal dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012;13:16-23.
8. Avaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):243-251.
9. Yaman Efe Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. J Turkish-German Gynecol Assoc 2009;10:14-20.
10. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res 1996;45(5):297-303.
11. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(1):58-67.
12. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2007;(18):3-9.
13. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1997;1(1):51-52.
14. Marcus M, Taghi Yasami M, Ommeren M. Depression World Mental Health Day 2012 .

15. Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı, 2. Baskı, Ankara: 2007 Nobel Tıp Kitabevi 2007:241.
16. Köroğlu E. Aile hekimliği uygulamasında psikiyatri. Ankara: Hekimler yayın birliği 2012;43-100.
17. Beck, T. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry* 1961;4: 561-571
18. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin psikiyatri hastası ile ilgili geçerliği ve güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;21:118-126.
19. Hamilton M. A rating scala for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*,1960;23:56-62.
20. Akdemir A. Hamilton Depresyon Derecelendirme  leği'nin geçerliği, güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *3 P dergisi* 1996; 4: 251-259.
21. Montgomery, S.A. ve Asberg, M., A new depression scala designed to be sensitive change. *Br J Psichiary* 1979;134:382-389.
22. Özer S. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme  leği değerlendiriciler arası geçerlik ve güvenilirlik alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13:185-194.
23. Zigmond, AS, Snaith, RP, The hospital anxiety and depression scale . *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70
24. Aydemir  . Hastane Anksiyete ve Depresyon  leği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-287.
25. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2006;16(1):14-20.
26. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BCMJ* 2005;47(3):96-99.
27. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik, Postpartum Dönem ve Ruhsal Bozukluklar, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004; 12 (Ek 4).
28. Deveci A. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. *Birinci Basmak İçin Psikiyatri* 2003;2:42-46.
29. uhadaroğlu F, Kaplan İ. D nya Sağlık  rg t  ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği* 1993.

30. Levy V. The maternity blues in postpartum and postoperative women. *Br J Psychiatry* 1987;151:368-372.
31. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:569-573.
32. Kendell ER et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders* 1981;3:317-326.
33. Landy S, Montgomery J, Walsh S et al. Postpartum depression: A clinical review. *Matern Child Nurs J* 1989;18:1-29.
34. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. *Am J Psychiatry* 1989;146:1413-1421.
35. Kendell RE. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-673.
36. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6(1), HI Kaplan, BJ Sadock (Ed): Baltimore, Williams&Wilkins, 1995;1059-1066.
37. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991;100:594-599.
38. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1522-1525.
39. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. *Williams obstetrik* 24. Baskı. Ankara. Nobel tıp kitabevi 2015
40. Kendell RE: Emotional and physical factors to the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res* 1985;29:3-11.
41. O'Neill T, Murphy P, Grene VT. Postnatal depression- etiological factors. *Ir Med J* 1990;83:17-18.
42. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49:167-180.
43. O'Hara MW and Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- A meta analysis. *International Review Psychiatry* 1996;8:37-54.

44. Kendell RE et al. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-673.
45. Kendell RE et al. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-673.
46. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33:302-318.
47. Akdeniz F, Aldemir E. Kadınlara Özgü Ruhsal Hastalıklar. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009;4:80-83.
48. O'Hara, MW, Neunaber D.J, Zekoski E.M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology* 1984;93:158-171.
49. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001;80:251-255.
50. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34:301-306.
51. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.
52. Eberhard-Gran M, Tambs K et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and nonpostpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:551-556.
53. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99:69-78.
54. Mancini F et al. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in the Collaborative Obstetric Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007; 52(5):429-434.
55. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: a review of postpartum screening. *Prim Care Update for Ob/Gyns* 1997;4(6):241-6.
56. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-8.

57. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(1):6-12.
58. Erdem O, Bucaktepe PG, Özen Ş, Kara İH. Evaluation of anxiety and depression levels of mothers during prepartum and postpartum periods. *Düzce Tıp Dergisi* 2010;12(3):24-31.
59. Arslantaş H., Ergin F.,Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 10(3) : 13 - 22
60. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir O, Saraçoğlu F. The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors. *J Turgut Özal Med Cent* 2012;19(4):256-63.
61. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013;31(3):398-402.
62. Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatry Dis Treat* 2014;17(10):311-6.
63. Robinson M, Whitehouse AJ, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ et al. Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2014;7(3):213-9.
64. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *Plos One* 2014;9(4):946-974.
65. Williams KE & Casper RC. Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*, Casper RC (Ed), Cambridge University Pres, (1): 14-35, 1998.
66. O'Hara MW, Schlecte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues. Biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 16: 921-932Harris B. A hormonal component to postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 403-405.

67. Hedrick V et al. Biological determinants of postpartum depression. *Postpartum Mood Disorders*, Miller LJ (Ed), Washington DC, American Psychiatry Pres, Inc. 1999; 1: 65-82.
68. Beydağ KD. Adaptation to motherhood in the postpartum period and the nurse's role. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(6):479-84.
69. Güler K, Coşkun A, Ekizler H, Karanisoğlu H, Tekin N. Epidemiological study on factors affecting prenatal care. *Hemşirelik Bülteni* 1988;12(3):58-64.
70. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-228.
71. Landy S et al. Postpartum depression: a clinical view. *Matern Child Nurs J* 1989; 18: 1-27.
72. Gerekliloğlu C, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum psychiatric problems of mothers- review. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(2):126-133.
73. Danacı AE, Dinç G, Deveci A. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 204-211.
74. Öztürk R, Kavlak O, Sevil U. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28(3):107-16.
75. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33:302-318.
76. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-1045.
78. İnandı T, Elçi O, Öztürk A et al. Risk factors for depression in postnatal first year, in Turkey. *Int J of Epidemiology* 2002;31:1201-1207.
79. Nur N., Çetinkaya S., Bakır DA., Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* , 2004,26(2):55-59.
80. Aydın N, İnandı T. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health* 2005;41(2):1-12.

81. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;17(4):243-251.
82. Aydemir N. BEAH sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. BEAH Uzmanlık tezi 2007.
83. Özdemir S, Marakoğlu K., Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(5):391-398.
84. Babacan Gümüş A, Keskin G. Alp N. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium Journal*, 2012;50(3):145-154
85. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006;91:97-111.
86. Abu-Saleh Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(5):428-432.
87. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:62-66.
88. Yoshida et al. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J Affect Disord* 1997;43(1):69-77.
89. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A et al. Validation of the EPDS in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;29:2-33.
90. Patel V, Rodrigues M, De souza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):43-47.
91. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med*. 2006;11(4):425-431.
92. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Current Opinion in Psychiatry* 2000;13:635-638.

93. Lau Y, Keung DW. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 2007; 64(9):1802-1811.
94. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H ve ark. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14:252-257.
95. Righetti –Veltema M, Conne-Perreard E, Bosquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002;70:291-306.
96. Dennis C, Janssen P, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110:338-346.
97. DüNDAR PE. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı; (2): 862-865.
98. Seguin L, Potvin L, Michele St.D, Loïselle Jacinthe. Depressive symptoms in the late postnatal among low socioeconomic status women. *Birth* 1999;26: 157-163.
99. Murray L, Dunne P. Postnatal depressive symptoms amongst women in central Vietnam: a cross sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and factors. *BMC pregnancy and childbirth* 2015;15:234.
100. Lanes A. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women. *BMC public health*. 2011;11:302.
101. Republic of Turkey, Prime Ministry, State Planning Organization. *The Project of East Anatolia*. Ankara, 2000.
102. Sünter AT, Güz H, Ordulu F. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002; 855-858.
103. 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.

104. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99:69-78.
105. C Neill Epperson. Postpartum Major Depression: Detection and Treatment *American Family Physician* 1999, 59(8):2247-2259.
106. Morikawa M, Okada T. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state. *Scientific Reports* 2014;5:105-120.
107. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
108. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99:3-15.
109. Lee YJ, Yi SW. Correlation between postpartum depression and premenstruel dysphoric disorder. *Obstetrics ve Gynecology Science* 2015;58(5):353-358.
110. Çınar N, Topal S, Altunkaynak S. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Pasif İçiciliğin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri. *J hum rhythm* 2015;1(2):52-57.
111. Reid V. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007; 21:289-298.
112. Baker J, Mancosa M. Treating postpartum Depression. *Phys Asist* 2002; 26:37-44.
113. Righetti-Veltama M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998; 49:167-180
114. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalhc MS. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *J Abnorm Psychol* 1998; 31:799-804.
115. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;97: 467-474.
116. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988;97:467-474.

117. Sutjahjo SA, Manderson L, Astbury J. Understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Cultur Medicine and Phisychiarty* 2007;31:101-122.
118. Poçan AG, Aki OE, Parlakgümüş AH, Gereklioğlu C, Dolgun AB. The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *Int J Psychiatry Med* 2013;46(2):179-94.
119. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49(11):908-914.
120. Sugawara M et al. Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychol* 1997;53:225-232.
121. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing, health and mother-child relationships. *J Health Soc Behav* 1999; 40 (3):231-257.
122. Danacı AE, Dinç G, Deveci A et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002;37:125–129.
123. Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *J Psychosom Res* 1980; 24:164-171.
124. Brito CNO. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Rev Saúde Pública* 2015;49:33
125. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:289-95.
126. Dindar İ and Erdoğan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Public Health Nursing* 2007;24(2):176-183.
127. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. *JOGNN* 2005;34(2):264-273.
128. Fisher JRW, Hammarberg K, Gordon Baker HW. Assisted conception is a risk factor postnatal mood disturbance and early parenting difficulties. *Fertil Steril* 2005;84(2):426-430)

129. Repokari L, Punamaki R-L, Poikkeus P, Viska S, Unkila-Kallio L, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M. The Impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Hum Reprod* 2005; 20(11):3238-3247.
130. Montazeri A, Torkan B, Omidwari S. The EPDS : Translation and validation study of the Iranian vesion. *BMC Psychiatry* 2007;10:7-11.
131. Dönmez H. Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirmeleri ve bebek büyümesi üzerine olan etkisi. Kocatepe üniversitesi yüksek lisans tezi 2007.

Denizli İl Merkezi'nde 1 -12 ay bebeği olan annelerde postpartum depresyon taraması ve postpartum depresyon için risk faktörleri

Bu anketin amacı 1-12 ay bebeği olan annelere postpartum depresyon sıklığının ve postpartum depresyon için risk faktörlerinin belirlenmesidir. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler anonim tutulacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A.Sosyodemografik veriler:

- 1.Yaş.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
 Okuryazar değil Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
3. Mesleğiniz nedir?.....
4. Çalışma durumu ?
 Düzenli çalışıyor Düzenli çalışmıyor İşsiz Emekli
5. Medeni durumunuz nedir?
 Bekar Evli Boşanmış İmam nikahlı Eşi ölmüş
6. Aylık gelir düzeyiniz nedir?
 1400 tl den az 1400-4500 tl arası 4500 tl den fazla
7. Yaşadığınız yer hangi tanıma uyar?
 Şehir merkezi İlçe merkezi Köy /kırsal
8. Nerelisiniz (Memleket)
9. Göç ? Var Yok
10. Sosyal güvenceniz var mı? Var Yok
11. Aile tipi ? Çekirdek Geniş
12. Sosyal destek?
 Var..... Yok Yetersiz
13. Özgeçmiş de psikiyatrik hastalık Var Yok
14. Özgeçmiş de kronik hastalık Var (.....) Yok
- 15.Soygeçmiş de psikiyatrik hastalık
 Var Yok Bilinmiyor
- 16.Sigara kullanımı? Evet Hayır

B.Evlilik ilişkisi

- 1.Evlenme yaşı
- 2.Evlenme biçimi ?
 Anlaşarak Görücü Ailenin zoruyla Ailenin izni olmadan
- 3.Kaçıncı evliliğiniz?
- 4.Akraba evliliği ? Var Yok
- 5.Eşiyile iletişimi ?
 İyi Orta Kötü Çok kötü
- 6.Eşinizin ailesiyile iletişiminiz?

- İyi Orta Kötü Çok kötü
7. Evlilikten memnuniyet ?
 Memnun Çok memnun Memnun değil
8. Eşinin yaşı.....
9. Eşinin eğitimi?
 Okuryazar değil Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
10. Eşinin mesleği.....
11. Eşin çalışma durumu?
 Düzenli çalışıyor Düzenli çalışmıyor İşsiz Emekli
12. Eşinin memleketi.....
13. Aile içi şiddet Var (.....) Yok

C. Üreme sağlığı öyküsü

1. PMS ? Var Yok
2. Gravite..... Parite..... Abortus..... Küretaj..... Ölü doğum.....
3. Yaşayan çocuk sayısı.....
4. Önceki doğumlarından sonra psikiyatrik sorun yaşad mı? Evet (.....) Hayır

D. Son doğum öyküsü

1. Gebelik Planlanmış Planlanmamış
2. Bebeğin cinsiyeti Kız Erkek
3. Bebeğinizin kız/erkek olması sizin için önemlimiydi? Evet Hayır
Bebeğinizin cinsiyeti istediğiniz gibi mi oldu? Evet Hayır
4. Yardımcı üreme tekniğiyle mi gebe kaldınız? Evet Hayır
5. Gebelikte düzenli takip edildiniz mi? Evet Hayır
6. Gebelik de sağlık sorunu yaşadınız mı?
 Evet (hiperemesis ,preeklamsi/eklamsi ,.....) Hayır
7. Bebeğiniz kaç aylık?
8. Miada göre?
 Miad Prematür Sürmatür
9. Doğum şekli ? Normal C/S
10. Doğum yeri Ev Hastane
11. Doğumda annede sağlık sorunu- komplikasyon var mıydı? Var Yok
12. Doğumda bebek de sağlık sorunu- komplikasyon var mıydı? Var Yok
13. Bebeğinizi emziriyor musunuz?
 Evet Hayır ay emzirdim
14. Sizce bebeğin bakımı ?
 Kolay Normal Zor
15. Bebeğin bakımına yardım eden birileri var mı? Var (.....) Yok
16. İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz? Evet Hayır

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

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. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

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

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

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

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

Toplam puan:

Teşekkür ederim

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

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 işaretleyniz.

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum

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

2. Geleceğe hevesle bakıyorum

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

3. Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

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

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

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

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

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

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

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

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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

Edinburgh Ölçeği Kullanım Kılavuzu(EPDS): EPDS doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5.,6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3,2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır, 12 ve üzerindeki değerleri alan anneler sevk edilmelidir.