

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
YENİDOĞAN POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN 0-6 HAFTALIK BEBEĞİ
OLAN ANNELERDE PERİPARTUM DEPRESYON GÖRÜLME
SIKLIĞININ VE PERİPARTUM DEPRESYON GÖRÜLMESİNDE ETKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. GÖZDE KUŞCU**

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ - 2020

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
YENİDOĞAN POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN 0-6 HAFTALIK BEBEĞİ
OLAN ANNELERDE PERİPARTUM DEPRESYON GÖRÜLME
SIKLIĞININ VE PERİPARTUM DEPRESYON GÖRÜLMESİNDE ETKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. GÖZDE KUŞCU**

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ - 2020

Doc.Dr. Aysun ÖZŞAHİN danışmanlığında Dr. GÖZDE KUŞCU tarafından yapılan “Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniği’ne Başvuran 0-6 Haftalık Bebeği olan Annelerde Peripartum Depresyon Görülme Sıklığının ve Peripartum Depresyon Görülmesinde Etkili Faktörlerin Belirlenmesi ” başlıklı tez çalışması gün17/03/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA /YANDAL UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN



ÜYE



ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. 

Pamukkale Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca yetişmeme katkıda bulunan ve tezimin başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aysun Özşahin'e;

Hekimlik hayatıma ve uzmanlık eğitimime katkılarıyla, bizi en iyi şekilde yetiştiren başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Tamer Edirne ve Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Emre hocalarımıza;

Tezimin verilerini toplama aşamasında benden yardımını esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Yenidoğan Polikliniği hemşiresi Şenay hanıma;

Rotasyon yaptığım sürede eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda beraber çalışma imkânı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Varlıklarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anneme, babama ve kardeşime;

Tezimin her aşamasında her açıdan desteğini esirgemeyen ve yanımda olan sevgili eşim Engin Çağlar Kuşcu'ya ve canım oğluma; sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Gözde Kuşcu

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ÖZET	vi
İNGİLİZCE ÖZET	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
1. Depresyon.....	3
1.1. Tanımı.....	3
1.2. Epidemiyolojisi	3
1.3. Olası risk faktörleri	4
1.4. Kliniği	4
1.5. DSM-5'e göre majör depresyon tanı kriterleri	5
1.6. Tedavi	6
2. Peripartum (başlayan) depresyon	7
2.1. DSM-5'e göre tanımı	7
2.2. Epidemiyolojisi	8
2.3. Risk faktörleri	9
2.4. Kliniği	10
2.5. Ayırıcı tanı.....	11
2.6. Tedavi	13
2.7. Sonuçları.....	15
2.8. Peripartum depresyonun tanı ve yönetiminde aile hekiminin rolü	16
GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
BULGULAR	21
TARTIŞMA	40
Güçlü yönler ve sınırlamalar	48
SONUÇ	50
ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

SSRI: Selective Serotonine Reuptake İnhibitör

SNRI: Selective Noradrenaline Reuptake İnhibitör

DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

PPD: Peripartum Depresyon

SCID: Structured Clinical İnterview for DSM-4

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

PMS: Premenstrüel Sendrom

ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists

TCA: Trisiklik Antidepresanlar

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özellikleri

Tablo 2: Araştırma grubundaki kadınların geçmiş psikiyatrik öyküleri ile ilgili bazı özellikler

Tablo 3: Araştırma grubundaki kadınların son gebeliği ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

Tablo 4: Araştırma grubundaki kadınların son doğumu ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

Tablo 5: Araştırma grubunda yer alan kadınların bebekleri ile ilgili bazı değişkenler

Tablo 6: Araştırma grubundaki kadınların sigara kullanma durumu

Tablo 7: Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık öykülerine ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı

Tablo 8: Araştırma grubundaki kadınların EPDÖ puanları

Tablo 9: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 10: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların geçmiş psikiyatrik öykülerinin karşılaştırılması

Tablo 11: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların son gebeliği ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 12: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların son doğumu ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 13: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların bebekleri ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 14: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplardaki kadınların sigara kullanma durumları açısından karşılaştırılması

Tablo 15: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların doğurganlık öykülerine ilişkin bazı değişkenlerin karşılaştırılması

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniği'ne Başvuran 0-6 Haftalık Bebeği Olan Annelerde Peripartum Depresyon Görülme Sıklığının ve Peripartum Depresyon Görülmesinde Etkili Faktörlerin Belirlenmesi

Dr. Gözde Kuşcu

Depresyon tanısı koyduran duygudurum belirtileri gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki majör depresyon dönemi için peripartum depresyon tanımı kullanılabilir. Peripartum depresyon, çocuk doğurma ile ilişkili en yaygın obstetrik olmayan komplikasyonlardan biri olarak görülür.

Anne depresyondan muzdarip olduğunda günlük rutin işlerini uygun şekilde yapamayacak, bebek bakımı anneye yük getirecektir. Bu azalan bebek bakım kalitesi, bebeğin büyümesini ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyecek ve çocuğun ihmali gibi sorunlara yol açacaktır. Aynı zamanda bebeğin sağlığı için hayati olan emzirme sürecini de engellemektedir.

Çalışmamızda sağlık kontrollerinin yapılması amacıyla Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Polikliniği'ne başvuran, 0-6 hafta arası bebek sahibi olan, gönüllü annelerde peripartum depresyon görülme sıklığının ve peripartum depresyonun görülmesinde etkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmamız, kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır. Yapılacak olan sapma miktarı $d=0,04$ ve prevalans %6.8 olarak incelendiğinde; çalışmaya, dahil edilme kriterlerini sağlayan ve 0-6 haftalık bebeği olan en az 152 annenin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmada kullanılan veriler literatür tarayarak oluşturduğumuz açık ve kapalı uçlu toplam 30 sorudan oluşan anket formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile elde edilmiştir. İlk olarak annelere kendi oluşturduğumuz anket formumuz tek hekim tarafından yüz yüze anket uygulanması yöntemi ile uygulanmıştır, sonrasında annelerden Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği 30 puan üzerinden değerlendirilmiştir ve kesme puanı 12/13 olarak alınmıştır. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden belirlenmiş kesme noktası üzerinde puan alan

anneler DSM-5'e göre majör depresyon bozukluğu tanı ölçütleri açısından sorgulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, gönüllü 204 anne ile yaptığımız çalışmamızda peripartum depresyon sıklığı %9,3 olarak saptanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde; düşük gelir düzeyi, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, premenstrüel sendrom öyküsünün olması, planlanmamış gebelik, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelikte stres faktörü varlığı, gebelikte sosyal destek yetersizliği, doğum sırasında bebekte komplikasyon görülmesi, bebek bakımına yardım eden birinin olmaması ve multiparite peripartum depresyon için risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Aile hekimliği, hem gebelik döneminde hem de doğum sonrası bebek ve çocuk izlemlerinde anneyi düzenli aralıklarla gören birimdir. Bu nedenle de, peripartum depresyon açısından riskli anneleri tespit edebilme, peripartum depresyonu olan anneyi erken tanıma ve tedavi etmek için ilk basamaktır.

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

ABSTRACT

Determine the Frequency of Peripartum Depression and the Factors Affecting Peripartum Depression in Mothers with 0-6 Weekly Babies Applying to Pamukkale University Faculty of Medicine Hospital Neonatal Outpatient Clinic

Dr. Gözde Kuşcu

If mood symptoms that diagnose depression occur during pregnancy or within four weeks after birth, the definition of peripartum depression can be used for the current major depression period. Peripartum depression is seen as one of the most common non-obstetric complications associated with childbearing.

When the mother suffers from depression, she will not be able to do her daily routine properly, baby care will put a burden on the mother. This decreased baby care quality will negatively affect the growth and development of the baby and will lead to problems such as child neglect. It also prevents the breastfeeding process, which is vital for the health of the baby.

In our study, it was aimed to determine the frequency of peripartum depression and the factors affecting peripartum depression in volunteer mothers who applied to Pamukkale University Faculty of Medicine Neonatal Outpatient Clinic for having health checks, having babies between 0-6 weeks.

Our study is a cross-sectional and analytical type study. When the deviation amount to be made is examined as $d = 0.04$ and the prevalence as 6.8%; It was calculated that at least 152 mothers who have the 0-6 week old baby should be included in the study. The data used in the study were obtained with a questionnaire consisting of 30 open and closed-ended questions and Edinburgh Postpartum Depression Scale. First of all, our self-created questionnaire form was applied by a single physician by face-to-face survey method, then the mothers were asked to fill the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Edinburgh Postpartum Depression Scale was evaluated over 30 points and the cutoff score was taken as 12/13. Mothers who scored on the cut-off point determined from the Edinburgh Postpartum Depression

Scale were questioned in terms of major depression disorder diagnostic criteria according to DSM-5.

In our study with 204 volunteer mothers who met the inclusion criteria, the frequency of peripartum depression was found to be 9.3%. When the results are examined; low income level, a history of past psychiatric illness, a history of premenstrual syndrome, unplanned pregnancy, having a health problem during pregnancy, presence of a stress factor in pregnancy, lack of social support during pregnancy, complication in the baby during delivery, absence of someone helping baby care and multiparity have been identified as risk factors for peripartum depression.

Family medicine is the unit that sees the mother at regular intervals both during pregnancy and after birth, during the follow-up of babies and children. Therefore, family medicine is the first step for identify mothers at risk for peripartum depression, early recognition and treatment of the mother with peripartum depression.

Key words: peripartum depression, risk factors, Edinburgh postpartum depression scale

GİRİŞ

Depresyon yaygın görülen ve yeti yitimine neden olan tedavi edilebilir bir hastalıktır. Uluslararası çalışmalar, depresyonun 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda, yeti kaybının önde gelen bir nedeni olduğunu ve gebelik, doğum ve lohusalık gibi üreme çağını kapsayan süreçte daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (1). Depresyon kadınlarda erkeklerden çok daha yaygındır, kadın/erkek risk oranları kabaca 2:1'dir (2).

Hamilelik sırasında, doğum sırasında ya da doğum sonrası ilk yıl içindeki depresyon toplu olarak perinatal depresyon olarak adlandırılan, hem anne, hem aile hem de bebek için büyük bir sağlık sorunu olarak kabul edilir. Çocuk doğurma ile ilişkili en yaygın obstetrik olmayan komplikasyonlardan biri olarak görülür (3). Hamilelik sırasında veya hemen sonrasında majör veya minör depresyon yedi kadından birinde ortaya çıkar (5).

Doğum sonrası depresyon ile ilişkili faktörler, psikolojik, obstetrik, biyolojik ve hormonal, sosyal ve yaşam tarzı risk faktörleri olarak beş ana başlık altında sınıflandırılabilir (4).

Doğum sonrası dönemde devam eden depresyon, zayıf anne bebek bağlanması, bebeklerde bilişsel ve dilsel becerilerde gecikme, duygusal gelişimde bozulma ve daha sonraki yaşamında davranış sorunları gibi problemler olma olasılığını artırır (6).

Bu nedenle peripartum depresyonun erken tanı alması ve tedavi edilmesi hem anne hem bebek sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

WHO ve WONCA'nın (Dünya Aile Hekimleri Birliği) 2008 yılında ortak yayınladıkları Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım Bildirgesi'nde tüm toplumlarda sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların olabildiğince erken evrede, sistematik bir yaklaşımla, bireyin alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) etkin tedavisinin, başarıyı arttıracığı vurgulanmıştır (7).

Aile hekimleri, önceki depresyon öyküsü, yaşam olayları ve kişilerarası çatışma dahil olmak üzere peripartum depresyonda etkili faktörlerin farkında olmalıdır. Aile hekimleri, peripartum depresyonlu kadınlara erken tanı koymak, bu kadınları tedavi etmek ve gerekirse yönlendirmek için önemli bir konumdadır.

Bu çalışmanın amacı; Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniği'ne 01.09.2019-31.12.2019 tarihleri arasında başvuran ve 0-6 haftalık bebeği olan annelerde peripartum depresyon yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

GENEL BİLGİLER

1. Depresyon

1.1. Tanımı

Depresyon belirli bir nedeni olmadan bireyin kendini sürekli üzüntülü, melankolik ya da kederli hissetmesi, bu duruma yoğun bir bunaltı, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, olumsuz bir bakış açısı gibi duyguların eşlik ettiği, ayrıca beraberinde düşünce, konuşma, devinim ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın görüldüğü bir duygu durum bozukluğudur (7).

Depresyon, birincil bir duygudurum bozukluğu biçiminde görülebileceği gibi, bir çok psikiyatrik ve tıbbi duruma sekonder olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (8).

1.2. Epidemiyolojisi

Depresyon, dünyada yeti yitimi açısından ilk üçte yer almaktadır. Ve 2020 yılında ilk sıraya çıkması beklenmektedir (9).

Depresyon dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık görülen bir hastalıktır. Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı %8-20 arası değişen değerlerde bulunmuştur. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu şeklindedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda depresyon riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır (10).

Depresif bozukluklar yaşamları boyunca erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (11).

Depresif belirtilerin toplum içinde yaygınlığı %13-20 arası değişen değerlerdedir. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada birinci basamağa başvuran hastalarda ICD-10'a göre %11,6 oranında depresyon saptanmıştır (9).

1.3. Olası risk faktörleri

- Depresyon öyküsü
- Ailede depresyon öyküsü
- Tıbbi kronik hastalık
- Stresör yaşam olayları(işsizlik, yakın kaybı, boşanma vb.)
- Daha önceki intihar girişimi
- Kadın cinsiyet
- Çocuk doğurmak
- Düşük sosyal destek
- Madde kullanımı
- Düşük sosyoekonomik düzey

1.4. Kliniği

Klinik olarak depresif bozukluğun en tipik özellikleri depresif duygudurum, suçluluk duygusu ve intihar düşünceleri olarak sayılır. Ancak her türlü belirti farklı kombinasyonlarda görülebilir. Depresif duygudurum ve ilgi yitimi, zevk alamama mutlaka bulunması gereken ana belirtilerdir.

Depresif duygudurum: Depresyondaki hasta kendini mutsuz, kederli hisseder. Karamsarlık ve çaresizlik sık görülen belirtilerdir.

İlgi yitimi ve zevk alamama: Hastada daha önce ilgi duyduğu ve zevk aldığı uğraşlara karşı isteğinde azalma ve bunları yapsa bile zevk alamama görülür.

Suçluluk duyguları: Gerçek ya da hayali konularda hastanın kendisini uygunsuz derecede eleştirmesi ve suçlamasıdır.

İntihar: Depresyonun en önemli ve farkedilip önlenmesi gereken belirtisi intihardır. Depresyonda intihar nedeniyle ölüm % 15 civarındadır. ‘Keşke ölmüş olsam düşüncesi’ ile ciddi plan yapıp kendini öldürme girişimine kadar değişen şiddetlerde görülebilir.

Uyku bozuklukları: Uykusuzluk ya da aşırı uyuma şeklinde görülebilir.

İştah değişiklikleri: İştahsızlık ve buna bağlı zayıflama görüldüğü gibi aşırı yeme ve şişmanlama da görülebilir.

Unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü: Depresyondaki hastalarda dikkat ve düşüncelerini toparlamada güçlük görülebilir.

Yorgunluk-bitkinlik: Güç kuvvet kaybı depresyonun tipik özelliklerinden biridir. Halsizlik yorgunluk bitkinlik ya da kolay ve çabuk yorulma şikayetleri görülebilir.

Psikomotor etkinlikte değişimler: Retardasyonda mimiklerde azalma, alçak sesle konuşma ve fiziksel etkinliklerde azalma vardır. Hastanın düşünce akışı yavaşlamıştır ve aynı zamanda yürüyüşünde de yavaşlama görülür. Ajitasyonda ise hastalar oturdukları yerde duramaz sürekli kımıldayıp dururlar.

Libido kaybı: En baştan itibaren cinsel istekte azalma vardır.

Değersizlik düşünceleri: hastanın kendine olan güveni ve kendine verdiği değer azalmıştır.

Somatik belirtiler: Kabızlık, ağız kuruluğu, yaygın vücut ağrıları, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste baskı hissi gibi somatik belirtiler görülebilir.

Psikotik belirtiler: Depresyonda duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz psikotik belirtiler ortaya çıkabilir.

Davranış belirtileri: Depresyon hastaları çoğunlukla sosyal ortamdan kaçma eğilimindedirler.

Depresyon tanısı bu belirtilerin çeşitli şekillerde bulunması ve belli bir süre devamlılık göstermesi ile konulur (9).

1.5. DSM-5'e göre majör depresyon tanı kriterleri

Majör depresyon bozukluğu tanı ölçütleri:

Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi(ya da daha çoğu) görülmeli ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmalı; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme, zevk almama olmalıdır.

- Çökkün duygudurum neredeyse hergün günün büyük bir bölümünde görülür ve bu durumu ya kişi kendisi bildirir ya da etrafındakilerce gözlenir.
- Bütün ya da neredeyse bütün aktivitelere karşı ilgide belirgin azalma ya da zevk almama neredeyse hergün, günün büyük bir kısmında bulunur.
- Kilo vermeye çabalamıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse hergün yeme isteğinde azalma ya da artma
- Neredeyse hergün, uykusuzluk sorunu yaşama ya da aşırı uyuma isteği.
- Neredeyse her gün, ajitasyon ya da yavaşlama
- Neredeyse her gün, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü
- Neredeyse her gün, değersiz hissetme ya da uygun olmayan suçluluk duyguları
- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta zorluk yaşama ya da kararsızlık çekme
- Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamadan tekrarlayıcı kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel eylem tasarlama

Bu belirtiler klinik açıdan farkedilir bir sıkıntıya neden olur ya da sosyal hayatta önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşüğe neden olur.

Bu durum, madde kullanımı ya da herhangi başka bir sağlık sorunu ile açıklanamaz.

1.6. Tedavi

Depresyonda tedavi başarısı çok değişkendir. Akut dönem tedavisinde yanıt oranı %50 olarak bulunmuştur. Depresyonu tedavi ederken belli bir standart yoktur. Olabildiğince çoğul ilaç tedavisinden kaçınılması önerilmektedir. Başlangıçta sade bir tedavi planlanır ve sonrasında gerekirse değişiklikler yapılabilmektedir. Depresyon tedavisi depresyon şiddetlendikçe daha çok etkili olmaktadır. Tedavi planlarken hastanın, depresyon tanı ölçütlerini karşıladığından emin olmak gerekmektedir (9).

Depresyon tedavisinde antidepresan ilaç seçilirken yol gösterebilecek ipuçları:

- Kendisi ya da birinci derece yakını tarafından kullanılmış ve olumlu yanıt alınmış bir antidepresan seçilmelidir.

- Hastanın yaşı ve işlevsellik düzeyi dikkate alınmalıdır.
- Hastanın bedensel durumu, bedensel hastalığı ve düzenli olarak kullandığı bir ilaç olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Seçilen ilacın yan etki profili dikkate alınmalıdır (9).

Antidepresanlar, depresif bozuklukta nüks riskini azaltır ve antidepresanlarla tedavinin devam etmesi, tekrarlayan depresif bozukluğu olan birçok hastaya fayda sağlayacaktır (12).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), mirtazapin ve bupropion, akut majör depresif epizodu olan hastaları tedavi etmek için birinci basamak ajanlardır. Semptom şiddetinde bir iyileşme olmadığında, birinci basamak ilaç tedavisinin dozunu artırarak akut tedaviyi optimize etmek genellikle ilk stratejidir. Aynı sınıftaki başka bir ilaca veya farklı bir sınıfa geçmek veya ikinci bir antidepresan eklemek de gerekebilir (13).

Takip ziyaretleri sırasında doktorlar rezidüel semptomlar, ilaca bağlı yan etkiler ve tedaviye uyumu ve ayrıca fonksiyonel ve psikososyal sonuçları sorgulamalıdır (13).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, depresyon için potansiyel tedaviler olarak önerilmekte ve hafif ve orta şiddette hastalıklar için tamamlayıcı bir form olarak kılavuzlarda yer almaktadır (14).

Depresyonda etkili olduğu gösterilmiş farklı psikoterapi yöntemleri kullanılabilir. Bu tedavi yöntemlerinin tamamı kullanılan ilaç tedavisi ile beraber uygulanabilmektedir. Bu tedavi yöntemleri; problem çözme terapisi, bilişsel-davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapi olarak sınıflandırılabilir (15).

2. Peripartum (başlayan) depresyon

2.1. DSM-5'e göre tanımı

Duygudurum belirtileri gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki majör depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir.

Duygudurum dönemleri gebelik sırasında ya da doğum sonrası başlamış olabilir. Doğum sonrası izlem süresine göre öngörüler değişmekle birlikte, kadınların %3-6'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde majör depresyon dönemi geçireceği öngörülmektedir. Doğum sonrası majör depresyon dönemlerinin %50'si gerçekte doğum öncesi başlar. Dolayısıyla, bu dönemler topluca doğum zamanı (peripartum) dönemler olarak adlandırılır. Doğum zamanı majör depresyon dönemleri olan kadınlarda çoğu zaman ağır kaygı, hatta panik atakları olur. İleriye dönük çalışmalar, gebelik sırasında duygudurum ve kaygı belirtilerinin yanı sıra 'bebek üzücü' nün de, doğum sonrası majör depresyon dönemi geçirme olasılığını artırdığını göstermiştir.

2.2. Epidemiyolojisi

Peripartum depresyon yaygınlığının saptanması ile ilgili çalışmalarda kullanılan farklı yöntemler nedeniyle çeşitli sonuçlar bulunabilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde öz değerlendirme ölçekleriyle yapılan araştırmalarda PPD yaygınlığı için oranlar %1,9 ile %82,1 arasında değişmektedir. En düşük oran Almanya, en yüksek oran ise ABD'de bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise oranlar %5,2 ile %74 arasında değişmektedir. En düşük oran Pakistan, en yüksek oran Türkiye'den bildirilmiştir (15).

Gavin ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, doğum sonrası ilk 3 ayda DSM-5 peripartum kriterleri doğrultusunda majör ve minör depresyon için %19.2'lik bir dönem prevalansı olduğu saptanmıştır (16).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada SCID-I'e göre doğum sonrası 6 hafta boyunca yeni başlayan majör depresyon sıklığı, %6.3 olarak saptanmıştır (17).

Ülkemizde farklı bölgelerde, öz değerlendirme ölçekleriyle farklı zamanlarda yapılmış kesitsel çalışmalarda PPD yaygınlığı %9,6 ile %74 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (15).

2.3. Risk faktörleri

Peripartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri; psikiyatrik, obstetrik, biyolojik ve sosyal risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

Bu risk faktörlerini tespit etmek, peripartum depresyonun erken tanı ve tedavisinde böylece hastalığın ileri zamanda anne ve bebek için olası olumsuz etkilerinin en aza indirilmesinde yarar sağlayacaktır.

Psikiyatrik risk faktörleri: Doğum öncesi depresyon ve anksiyete, önceki psikiyatrik hastalık, kötü evlilik ilişkisi ve stresli yaşam olayları, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası depresyon risk faktörleri arasındadır. Gelişmiş ülkelerde önemli risk faktörleri ise doğum öncesi depresyon, doğum öncesi kaygı, önceki psikiyatrik hastalık, stresli yaşam olayları, çocuk bakım stresi ve gebeliğe karşı olumsuz tutumdur (15).

Geçmiş depresyon öyküsüne sahip olma ve orta ila şiddetli premenstruel sendrom (PMS) öyküsünün doğum sonrası depresif belirtileri anlamlı olarak artırdığı görülmüştür (18).

Obstetrik risk faktörleri: Yapılan çalışmalarda doğum sayısı ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişki ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Mayberry ve ark. postpartum depresyonun multipar kadınlarda nullipar kadınlara göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (19).

Başka bir çalışmanın sonuçları ise nullipar kadınlarda hastalık prevalansının daha yüksek olduğunu göstermektedir (20).

Gebelik komplikasyonları, doğum komplikasyonları ve sezaryen doğumun postpartum depresyonda etkili olduğu gösterilmiştir (21).

Doğum sonrası 4-6 haftalık bebeği olan annelerde yapılmış bir kohort çalışmasında; bebeğinin doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan annelerde, doğum sonrası depresyon riskinin diğerlerine göre 4-18 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (22).

Doğum sırasında epidural anestezi kullanmanın, hamilelik sırasında doğum hazırlık sınıflarına katılmanın ve doğum sonrası emzirmenin devam etmesinin doğum sonrası depresyon riskinin azalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (23).

Biyolojik faktörler: Kandaki serotonin ve triptofan seviyeleri depresyon üzerinde etkili olduğu bilinen faktörlerdir. Bir çalışma, farklı serotonin taşıyıcı gen alleleri ve serotonin reseptörleri ile duygudurum bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermiştir (24).

Santral oksitosin anksiyolitik ve antidepresif etki gösterir. Oksitosin duyguları, sosyal etkileşimleri ve duygusal tepkileri düzenlemede önemli bir rol oynar (25). Son kanıtlar, oksitosinin serotonin reseptörlerinin aktivitesini indüklediğini ve strese verilen cevabı azalttığını göstermektedir (26).

Östrojen rolü de peripartum depresyon insidansında değerlendirilmiştir. Bu hormondaki dalgalanmaların veya yokluğunun depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür (27).

Her ne kadar tiroid disfonksiyonu ile postpartum depresyon arasındaki ilişki kesin olarak tespit edilmemiş olsa da, bozukluk bazı kadınlarda postpartum depresyona neden olabilir (28). Yapılan bir çalışmada gebelik sırasındaki tiroid peroksidaz antikor varlığı, doğum sonrası dönemde depresyonun ortaya çıkması ile ilişkili olarak bulunmuştur (29).

Sosyal faktörler: Yapılan bir çalışmada hamile kadınların eğitim düzeyi düştükçe, depresyon düşündürülen belirtileri olan katılımcı sayısı da yükselmiştir. Aynı çalışmada görülmüş ki günlük içilen sigara sayısının ne kadar yüksekse, kadınların gebelikte depresyon gösterme ihtimali de yükselmiştir. Sigara içen kadınlarda sigara içmeyenlere göre 1.72 kat depresyon belirtileri gösterme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (30).

Ülkemizde yapılmış birden fazla çalışmada bulunan sonuçlara göre; eşin eğitim seviyesinin düşük olması, geniş ailede yaşama, sosyoekonomik durumun kötü olması, maternal yaşın küçük olması, sosyal destek veya eş desteğinin eksik olması postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

2.4. Kliniği

Peripartum depresyonun klinik belirtileri arasında çok fazla uyuma veya uyuyamamak, ruh halindeki değişimler, iştah değişikliği, zarar verme korkusu, aşırı endişe ve bebek için endişe, hüzün veya aşırı ağlama, şüphe hissi, suçluluk ve

çaresizlik, konsantre olma ve hatırlamada güçlük çekme, hobilere ve olağan aktivitelere olan ilgi kaybı ve intihar düşüncesi içerebilecek tekrarlayan ölüm düşünceleri görülebilir (15).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (5. baskı) doğum sonrası depresyonun hamilelik sırasında yaygın bir şekilde başladığını ve hamilelik, doğum sonrası veya her ikisinde de meydana gelen majör depresif rahatsızlığın belirteci olarak “peripartum başlangıç” kullandığını kabul etmektedir. Peripartum başlangıcı ile birlikte diğer belirgin semptomlar, hamilelik veya bebeğe bağlanma veya ilgide eksiklik, sık sık bebeğin başına zararlı bir şey gelecekmiş düşünceleri ile endişe durumunu içermektedir (31).

DSM-5 peripartum depresyonu, hamilelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde tespit edilen majör bir depresif bozukluk olarak sınıflandırmaktadır.

Peripartum depresyon belirtilerinin sayısı veya şiddetine göre hafif ya da ağır şiddetli seyir gösterebilir. Hafif veya orta şiddetli depresyonu olan annelerin destek arayışı içinde olmaması, bu durumu bir bozukluk olarak düşünmemesi, nereye başvuracağı hakkında bilgisinin olmaması gibi nedenlerle, doğum sonrası depresyonun uzun süre devam etmesi ve ağır forma dönüşmesine neden olabilir.

Uyku, iştah ve libido değişikliklerinin normal gebelik ve doğum sonrası değişikliklere bağlı da görülebilmesi, peripartum depresyon tanısının atlanmasına neden olabilir. Ayrıca kadınlar da bu değişikliklerden bahsetme açısından isteksiz olabilirler. Bu nedenle klinisyenlerin, gebelik veya doğum sonrası dönemdeki kadınların muayenesinde bu değişiklikleri sorgulaması anne bebek sağlığı açısından önemlidir.

2.5. Ayırıcı tanı

Hem tek aşamalı hem de iki aşamalı tarama stratejileri peripartum depresyonun belirlenmesinde etkilidir. 10 maddelik Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, İngilizce konuşulan popülasyonlarda %75 ila %100 arasında bir duyarlılığa ve %76 ila %97 arasında bir özgüllüğe sahiptir. Türkçe konuşulan popülasyonlarda ise %75,5 duyarlılığa ve %71,5 özgüllüğe sahiptir (32).

Buna karşılık, Hasta Sağlığı Anketi-9 %75 duyarlılığa ve %90 özgüllüğe sahiptir ve 35 sorulu Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği %91 ila %94 arasında bir duyarlılığa ve %72 ila %98 arasında bir özgüllüğe sahiptir (33).

Birçok aile hekimi, başlangıçta Hasta Sağlığı Anketi-2 gibi daha kısa bir tarama testi kullanılan ve ardından iki sorunun herhangi birinin olumlu olması halinde daha kapsamlı bir tarama testi uygulayan majör depresif bozukluk için iki aşamalı taramaya aşınadır. Bu yaklaşım ayrıca peripartum depresyon taramasında da uygulanabilir (34).

Peripartum depresyon, peripartum dönemde kadınları etkileyen duygudurum bozukluklarından bir tanesidir. Postpartum blues ve postpartum psikoz da anneyi etkileyen diğer duygu durum bozukluklarıdır.

Postpartum blues; doğumdan sonraki ilk birkaç günde; duygudurum labilitesi, ağlama, sinirlilik, yorgunluk gibi semptomlarla ortaya çıkar ve annelerin yaklaşık %75'ini etkiler. Genellikle bu süre, bir hastalık olarak kabul edilmez ve destek, güvence ve yeterli uykuyu desteklemek ile iyi yanıt verir ve genellikle 2 hafta içinde geçer. İki haftadan uzun süren semptomlar ileri değerlendirme gerektirir ve gelişen bir depresif bozukluk olabilir (31).

Doğum sonrası psikoz, 1.000 doğumda 1 ile 2 arasında meydana gelen çok daha az yaygın bir hastalıktır, ancak psikiyatrik bakım ortamına derhal yönlendirilmesi gereken bir psikiyatrik acil durum oluşturur. En yüksek risk altındaki kadınlar, kişisel veya ailede bipolar bozukluk öyküsü olanlardır (31). Yaygın semptomlar ve belirtiler arasında; içeriği genellikle yeni çocukla ilgili olan sanrılar ve halüsinasyonlar gibi çok çeşitli psikotik olaylar, hem elevasyon hem de depresyon gibi duygusal semptomlar ve bilinç bozukluğu bulunur (35).

ABD Önleyici Hizmet Görev Gücü'nden yapılan açıklamada, hamile ve doğum sonrası kadınlar da dahil olmak üzere, 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin depresyon için doğru tanı, etkili tedavi ve uygun takip için taranması önerilmektedir (36). Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (ACOG), kesin fayda kanıtlarının bulunmamasına rağmen, klinisyenlerin hastaları perinatal dönemde en az bir kez standartlaştırılmış, onaylanmış bir araç kullanarak depresyon ve anksiyete açısından taraması gerektiğini belirtmektedir (33).

2.6. Tedavi

Peripartum dönemde depresyon tedavisi psikoeğitim, akrabaların dahil edilmesi, psikofarmasötik tedavi ve psikoterapiye dayanmaktadır. Beklenebileceği gibi, hamile kadınlar ve emzirmek isteyen yeni anneler psikoterapötik müdahaleleri tercih etmektedir (37).

İlaç tedavisini önerme kararı bireyselleştirilmeli ve semptomların ciddiyeti, fonksiyonel bozulma, depresif atak sayısı ve sıklığı, ilaçlara cevap verme öyküsü ve hastanın tercihlerine göre karar verilmelidir. Antidepresanların amniyotik sıvıya girmesi nedeniyle fetal maruziyet kaçınılmazdır. Özellikle birinci basamak tedavi ortamında en sık reçete edilen antidepresanlar, etkinlikleri, düşük yan etki profili ve aşırı doz toksisitesinin olmayışı nedeniyle tercih edilen selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (31). Fluoksetin ve sitalopram, hamile kadınlarda güvenliklerini gösteren birçok veri nedeniyle en düşük riskli ve ilk basamak ilaçlar olarak kabul edilir (6).

Hamile veya emziren kadınlar için antidepresan reçete etmek, hastanın tercihlerini dikkatle değerlendirmeyi, ayrıca maternal depresyona maruz kalma ve ilaçlara maruz bırakmanın fetüs ve yenidoğana olan fayda ve zararını da tartmayı gerektirir.

Tedavi edilmemiş maternal depresyon, özellikle depresyonun ikinci ve üçüncü trimesterlerin başlarında ortaya çıkması durumunda, artmış advers sonuç oranlarıyla (örneğin, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, fetal büyüme kısıtlaması, postnatal komplikasyonlar) ilişkilidir (38).

Paroksetin hamile kadınlar ve gebe kalmayı planlayan kadınlar tarafından kaçınılmalı ve erken gebelikte paroksetin maruz kalan kadınlar için fetal ekokardiyografi düşünülmelidir (38).

Yapılan çalışmalarda, gebelikte TCA kullanımı ile yapısal malformasyonlar arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. SSRI maruz kalmasına ilişkin mevcut veriler spesifik morfolojik teratojenik riskleri destekleyecek tutarlı bir bilgi göstermemektedir (39).

Hamilelikte SSRI tedavisinin risk/fayda oranı değerlendirilirken, tedavinin kesilmesi ile ilişkili riskler (yüksek nüks sıklığı, erken doğum riski ve PPD riski), tedavinin kanıtlanmamış potansiyel risklerinden daha ağır basıyor gibi

görünmektedir. Ayrıca maternal depresyon çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilir. Hamilelikte en az etkili doz ve uygun tedavi ile önlemenin önemi vurgulanmalıdır (40).

Psikofarmakoterapi genellikle mümkün olan en düşük dozda tek bir ajanla başlamalıdır. Tedavi faydaları ve riskleri titizlikle analiz ederek takip etmeli ve annenin emzirme konusundaki isteklerine saygı gösterilmelidir (41).

Cohen ve arkadaşları, eğer bir kadın antidepresan kullanıyorsa ve hamile olduğunu öğrenirse, nüks olasılığı nedeniyle onu kesmemesi gerektiğini; gebeliğin ilk üç ayında antidepresanlarını bırakan kadınlarda %68 oranında nüks görüldüğünü saptamışlardır (42).

Orta ila şiddetli majör depresif bozukluk için altın standart tedavi psikoterapi artı farmakoterapidir. Bununla birlikte; birçok peripartum kadın, farmakolojik tedaviye maruz kalma konusundaki endişelerini dile getirmekte ve yapılan araştırmalar, birçok kadının farmakolojik olmayan müdahaleyi tercih ettiğini göstermiştir (43).

2014 yılında yapılmış geniş bir yeniden gözden geçirme çalışmasında hafif ve orta şiddette depresyonda SSRI'ların plaseboya göre anlamlı derecede daha etkili olduğu görülmesine rağmen, antidepresanların psikolojik/psikososyal müdahalelerle karşılaştırırken etkinlik konusunda çok az fark olduğunu belirtilmiştir (44).

Hamilelik ve emzirme sırasındaki ilaç tedavisi, hasta ve hekim için fetüs ve bebeğin ilaca maruz kalmasının kaçınılmazlığı nedeniyle zorluklar doğurabilir, ancak tedavi eksikliği tehlikeli olabilir. Bugüne kadar hamile ve emziren kadınlarda antidepresanların kullanıldığına dair kanıtlar güven vericidir. Ayrıca, psikoterapinin, özellikle bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapi, oldukça etkili olduğuna ve tamamlayıcı ve alternatif tedavilerle ilgili ortaya çıkan verilerin umut verici olduğuna dair önemli kanıtlar da vardır (31).

Doğum sonrası dönemde, akran desteği, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi ve psikodinamik terapi gibi değerlendirilen tüm psikoterapötik ve psikososyal müdahaleler, en azından doğum sonrası ilk yıl için önemli ölçüde etkili bulunmuştur (45).

Tedavi yanıtı dört ila altı hafta sonra değerlendirilmeli ve remisyon olmadıysa ilaç dozları titre edilmelidir. Majör depresif bozukluk için kurulan yaklaşımın izlenmesi önerilmektedir. Bu yaklaşım, aynı sınıf içinde farklı bir ilaca geçmeyi, farklı

bir sınıftan ikinci bir antidepresan eklemeyi, antipsikotik gibi ek bir ilacı eklemeyi veya elektrokonvülsif tedaviye başlamayı içerebilir (5). Antidepresan tedaviye cevap vermeyen veya psikotik, intihar eğilimli hastalar elektrokonvülsif tedavi için adaydır (39). Elektrokonvülsif tedavi, peripartum depresyon tedavisinde güvenli, farmakolojik olmayan bir yaklaşım olarak uzun zamandır kullanılmaktadır. Teratojenite ve diğer olumsuz etkiler için düşük risk, elektrokonvülsif tedaviyi hamilelik sırasında ağır depresyon için tercih edilen bir tedavi haline getirmiştir (6).

2.7. Sonuçları

Anne depresyondan muzdarip olduğundan günlük rutin işlerini uygun şekilde yapamayacak, bebek bakımı anneye yük getirecektir. Bu azalan bebek bakım kalitesi, bebeğin büyümesini ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyecek ve çocuğun ihmali gibi sorunlara yol açacaktır. Bu aynı zamanda bebeğin sağlığı için hayati olan emzirme sürecini de engellemektedir. Annenin intihar düşünceleri olduğu ciddi vakalarda nihayet intihar edebilir ve böylece çocuk ihmal ve terk edilmesine neden olabilir, annenin ek olarak psikotik özelliklerden muzdarip olduğu durumlarda ise çocuk ölüm riski de ortaya çıkmaktadır (46).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada gebelikte depresyonu tedavi edilmeyen annelerin bebeklerinde, preterm doğum ve daha düşük doğum ağırlığı sağlıklı annelerdekine göre anlamlı ölçüde daha yüksek görülmüştür (47).

Doğum öncesi depresyonda olan annelerin bebeklerinin, psikolojik olarak iyi olan annelerin bebeklerine kıyasla büyüme gelişmesinin daha az olduğu, diyare enfeksiyonu riskinde artış olduğu ve doğum kilosunun daha düşük olduğu görülmüş; depresyonda olan annelerin bebeklerinde 12 ay boyunca tam olarak aşılma olasılığı daha düşük saptanmıştır. Bunda anne-bebek etkileşimindeki zorluklar ve bebeklerin beslenme gereksinimlerini karşılama ve bazı durumlarda uygun sağlık arayışı yeteneklerinde azalma gibi nedenler sorumlu tutulabilir (48).

Maternal postnatal depresyon, sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak, 2 yaşındaki çocuk davranış problemleriyle anlamlı olarak ilişkilidir (49).

Doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonun erken tedavisi yalnızca annenin ruh sağlığına değil aynı zamanda bebeğin fiziksel, ruhsal ve mental sağlığına ve gelişimine de faydalı olabilir.

2.8. Peripartum depresyonun tanı ve yönetiminde aile hekiminin rolü

Lohusa izlemleri, yenidoğanın gelişimsel taramaları, aşıları ve akut hastalıkların tedavisi gibi yeni annelerin aile hekimlerini ziyaret etmeleri için birçok neden vardır. Bu nedenle; aile hekimleri annelerin mevcut stresörlerini ve başa çıkma stratejilerini aktif bir şekilde tarama ve annelerin başa çıkmada zorluk yaşadığı durumlarda yardım sunma konusunda birçok fırsata sahiptir. Aile hekimleri risk altındaki annelere, ilaç sunmanın yanı sıra ilgili tavsiye ve destek sağlayabilirler (50).

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde kadınları depresyon için taramanın, depresyonlu kadınlarda depresif semptomları azaltabileceğini ve belirli bir popülasyonda, özellikle ek tedavi desteklerinin varlığında, depresyon prevalansını azaltabileceği gösterilmiştir (51). Ayrıca tarama araçlarının daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç duyan ve tedavi gerektirebilecek hamile ve doğum sonrası kadınları tanımlayabildiği de görülmüştür (51).

Eğer depresyon hafif ve ılımlı ise, özellikle annenin intihar düşüncesi yoksa, annenin bebeğinin bakımı etkilenmiyorsa, tedavi birinci basamak hekimi tarafından sağlanabilir. Eğer aile üyeleri varsa, onları peripartum depresyon ve yeni annenin desteklenmesine yardımcı olabilecekleri konusunda eğitmek de önemlidir. Hafif vakalarda, psikososyal müdahale hastanın ihtiyaç duyduğu her şey olabilir (50).

Peripartum depresyon birinci basamakta yaygın görülen fakat atlanılabilen bir tanıdır. Birinci basamak hekimi anneleri peripartum depresyon açısından tarama ve yardımda bulunmak için en iyi konumdadır. Peripartum depresyonun taranması ve yönetimi, kısa ve uygulaması kolay tarama araçlarının kullanılmasıyla yoğun bir klinik uygulamada bile pratik olabilir (50).

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın amacı

Bu çalışmada sağlık kontrollerinin yapılması amacıyla yenidoğan polikliniğine başvuran, 0-6 hafta arası bebek sahibi olan, annelerde peripartum depresyon görülme sıklığının ve peripartum depresyonun görülmesinde etkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmanın izni

Bu araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun, çalışmanın yapılmasına etik olarak sakınca olmadığına dair 12.06.2019 tarihli, 11 nolu onayı ile başlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü Yenidoğan Polikliniği'ne 01.09.2019-31.12.2019 tarihleri arasında başvuran, doğum sonrası 0 ile 6 hafta arasında bebeği olan anneler çalışmaya alınmıştır.

Araştırmanın tipi

Kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

Evren ve örnek seçimi

Araştırmanın evrenini 01.09.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniği'ne başvuran ve 0-6 haftalık bebeği olan tüm kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, yapılacak olan sapma miktarı $d=0,04$ ve prevalans %6.8 olarak alındığında; çalışmaya, dahil edilme kriterlerini sağlayan ve 0-6 haftalık bebeği olan en az 152 annenin alınması gerektiği bulunmuştur.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümü Yenidoğan Polikliniği'ne başvuran 0-6 haftalık bebeğe sahip, Türkçe bilen, bebeğinde ciddi konjenital anomali bulunmayan gönüllü anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya Türkçe bilmeyen, ağır mental retardasyonu olan, bipolar bozukluk tanısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen anneler dahil edilmemiştir.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımlı değişken: 0-6 haftalık bebeğe sahip annelerde peripartum depresyonun varlığı.

Bağımsız değişkenler: Yaş, medeni durum, evlenme biçimi, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, eşinin çalışma durumu, daha önce psikiyatrik hastalık geçirip geçirmediği, PMS bulgularının olup olmadığı, gebeliğin planlı olup olmadığı, bebeğin cinsiyeti, bebeğin istenilen cinsiyette olup olmadığı, doğum şekli, doğum şekline karar veren kişi, doğumun annenin istediği yöntemle olup olmadığı, annenin gravite, parite, abortus, küretaj, ölü doğum öyküsü, bebeğin doğum ağırlığı, gebeliğin riskli olup olmadığı, doğum sırasında bebekte ve annede komplikasyon olup olmadığı, doğum sırasında kullanılan anestezi yöntemi, gebelik sırasında doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumu, bebeğin nasıl beslendiği, gebelikte uykusuzluk problemi yaşayıp yaşamama durumu, gebelik döneminde sağlık problemi yaşayıp yaşamama durumu, gebelik sırasında annenin hayatını etkileyebilecek bir stres faktörü olup olmaması, gebelik boyunca sosyal destek görme durumu, gebelik öncesi dönemde

ve gebelik süresince sigara içip içmeme durumu, evde bebek bakımına yardım edecek bir kişi var olup olmadığı.

Verilerin toplanması

Araştırmada kullanılacak veriler literatür tarayarak oluşturduğumuz açık ve kapalı uçlu toplam 30 sorudan oluşan anket formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile elde edilmiştir.

İlk bölümde; araştırmayı yapan tek bir hekim anket formunu annelere yüz yüze görüşme ile uygulamıştır.

İkinci bölümde ise annelerden Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği 30 puan üzerinden değerlendirilmiştir ve kesme puanı 12/13 olarak alınmıştır.

Son olarak; Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden belirlenmiş kesme noktası üzerinde puan alan anneler DSM-5' e göre majör depresyon bozukluğu tanı ölçütleri açısından sorgulanmıştır.

Veri toplama araçları

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (EPDÖ), Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (52).

Kısa ve hasta tarafından doldurulacak bir ölçekle, postpartum depresyonlu hastaları tanımak amacıyla geliştirilmiştir. Standart depresyon ölçme araçları doğum sonrası dönemde depresyonlu hastalarda kısıtlı olabilmektedir. Birçok standart depresyon ölçeği postpartum hastalarda geçerli olmayan somatik yakınmaları ölçmektedir. Çocuğun ihtiyaçları nedeniyle görülen uyku düzensizliği ve anemiye sekonder görülen letarji ve yorgunluğu standart depresyon ölçekleri yanlış ölçmektedir. EPDÖ'deki maddeler, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin bazı bölümlerinin bir arada toplanması ve postpartum depresyonlu kadınlarda görülen

problemlerin eklenmesi ile meydana gelmiştir. On maddeden oluşan ve hastanın doldurduğu bir ölçektir. Her madde 0 ile 3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Bazı maddelerde en şiddetli cevaplar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Puanlaması 0-30 arasında değişmektedir. Kesme noktası 12 olarak belirlenmiştir. 13 ve üzerindeki skorlar olası majör ve minör depresyona işaret etmektedir (53).

Ölçek 1996 yılında, Türkçe'ye Engindeniz ve ark. tarafından uyarlanmıştır. Geçerlik ve güvenirliği de aynı ekip tarafından yapılmıştır (54).

Sosyo-demografik veri formu

Bu form, konumuz ile ilgili literatür taraması yaparak tarafımızca hazırlanmıştır ve 30 sorudan oluşmaktadır. Formumuz yaş, medeni durum, eğitim ve gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerin sorgulanmasıyla başlamaktadır. Sonrasında annenin psikiyatrik öyküsü, son doğumu ile ilgili sorular, gebelikte ya da doğum sırasında oluşmuş risk ve komplikasyonların sorgulanması ile devam etmektedir. Son olarak da gebelik dönemini ve sigara kullanma öyküsünü sorgulayan sorular yer almaktadır.

Araştırmanın istatistiksel analizi

Veriler SPSS 23.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, en küçük-en büyük değerler ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki kare analizi ile incelenmiştir. Tüm incelemelerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu araştırma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniği'ne 01.09.2019-31.12.2019 tarihleri arasında başvuran 0-6 haftalık bebeği olan 204 anne ile gerçekleştirildi.

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde tüm grubun yaş ortalaması $28,3 \pm 5,52$ olup en küçük yaş 16, en büyük yaş ise 43 idi. Araştırma grubundaki kadınların %98,5'i (n:201) evli, %1,5'i (n:3) boşanmıştı ve evlenme biçimlerine bakıldığında %75'i (n:153) anlaşarak, %22,5'i (n: 46) görücü usulü, %0,5'i (n:1) aile zoruyla, %2'si (n:4) ise aile izni olmadan evlenmişti. Kadınların eğitim durumları incelendiğinde %2,4'ü (n:5) okuryazar değil, %1'i (n:2) okuryazar, %11,8'i (n:24) ilkokul mezunu, %28,4'ü (n:58) ortaokul mezunu, %25'i (n:51) lise mezunu, %10,8'i (n:22) yüksekokul mezunu, %20,6'sı (n:42) üniversite ve üzeri eğitime sahipti. Araştırma grubunda yer alan kadınların gelir düzeyi incelendiğinde %13,7'sinin (n:28) geliri giderinden düşük, %73,5'inin (n: 150) geliri giderine eşit, %12,8'inin (n:26) ise geliri giderinden yüksekti. Kadınların %73,5'i (n:150) çalışmıyordu, %26,5'i (n:54) çalışıyordu ve çalışanların %42,6'sı (n:23) memur, %51,8'i (n:28) işçi ve %5,6'sı (n:3) esnaftı. Eşlerinin çalışma durumu incelendiğinde boşanmış olan 3 kadının bu soruya cevap vermediği görülmüş, kalan 201 kadının %95'inin (n:191) eşinin çalıştığı, %2,5'inin (n:5) eşinin çalışmadığı ve %2,5'inin (n:5) eşinin önceden çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 1: Araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özellikleri

		Min-Max	Ort±SD
Yaş (yıl)		16-43	28,3±5,52
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	201	98,5
	Boşanmış	3	1,5
	Toplam	204	100,0
Evlenme biçimi	Anlaşarak	153	75,0
	Görücü usulü	46	22,5
	Aile zoruyla	1	0,5
	Aile izni olmadan	4	2,0
	Toplam	204	100,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	5	2,4
	Okuryazar	2	1,0
	İlkokul mezunu	24	11,8
	Ortaokul mezunu	58	28,4
	Lise mezunu	51	25,0
	Yüksekokul mezunu	22	10,8
	Üniversite ve üzeri	42	20,6
Toplam	204	100,0	
Gelir düzeyi	Geliri giderinden düşük	28	13,7
	Geliri giderine eşit	150	73,5
	Geliri giderinden yüksek	26	12,8
	Toplam	204	100,0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	150	73,5
	Çalışıyor	54	26,5
	Toplam	204	100,0
Meslek	Memur	23	42,6
	İşçi	28	51,8
	Esnaf	3	5,6
	Toplam	54	100,0
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	191	95,0
	Çalışmıyor	5	2,5
	Önceden çalışıyor	5	2,5
	Toplam	201	100,0

Araştırma grubundaki kadınların geçmiş psikiyatrik öyküleri incelendiğinde kadınların %8,8'i (n:18) daha önce psikiyatrik hastalık geçirdiğini ve %30,9'u (n:63) ise premenstruel sendrom semptomlarını yaşadığını belirtmiştir. Daha önce depresyon tanısı olanlar araştırma grubunun %5,9'unu (n:12), anksiyete bozukluğu

tanısı olanlar %1,5'ini (n:3), panik atak tanısı olanlar ise %1,5'ini (n:3) oluşturmaktaydı.

Tablo 2: Araştırma grubundaki kadınların geçmiş psikiyatrik öyküleri ile ilgili bazı özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	18	8,8
	Yok	186	91,2
	Toplam	204	100,0
Pms semptom varlığı	Var	63	30,9
	Yok	141	69,1
	Toplam	204	100,0
Depresyon		12	5,8
Anksiyete bozukluğu		3	1,5
Panik atak		3	1,5
Toplam		18	8,8

Araştırma grubunun %72,1'inin (n:147) son gebeliği planlıydı. Araştırma grubundaki kadınlara gebeliğinin hastaneye yatış ya da acil sezaryen gerektirecek kadar riskli bir gebelik olup olmadığı sorulduğunda %19,1'i (n:39) evet, %80,9'u (n:165) hayır yanıtını verdi. Kadınların %13,2'si (n:27) doğuma hazırlık sınıflarına katılırken, %86,8'i (n:177) katılmamıştı. Gebeliğinde uykusuzluk problemi yaşayanların yüzdesi %51,0 (n:104) iken, gebeliğinde sağlık problemi yaşayanların yüzdesi %22,1 (n:45) idi. Gestasyonel diabeti olanlar tüm grubun %6,9'unu (n:14), hipotiroidisi olanlar %6,9'unu (n:14), preeklampsi tanısı olanlar %3,4'ünü (n:7), hiperemesis gravidarum olanlar ise %1,0'ini (n:2) oluşturmaktaydı. Araştırma grubunun %14,2'si (n:29) gebelik döneminde hayatını etkileyen bir stres faktörü olduğunu belirtti. Kadınların %81,8'i (n:167) gebelik döneminde aile ve eş desteğini yeterli seviyede gördüğünü belirtirken, %11,8'i (n:24) kısmen destek gördüğünü, %6,4'ü ise (n:13) hiç destek görmediğini belirtti.

Tablo 3: Araştırma grubundaki kadınların son gebeliği ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Planlı gebelik	Evet	147	72,1
	Hayır	57	27,9
	Toplam	204	100,0
Riskli gebelik	Evet	39	19,1
	Hayır	165	80,9
	Toplam	204	100,0
Doğuma hazırlık sınıfına katılma	Evet	27	13,2
	Hayır	177	86,8
	Toplam	204	100,0
Gebelikte uykusuzluk	Evet	104	51,0
	Hayır	100	49,0
	Toplam	204	100,0
Gebelikte sağlık problemi	Evet	45	22,1
	Hayır	159	77,9
	Toplam	204	100,0
Gebelikte stres faktörü varlığı	Var	29	14,2
	Yok	175	85,8
	Toplam	204	100,0
Gebelikte aile ve eş desteği	Yeterli	167	81,8
	Kismen	24	11,8
	Yok	13	6,4
	Toplam	204	100,0

Araştırma grubundaki kadınların %27,9'u (n:57) normal doğum, %72,1'i (n:147) sezaryen doğum yapmıştı. Doğum şekline karar veren kişi sorulduğunda %26,0'sı (n:53) kendisinin karar verdiğini belirtirken, %59,8'i (n:122) doktorun, %14,2'si (n:29) ise doktoruyla beraber karar verdiğini belirtti. Kadınların %73,5'i (n:150) doğumunun istediği yöntemle gerçekleştiğini, %26,5'i (n:54) istediği yöntemle gerçekleşmediğini belirtti. Kadınların doğum sırasında %4,4'ünde (n:9) bebeğinde, %2,0'sinde (n:4) kendisinde komplikasyon gelişmişti. Araştırma grubunun %27,5'inde (n:56) doğumda hiçbir anestezi yöntemi kullanılmamışken,

%2,0'sinde (n:4) epidural, %48,0'inde (n:98) spinal, %2,9'unda (n:6) epidural ve spinal, %19,6'sında (n:40) genel anestezi kullanılmıştı.

Tablo 4: Araştırma grubundaki kadınların son doğumu ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum şekli	Normal doğum	57	27,9
	Sezaryen	147	72,1
	Toplam	204	100,0
Doğum şekline karar veren kişi	Kendisi	53	26,0
	Doktor	122	59,8
	Birlikte	29	14,2
	Toplam	204	100,0
Doğum istenen yöntemle mi	Evet	150	73,5
	Hayır	54	26,5
	Toplam	204	100,0
Doğumda annede komplikasyon	Evet	4	2,0
	Hayır	200	98,0
	Toplam	204	100,0
Doğumda bebekte komplikasyon	Evet	9	4,4
	Hayır	195	95,6
	Toplam	204	100,0
Anestezi yöntemi	Yok	56	27,5
	Epidural	4	2,0
	Spinal	98	48,0
	Epidural+spinal	6	2,9
	Genel	40	19,6
	Toplam	204	100,0

Kadınların %54,9'unun (n:112) bebeği erkek, %43,6'sının (n:89) kız, %0,5'inin (n:1) ikiz(kız ve erkek), %1,0'inin (n:2) ise ikizdi(iki kız) ve %92,6'sı (n:189) bebeklerinin istenen cinsiyette olduğunu belirtti. Bebeklerin %87,7'sinin (n:179) doğum ağırlığı 2500 gramın üzerinde iken, %12,3'ünün (n:25) 1500-2500 gram

aralığındaydı. Kadınların %90,2'si (n:184) bebeğini sadece anne sütü ile, %8,8'i (n:18) anne sütü ve mama ile, %1,0'i (n:2) sadece mama ile besliyordu. Araştırma grubunun %79,4'üne (n:162) evde bebek bakımı için yardım eden biri vardı. Kimin yardım ettiği sorusuna ise kadınların %41,2'si (n:84) annem, %15,7'si (n:32) kayınvalidem, %14,7'si (n:30) eşim cevaplarını verdi.

Tablo 5: Araştırma grubunda yer alan kadınların bebekleri ile ilgili bazı değişkenler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	112	54,9
	Kız	89	43,6
	İkiz (kız ve erkek)	1	0,5
	İkiz (iki kız)	2	1,0
	Toplam	204	100,0
Bebek istenen cinsiyette mi doğdu?	Evet	189	92,6
	Hayır	15	7,4
	Toplam	204	100,0
Doğum ağırlığı	2500 gr üzerinde	179	87,7
	1500-2500 gr arasında	25	12,3
	Toplam	204	100,0
Bebegi besleme şekli	Sadece anne sütü	184	90,2
	Anne sütü ve mama	18	8,8
	Sadece mama	2	1,0
	Toplam	204	100,0
Bebek bakımına yardım eden	Var	162	79,4
	Yok	42	20,6
	Toplam	204	100,0

Araştırma grubundaki kadınların sigara kullanma durumları incelendiğinde %81,4'ü (n:166) sigara kullanmıyorken, %7,8'i (n:16) gebelik öncesinde, %0,5'i (n:1) gebelikte, %10,3'ü (n:21) gebelik öncesi ve gebelikte kullanmıştı.

Tablo 6: Araştırma grubundaki kadınların sigara kullanma durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanma durumu	Evet, gebelik öncesinde	16	7,8
	Evet, gebelikte	1	0,5
	Evet, gebelik öncesi ve gebelikte	21	10,3
	Hayır	166	81,4
	Toplam	204	100,0

Araştırma grubundaki kadınların gravite sayısı 1-8 arasında, parite sayısı 1-5 arasında değişmekteydi ve %18,6'sının (n:38) abortus, %8,8'inin (n:18) küretaj, %1,5'inin (n:3) ölü doğum öyküsü vardı.

Tablo 7: Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık öykülerine ilişkin bazı değişkenlerin dağılımı

		Min-max	Ort±SD
Gravite		1-8	2,3±1,39
Parite		1-5	1,87±0,95
		Sayı(n)	Yüzde(%)
Abortus öyküsü	Var	38	18,6
	Yok	166	81,4
	Toplam	204	100,0
Küretaj öyküsü	Var	18	8,8
	Yok	186	91,2
	Toplam	204	100,0
Ölü doğum öyküsü	Var	3	1,5
	Yok	201	98,5
	Toplam	204	100,0

Çalışmamızda EPDÖ için kesme puanı olarak 13 ve üzerini kabul ettik. Kadınların EPDÖ puanı 0-26 arasında değişmekteydi ve ortalama 6,9±5,2 idi. Araştırma grubunun %13,7'si (n:28) 13 ve üzerinde puan alırken, %86,3'ü (n:176) 12 ve altında puan aldı. EPDÖ puanı 13 ve üzerinde olan grupta DSM-5 depresyon

kriterleri sorgulandığında ise tüm grubun %9,3'ünün (n:19) peripartum depresyonda olduğu belirlendi.

Tablo 8: Araştırma grubundaki kadınların EPDÖ puanları

		Min-max	Ort±SD
EPDÖ puanı		0-26	6,9±5,2
		Sayı(n)	Yüzde(%)
EPDÖ puanı	12 ve altı	176	86,3
	13 ve üzeri	28	13,7
	Toplam	204	100,0
DSM-5 kriterlerini karşılama	Evet	19	9,3
	Hayır	185	90,7
	Toplam	204	100,0

Peripartum depresyonu olan grubun yaş ortalaması 29,37±4,42 iken, peripartum depresyonu olmayan grubun yaş ortalaması 28,19±5,61 olarak saptandı.

Peripartum depresyonu olan grubun %94,7'si (n:18) evli, %5,3'ü (n:1) boşanmıştı. Peripartum depresyon ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Evlenme biçimleri incelendiğinde PPD olan grubun %78,9'u (n:15) anlaşarak, %15,8'i (n:3) görücü usulü, %5,3'ü aile zoruyla evlenmişti. Evlenme biçimi ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

PPD olan grupta okuryazar olmayan yoktu; %5,3'ü (n:1) okuryazar, %10,5'i (n:2) ilkokul, %31,6'sı (n:6) ortaokul, %26,3'ü (n:5) lise, %5,3'ü (n:1) yüksekokul, %21,0'i (n:4) üniversite mezunuydu. Peripartum depresyon ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırma grubundaki kadınların gelir düzeyi incelendiğinde PPD olan grubun %31,6'sının (n:6) geliri giderinden düşük, %68,4'ünün (n:13) geliri giderine eşitti ve geliri giderinden yüksek olan yoktu. Peripartum depresyon olmayan grubun ise %11,9'unun (n:22) geliri giderinden düşük, %74'ünün (n:137) geliri giderine eşit,

%14,1'inin (n:26) geliri giderinden yüksekti. Gelir düzeyindeki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,012).

Çalışma durumları karşılaştırıldığında PPD olan grubun %36,8'i (n:7) çalışırken diğer grubun %25,4'ü (n:47) çalışıyordu. Çalışma durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Peripartum depresyonu olan ve çalışan grubun %42,9'u (n:3) memur, %42,9'u (n:3) işçi, %14,2'si (n:1) esnaftı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).

Peripartum depresyonu olan grubun %89,9'unun (n:16), diğer grubun ise %95,6'sının (n:175) eşleri çalışıyordu ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Tablo 9: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Medeni durum					
Evli	18	94,7	183	98,9	0,255
Boşanmış	1	5,3	2	1,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Evlenme biçimi					
Anlaşarak	15	78,9	138	74,6	1,000
Görücü usulü	3	15,8	43	23,2	
Aile zoruyla	1	5,3	0	0	
Aile izni olmadan	0	0	4	2,2	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	0	0	5	2,7	0,526
Okuryazar	1	5,3	1	0,5	
İlkokul mezunu	2	10,5	22	11,9	
Ortaokul mezunu	6	31,6	52	28,1	
Lise mezunu	5	26,3	46	24,9	
Yüksekokul mezunu	1	5,3	21	11,4	
Üniversite mezunu	4	21,0	38	20,5	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Gelir düzeyi					
Geliri giderinden düşük	6	31,6	22	11,9	0,012
Geliri giderine eşit	13	68,4	137	74,0	
Geliri giderinden yüksek	0	0	26	14,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	7	36,8	47	25,4	0,282
Çalışmıyor	12	63,2	138	74,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Meslek					
Memur	3	42,9	20	42,5	0,620
İşçi	3	42,9	25	53,2	
Esnaf	1	14,2	2	4,3	
Toplam	7	100,0	47	100,0	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	16	88,9	175	95,6	0,105
Çalışmıyor	2	11,1	3	1,7	
Önceden çalışıyor	0	0	5	2,7	
Toplam	18	100,0	183	100,0	

Daha önce psikiyatrik hastalık geçirenler PPD olan grupta %26,3 (n:5) iken PPD'si olmayan grupta %7 (n:13) düzeyindeydi. Daha önce psikiyatrik hastalık geçirme PPD olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazlaydı (p:0,016).

PPD olan grubun %52,6'sı (n:10) pms semptomlarını yaşıyorken, PPD'si olmayan grubun %28,6'sı (n:53) pms semptomları yaşıyordu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,031).

Tablo 10: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların geçmiş psikiyatrik öykülerinin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Psikiyatrik hastalık					
Evet	5	26,3	13	7,0	0,016
Hayır	14	73,7	172	93,0	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
PMS semptomlarının varlığı					
Evet	10	52,6	53	28,6	0,031
Hayır	9	47,4	132	71,4	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

PPD olan grubun %63,2'sinin (n:12) gebeliği planlanmamış gebelik iken, PPD olmayan grubun %24,3'ünün (n:45) planlanmamış gebelikti. PPD olan grupta planlanmamış gebelik istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı (p:0,000).

PPD olan grubun %31,6'sı (n:6) riskli gebelik geçirirken, PPD olmayan grubun %17,8'i (n:33) riskli gebelik geçirmişti. Riskli gebelik geçirme ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumuna bakıldığında PPD olan grubun %21,1'i (n:4) katıldığını, %78,9'u (n:15) katılmadığını, PPD olmayan grubun %12,4'ü (n:23) katıldığını belirtti. Doğuma hazırlık sınıfına katılma ve peripartum depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

PPD olan grubun %68,4'ü (n:13) gebelikte uykusuzluk yaşadığını, %31,6'sı (n:6) yaşamadığını belirtti. PPD olan ve olmayan gruplar, gebelikte uykusuzluk sorunu yaşama açısından kıyaslandığında, her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

PPD olan grubun %52,6'sı (n:10) gebelikte sağlık sorunu yaşamışken, %47,4'ü (n:9) yaşamamıştı. PPD olmayan grubun ise %18,9'u (n:35) gebelikte sağlık sorunu yaşamıştı. PPD olan grupta gebelikte sağlık sorunu yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p:0,002$).

PPD olan grubun %31,6'sında (n:6) gebelikte bir stres faktörü varken, %68,4'ünde (n:13) yoktu. PPD olmayan grubun ise %12,4'ünde (n:23) stres faktörü varken, %87,6'sında (n:162) yoktu. PPD olan grupta gebelikte stres faktörü varlığı PPD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazlaydı ($p:0,035$).

PPD olan grubun %47,4'ü (n:9) gebelikte yeterli seviyede sosyal destek gördüğünü, %31,6'sı (n:6) kısmen sosyal destek gördüğünü, %21'i (n:4) ise hiç destek görmediğini belirtti. PPD olmayan grupta ise yeterli destek gördüğünü belirtenler %85,4 (n:158), kısmen destek gördüğünü belirtenler %9,7 (n:18), hiç destek görmedim diyenler ise %4,9 (n:9) oranındaydı. PPD olan grupta gebelik döneminde hiç sosyal destek görmediğini belirtenler PPD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazlaydı ($p:0,001$).

Tablo 11: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların son gebeliği ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Planlı gebelik					
Evet	7	36,8	140	75,7	0,000
Hayır	12	63,2	45	24,3	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Riskli gebelik					
Evet	6	31,6	33	17,8	0,215
Hayır	13	68,4	152	82,2	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğuma hazırlık sınıfına katılma					
Evet	4	21,1	23	12,4	0,289
Hayır	15	78,9	162	87,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Gebelikte uykusuzluk					
Evet	13	68,4	91	49,2	0,110
Hayır	6	31,6	94	50,8	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Gebelikte sağlık problemi					
Evet	10	52,6	35	18,9	0,002
Hayır	9	47,4	150	81,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Gebelikte stres faktörü varlığı					
Var	6	31,6	23	12,4	0,035
Yok	13	68,4	162	87,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Gebelikte aile ve eş desteği					
Yeterli	9	47,4	158	85,4	0,001
Kısmen	6	31,6	18	9,7	
Yok	4	21,0	9	4,9	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

PPD olan grubun %31,6'sı (n:6) normal doğum yapmışken, %68,4'ü (n:13) sezaryen doğum yapmıştır. PPD olmayan grubun ise %27,6'sı (n:51) normal doğum yapmıştır. Doğum şekli ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Doğum şekline karar verenin kim olduğu sorulduğunda, PPD olan grubun %26,3'ü (n:5) kendisinin, %68,4'ü (n:13) doktorunun, %5,3'ü (n:1) ise doktoruyla birlikte karar verdiğini belirtti. Doğum şekline karar verenin kim olduğu ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

PPD olan grubun %63,2'si (n:12) doğumun istediği yöntemle gerçekleştiğini, %36,8'i (n:7) ise istediği yöntemle gerçekleşmediğini belirtti. PPD olmayan grupta ise %74,6'sının (n:138) doğumu istediği yöntemle gerçekleşmişti. Doğumun istenen yöntemle gerçekleşmesi ve peripartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Doğumda annede komplikasyon görülmesi PPD olan grubun %5,3'ünde (n:1) görülürken, PPD olmayan grubun %1,6'sında (n:3) görüldü. Doğum sırasında annede komplikasyon görülmesi ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

PPD olan grubun %15,8'inde (n:3) doğum sırasında bebekte komplikasyon görülürken, PPD olmayan grubun %3,2'sinde (n:6) doğum sırasında bebekte komplikasyon görüldü. PPD olan grupta doğum sırasında bebekte komplikasyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde PPD olmayan gruba göre daha fazlaydı ($p:0,04$).

Doğum sırasında kullanılan anestezi yöntemlerine bakıldığında PPD olan grubun %31,6'sında (n:6) anestezi yöntemi kullanılmadığı, %47,4'ünde (n:9) spinal anestezi, %5,2'sinde (n:1) epidural ve spinal anestezi, %15,8'inde (n:3) ise genel anestezi kullanıldığı saptandı. Doğumda kullanılan anestezi yöntemi ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 12: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların son doğumu ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Doğum şekli					
Normal doğum	6	31,6	51	27,6	0,711
Sezaryen	13	68,4	134	72,4	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğum şekline karar veren kişi					
Kendisi	5	26,3	48	26,0	0,412
Doktor	13	68,4	109	58,9	
Birlikte	1	5,3	28	15,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğum istenen yöntemle mi					
Evet	12	63,2	138	74,6	0,282
Hayır	7	36,8	47	25,4	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğumda annede komplikasyon					
Evet	1	5,3	3	1,6	0,326
Hayır	18	94,7	182	98,4	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğumda bebekte komplikasyon					
Evet	3	15,8	6	3,2	0,040
Hayır	16	84,2	179	96,8	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Anestezi yöntemi					
Yok	6	31,6	50	27,0	0,845
Epidural	0	0,0	4	2,2	
Spinal	9	47,4	89	48,1	
Epidural+spinal	1	5,2	5	2,7	
Genel	3	15,8	37	20,0	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

PPD olan grubun %52,6'sının (n:10) bebeği erkek, %47,4'ünün ise (n:9) kızdı. PPD olmayan grubun ise %55,1'inin (n:102) bebeği erkekti. Bebek cinsiyeti ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Bebeğin aile tarafından istenen cinsiyette olup olmadığı sorulduğunda PPD'si olan annelerin %94,7'si (n:18) istediği cinsiyet olduğunu belirtti. PPD'si olmayan annelerin ise %92,4'ü (n:171) istediği cinsiyette olduğunu belirtti. Bebeğin istenen cinsiyette olup olmaması ile peripartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$).

Bebeklerin doğum ağırlığı açısından karşılaştırma yapıldığında PPD'si olan annelerin %21,1'inin (n:4) bebeği 1500-2500 gr arasında iken, %78,9'unun 2500 gramın üzerindeydi. PPD'si olmayan annelerin ise %11,4'ünün (n:21) bebeği 1500-2500 gr aralığındayken, %88,6'sının (n:164) bebeği 2500 gramın üzerindeydi. Bebek doğum ağırlığı ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Bebeğin beslenme şekli açısından iki grup kıyaslandığında, PPD'si olan annelerin bebeklerinin %89,4'ü (n:17) sadece anne sütünle ve %5,3'ü (n:1) anne sütünle ve mama ile %5,3'ü (n:1) sadece mama ile beslenmekteydi. PPD'si olmayan annelerin bebeklerinin %90,3'ü (n:167) sadece anne sütünle ve %9,2'si (n:17) anne sütünle ve mama ile %0,5'i (n:1) sadece mama ile beslenmekteydi. Bebeğin beslenme şekli ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Bebek bakımına yardım varlığı PPD olan grupta %57,9 (n:11) iken, PPD'si olmayan grupta %81,6 (n:151) olarak saptandı. PPD olan grupta bebek bakımına yardım varlığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha dűřüktü ($p=0,031$).

Tablo 13: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların bebekleri ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet					
Erkek	10	52,6	102	55,1	0,941
Kız	9	47,4	80	43,3	
İkiz (kız ve erkek)	0	0,0	1	0,5	
İkiz (iki kız)	0	0,0	2	1,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Bebek istenen cinsiyette mi doğdu?					
Evet	18	94,7	171	92,4	1,000
Hayır	1	5,3	14	7,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Doğum ağırlığı					
1500-2500 gr arasında	4	21,1	21	11,4	0,262
2500 gr üzerinde	15	78,9	164	88,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Bebeği besleme şekli					
Sadece anne sütü	17	89,4	167	90,3	0,284
Anne sütü ve mama	1	5,3	17	9,2	
Sadece mama	1	5,3	1	0,5	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Bebek bakımına yardım eden					
Var	11	57,9	151	81,6	0,031
Yok	8	42,1	34	18,4	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

Araştırma grubundaki kadınların sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında PPD'si olan kadınların %5,3'ü (n:1) gebelik öncesinde, %26,3'ü (n:5) gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullandığını belirtirken, %68,4'ü (n:13) sigara kullanmadıklarını belirtti. Sigara kullanma durumu ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 14: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplardaki kadınların sigara kullanma durumları açısından karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Sigara kullanma durumu					
Evet, gebelik öncesinde	1	5,3	15	8,1	0,198
Evet, gebelikte	0	0,0	1	0,5	
Evet, gebelik öncesi ve gebelikte	5	26,3	16	8,7	
Hayır	13	68,4	153	82,7	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık öykülerine ilişkin bazı değişkenler karşılaştırıldığında PPD olan grubun %21,1'inin (n:4) bir gebelik geçirdiği, %78,9'unun (n:15) ise iki ve üzerinde gebelik geçirdiği saptandı.

PPD'si olan annelerin %21,1'i (n:4) primipar iken %78,9'u (n:15) multipardı. PPD'si olmayan annelerin ise %46,5'i (n:86) primipar iken %53,5'i (n:99) multipardı. PPD'si olan annelerde multiparite PPD'si olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı (p:0,033).

PPD olan ve olmayan anneler karşılaştırıldığında abortus, küretaj ya da ölü doğum geçirme geçirmeme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Tablo 15: Peripartum depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında kadınların doğurganlık öykülerine ilişkin bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	PPD olan grup		PPD olmayan grup		p
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Gravite					
1	4	21,1	72	38,9	0,125
2 ve üzeri	15	78,9	113	61,1	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Parite					
1	4	21,1	86	46,5	0,033
2 ve üzeri	15	78,9	99	53,5	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Abortus					
Yok	17	89,5	149	80,5	0,537
Var	2	10,5	36	19,5	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Küretaj					
Yok	18	94,7	168	90,8	1,000
Var	1	5,3	17	9,2	
Toplam	19	100,0	185	100,0	
Ölü doğum					
Yok	19	100,0	182	98,4	1,000
Var	0	0,0	3	1,6	
Toplam	19	100,0	185	100,0	

TARTIŞMA

Çalışmamızda, peripartum depresyonun görülme sıklığını ve görülmesinde etkili olabilecek etkenleri belirlemeyi amaçladık. Pamukkale Üniversitesi Yenidoğan Polikliniği'ne başvuran ve 0-6 haftalık bebeği olan, araştırma grubunda yer alan 204 annede peripartum depresyon sıklığını %9,3 olarak saptadık.

EPDÖ peripartum depresyon için güvenli bir tarama aracı olarak kabul görmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. EPDÖ uygulandıktan sonra kesme puanı üzerinde puan alan annelerin klinik görüşme ile depresyon tanısının doğrulanması gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda EPDÖ kesme puanı olan 13 ve üzerinde puan alan annelere mevcut semptomlarının iki hafta süreyi geçip geçmediği sorulmuştur. İki haftanın üzerinde süredir devam ettiğini söyleyen anneler ise majör depresyon için DSM-5 tanı kriterleri açısından sorgulanmıştır. Dokuz kriterden 5 ve üzerinde kriterin pozitif olduğu annelerin oranı %9,3 olarak saptanmıştır.

Ülkemizde EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri olarak yapılan çalışmalarda; Danacı ve arkadaşları 2002 yılında Manisa ilinde 0-6 ay arası bebeği olan 257 anne ile yaptığı çalışmada PPD yaygınlığını %14 (55), Aydın ve arkadaşları 2005 yılında Erzurum'da anneliğinin ilk bir yılında olan 728 kadınla yaptığı çalışmada PPD yaygınlığını %34.6 (56), İnandı ve arkadaşları 2005 yılında 1350 anne ile Mersin Sivas ve Manisa'da anneliğinin ilk bir yılında olan annelerde yaptığı çalışmada %31.1 (57), Ayvaz ve arkadaşları 2006'da Trabzon ilinde yaptığı çalışmada %28.1 (58), Durukan ve arkadaşları 2006 yılında Ankara'da 2 hafta-18 aylık bebeği olan 708 anne ile yaptığı çalışmada %15 (59), Kırpınar ve arkadaşları 2010'da Erzurum'da 479 anne ile yaptığı çalışmada bebeği 1 haftalıkken PPD sıklığını %17.7, 6 haftalıkken %14.0 (60), Göker ve arkadaşları 2012'de Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 6 haftaya kadar bebeği olan 318 anne ile yaptıkları çalışmada %31.4 (61), Kolukırık ve arkadaşları Manisa'nın Alaşehir ilçesinde 2016'da 4-12 haftalık bebeği olan 316 anne ile yaptıkları çalışmada PPD sıklığını %24.7 (62) olarak saptamışlardır.

Akman ve arkadaşları 2006 yılında Konya'da 302 anne ile scıd-1,scıd-2 klinik görüşme tekniği ile yaptıkları çalışmada PPD prevalansını %6,3 olarak bulmuşlardır(17).

Türkiye’ de yapılan çalışmalar incelendiğinde PPD prevalansının farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıkta; veriler toplanırken kullanılan yöntem ya da ölçek, bu yöntemin annelere anneliğinin kaçınıcı ay ya da haftasında uygulandığı ve çalışmanın hangi coğrafik bölgede yapıldığının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Farklı ülkelerde EPDÖ kesme puanını 13 ve üzeri alarak yapılmış çalışmalarda; Avustralya’da 2008 yılında yayınlanmış Bilszta ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 6–8 haftalık bebeği olan 908 annede PPD prevalansı %6.6, Kanada’da 2011 yılında Lanes ve arkadaşlarının 5–14 aylık bebeği olan 6421 annede yaptığı çalışmada PPD prevalansı %8.7 bulunmuştur (63,64).

Birleşik Arap Emirlikleri’nde Green ve arkadaşlarının 2006 yılında 86 annede yaptığı çalışmada PPD prevalansı postpartum 3.ayda %22.0, 6. ayda %12.5; İran’da Montazeri ve arkadaşlarının 2007 yılında 100 annede yaptığı çalışmada postpartum 6-8 hafta arasında %22.0, postpartum 12–14. hafta arasında olanlarda %18.0 olarak saptanmıştır (65,66).

Araştırmamıza katılan annelerin yaş ortalaması $28,3\pm 5,52$ olup en küçük yaş 16, en büyük yaş ise 43 idi ve yaş ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Göker ve arkadaşlarının 2012’de Manisa’da, Ozdemir ve arkadaşlarının Bursa’da 2014’de yaptığı çalışmalarda da yaş ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (61,67). İran’da Kheirabadi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Nakku ve arkadaşlarının Uganda’da yaptığı çalışmada ise anne yaşının genç olması PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (69,80). Birleşik Arap Emirlikleri’nde Green ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaş ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır (65). Glavin ve arkadaşlarının Norveç’te yaptığı çalışmada ise yaş ilerledikçe PPD riskinin arttığı tespit edilmiştir (70).

Peripartum depresyonu olan grupta okuryazar olmayan yoktu; %5,3’ü (n:1) okuryazar, %10,5’i (n:2) ilkokul, %31,6’sı (n:6) ortaokul, %26,3’ü (n:5) lise, %5,3’ü (n:1) yüksekokul, %21’i (n:4) üniversite mezunuydu. Araştırmamızda peripartum depresyon ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda düşük eğitim durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (61,62,67,68).

Araştırma grubundaki kadınların gelir düzeyi incelendiğinde peripartum depresyonu olan grubun %31,6’sının (n:6) geliri giderinden düşük, peripartum depresyonu olmayan grubun ise %11,9’unun (n:22) geliri giderinden düşüktü. PPD

olan grupta geliri giderinden düşük olanlar, PPD olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p:0,012$). İnandı ve arkadaşlarının 2005 yılında, Özdemir ve arkadaşlarının Bursa'da 2014 yılında yaptığı çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (57,67).

Araştırmamızda peripartum depresyonu olan grubun %36,8'i (n:7) çalışırken diğer grubun %25,4'ü (n:47) çalışıyordu. Çalışma durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ülkemizde Göker ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı araştırmada çalışmayan annelerde PPD görülme oranı daha fazla bulunmuştur (61). Kheirabadi ve arkadaşlarının İran'da ve Rubertsson ve arkadaşlarının İsveç'te yaptığı çalışmalarda da işsizlik, PPD görülme sıklığında etkili faktör olarak saptanmıştır (69,71).

Peripartum depresyonu olan grubun %89,9'unun, diğer grubun ise %95,6'sının eşleri çalışıyordu ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Bununla ilgili ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Demir ve arkadaşlarının Ankara'da Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2016 yılında yaptığı çalışmada PPD ve eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (72). Ankara'da yürütülmüş başka bir çalışmada ise eşi çalışmayan annelerde PPD sıklığı çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (59).

Puerperal ve puerperal olmayan depresyon öyküsü, anksiyete ve stres tipik olarak PPD ile orta ila güçlü ilişkilere sahiptir (73). Çalışmamızda daha önce psikiyatrik hastalık geçirenler PPD olan grupta %26,3 (n:5) iken PPD'si olmayan grupta %7 (n:13) düzeyindeydi. PPD olan grupta daha önce psikiyatrik hastalık geçirme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p:0,016$). Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olması peripartum depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır (59,61,62). Avustralya'da yapılmış bir çalışmada geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, Lanes ve arkadaşlarının Kanada'da ve Kheirabadi ve arkadaşlarının İran'da yaptığı çalışmalarda ise geçmiş depresyon öyküsü PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (63,64,69).

Orta ila şiddetli premenstruel sendrom PPD için önemli bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (18). Bizim çalışmamızda PPD olan grubun %52,6'sında (n:10), PPD'si olmayan grubun ise %28,6'sında (n:53) premenstruel sendrom bulguları vardı ve

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0,031$). Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda da premenstruel sendrom ile peripartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (59,62). Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada premenstrüel dönemde duyu durumu değişiklikleri yaşamının PPD sıklığını yaklaşık 1.9 kez artırdığı bulunmuştur (59).

Planlanmamış gebelikler kadınların kariyer, eğitim veya farklı alanlardaki planlarında değişikliklere neden olabilir ve anne için daha fazla stres ve hayal kırıklığı ile sonuçlanabilir. Bu nedenle planlanmamış gebeliklerde peripartum depresyon görülme sıklığının daha fazla olması beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızda PPD olan grubun %63,2'sinin ($n:12$) gebeliği planlanmamış gebelik iken, PPD olmayan grubun %24,3'ünün ($n:45$) gebeliği planlanmamış gebelikti. PPD olan grupta planlanmamış gebelik istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p:0,000$). Ülkemizde yapılmış farklı çalışmalarda planlanmamış gebelik peripartum depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır (57,68). Uganda'da Nakku ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da planlanmamış gebelik PPD için risk faktörü olarak bulunmuştur (80).

Acil sezaryen yapılmasına veya hamilelik sırasında hastaneye yatışa neden olacak kadar riskli bir gebelik geçiren annelerin bebeği ile ilgili olan kaygı düzeyinin artması ve bunun sonucunda da peripartum depresyon sıklığının artması beklenen bir durumdur. Nijerya'da yapılmış bir çalışmada gebelik sırasında hastaneye yatış PPD için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (74). Fakat bizim çalışmamızda riskli gebelik geçirme ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Annelerin riskli gebelikten ne anladığı kişiye göre değişebileceği için, acil sezaryen ve hastaneye yatışa neden olabilecek durumlar ayrıntılı şekilde sorgulanabilir. Ayrıntılı bir şekilde sorgulandığında belirli sağlık durumlarının üzerinde durulursa daha farklı sonuçlara varılabilir.

Çin'de Ding ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hamilelik sırasında doğum sınıflarına katılma ve doğum sonrası depresyon riskinde azalma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (23). Çalışmamızda doğum hazırlık sınıflarına katılma durumuna bakıldığında PPD olan grubun %21,1'i ($n:4$) katıldığını, PPD olmayan grubun %12,4'ü ($n:23$) katıldığını belirtti. Doğum hazırlık sınıfına katılma ve peripartum depresyon görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmamızda, PPD olan grubun %52,6'sı (n:10) gebelikte sağlık sorunu yaşamışken, PPD olmayan grubun ise %18,9'u (n:35) gebelikte sağlık sorunu yaşamıştı. PPD olan grupta gebelikte sağlık sorunu yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı (p:0,002). Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda gebelikte yaşanan sağlık sorunlarının PPD için risk faktörü olduğu saptanmıştır (57,81,59).

Stresli yaşam olayları depresyon için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Buna dayanarak çalışmamızda annelere gebelik süresince hayatlarında bir stres faktörü olup olmadığını sorduk. PPD olan grubun %31,6'sında (n:6) gebelikte bir stres faktörü varken, PPD olmayan grubun ise %12,4'ünde (n:23) gebelikte stres faktörü vardı. PPD olan grupta gebelikte stres faktörü varlığı PPD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazlaydı (p:0,035). Durukan ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik sırasında stres yaşamış olmak PPD sıklığını artıran faktör olarak saptanmıştır (59). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada PPD görülme riskinin hayatında ciddi stres olan kadınlarda 9,4 kat anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (62). Lübnan'da yapılmış bir çalışmada ise stresli yaşam olayları PPD riskini artıran bir faktör olarak saptanmıştır (76). Hindistan'da yapılmış bir çalışmada hamilelik sırasındaki olumsuz yaşam olayları PPD için risk faktörü olarak bulunmuştur (85).

Sosyal desteğin yetersiz olmasının, hamilelik döneminde depresyon için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (82). Avustralya'da yapılmış bir çalışmada yeterli sosyal desteğe sahip olmanın peripartum depresyondan koruyucu olduğu saptanmıştır (63). Araştırmamızda, PPD olan grubun %21'i (n:4) gebelikte hiç sosyal destek görmediğini belirtti. PPD olmayan grupta ise hiç sosyal destek görmedim diyenler %4,9 (n:9) oranındaydı. PPD olan grupta gebelik döneminde hiç sosyal destek görmediğini belirtenler PPD olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazlaydı (p:0,001). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada gebelik sırasında eşinden yeterince destek görmemiş olmak, kendi ailesiyle ve/veya eşinin ailesiyle ilişkilerinin kötü olması PPD sıklığını artıran faktörler olarak saptanmıştır (59). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise PPD görülme riskinin eşinin desteği az olanlarda 2,8 kat anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır (62).

Doğum şekli ile PPD ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Konu ile ilgili yayınların bazıları sezaryen doğumun PPD gelişimi için önemli bir faktör olduğunu belirtirken, bazıları ise ilişkisiz olduğunu belirtmişlerdir (21,74,83,75).

Chaaya ve arkadaşlarının Lübnan'da yaptığı bir çalışmada ise sezaryen doğumun PPD riskini azalttığı görülmüştür (76). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda doğum şeklinin PPD üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (17,59,61). Bizim çalışmamızda ise PPD olan grubun %31,6'sı (n:6) normal doğum yapmışken, PPD olmayan grubun ise %27,6'sı (n:51) normal doğum yapmıştır ve doğum şekli ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Arjantin'de yapılan bir çalışmada hamilelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar doğum sonrası depresif belirtilerle anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (21). Araştırmamızda, doğumda annede komplikasyon gelişme durumu PPD olan grubun %5,3'ünde (n:1) görülürken, PPD olmayan grubun %1,6'sında (n:3) görülmüştür. Doğum sırasında annede komplikasyon gelişme durumu ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bebekte sağlık sorunu olması ile PPD sıklığında artış arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulan birden çok çalışma mevcuttur (55,59,83). Araştırmamızda, literatürdeki bilgilerle paralel şekilde PPD olan grubun %15,8'inde (n:3), PPD olmayan grubun %3,2'sinde (n:6) doğum sırasında bebekte komplikasyon görülmüştür ve PPD olan grupta doğum sırasında bebekte komplikasyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla saptanmıştır ($p:0,04$).

Çin'de Ding ve arkadaşlarının epidural anestezi alanlar ve almayanlar arasında yaptığı çalışmada doğumda epidural anestezi kullanımı, PPD riskinde azalma ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (23). Singapur'da yapılmış bir çalışmada ise doğum için epidural analjezi alan kadınlarda PPD olasılığının, nonepidural analjezi seçenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (86). Bizim çalışmamızda ise doğumda kullanılan anestezi yöntemi ile peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda bebek cinsiyeti ve istenen cinsiyette olup olmamasıyla ilgili çeşitli sonuçlara varılmıştır. Trabzon'da yapılmış bir çalışmada bebeğin cinsiyeti ve bundan memnuniyet ile PPD sıklığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (58). Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (17,59). İran'ın kırsal kesimlerinde yapılmış bir çalışmada bebeğin istenmeyen cinsiyeti PPD için ana risk faktörü olarak

saptanmıştır (69). Nijerya'da yapılmış bir çalışmada bebeğin kız cinsiyette olması PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (74). Hindistan'da yapılmış farklı iki çalışmanın birinde bebeğin cinsiyeti hakkında üzüntü, diğerinde ise erkek bebek isterken kız olması PPD için önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır (84,85). Bizim çalışmamızda PPD olan grubun %52,6'sının (n:10) bebeği erkek, PPD olmayan grubun ise %55,1'inin (n:102) bebeği erkekti. Bebeğin aile tarafından istenen cinsiyette olup olmadığı sorulduğunda PPD'si olan annelerin %94,7'si (n:18) istediği cinsiyet olduğunu, PPD'si olmayan annelerin ise %92,4'ü (n:171) istediği cinsiyette olduğunu belirtti. Bizim çalışmamızda bebek cinsiyeti ve bebeğin istenen cinsiyette olup olmaması ile peripartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrollü çok merkezli bir kohort çalışmasının sonuçlarına göre bebek doğum ağırlığının 1500 gramın altında olması PPD için önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır (22). Araştırmamızda bebeklerin doğum ağırlığı açısından karşılaştırma yapıldığında PPD'si olan annelerin %21,1'inin (n:4) bebeği 1500-2500 gr arasında iken, %78,9'unun bebeği 2500 gramın üzerindeydi. PPD'si olmayan annelerin ise %11,4'ünün (n:21) bebeği 1500-2500 gr aralığındayken, %88,6'sının (n:164) bebeği 2500 gramın üzerindeydi. Araştırmamızda bebek doğum ağırlığı ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bunun nedeni, araştırma grubundaki kadınlar arasında bebeğinin doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan anne olmaması olabilir. Bebek doğum ağırlığı ile PPD arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 1500 gram altında doğum ağırlığı olan bebeklerin anneleri ile daha ayrıntılı şekilde araştırmalar yapılabilir.

Emzirme anne bebek bağlanmasında en önemli faktörlerden biridir ve anne bebek bağlanmasının tam olması annenin ruh sağlığı açısından değerlidir. Bu bakımdan emzirmenin olmayışı peripartum depresyon açısından bir risk faktörü olabilir. Emzirmenin doğum sonrası depresyon oranında azalma ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Emziren kadınların doğumdan 3 ay sonra EPDÖ skorlarının daha düşük değer gösterdiği bildirilmiştir (77). Birleşik arap emirliklerinde yapılmış 2 ayrı çalışmada emzirmemenin peripartum depresyon için bir risk faktörü olduğu görülmüştür (78,65). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada doğum sonrası ilk 48 saat ile 6. hafta arasındaki depresif belirtiler ile emzirme süresi arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (79). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada PPD'nin annenin emzirmesi ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (17). Bizim araştırmamızda

bebeğin beslenme şekli ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bunun nedeni emzirmeyen sadece mama veren anne sayısının (n:2) oran olarak çok az kalması olabilir. Bu da aslında annelerimizin emzirme konusunda bilinçli olduğunu ve çalışmamıza katılan annelerin emzirme oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Yeni doğum yapmış bir kadın için anneliğinin ilk zamanlarında yanında çocuk bakımı için yardıma istekli ve tecrübeli birinin olması anne ve bebek için önemli bir faktördür. Anne üzerindeki yükün hafifletilmesi annenin ruhsal sağlığı ve bebeğe olan ilgisinin artması için çok değerlidir. Bununla ilgili çeşitli çalışmalar ve sonuçlar mevcuttur. Malatya'da yapılmış bir çalışmada doğum sonrası aile desteği ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (68). Hatay'da yapılmış bir çalışmada çocuk bakımı için destek alan annelerin EPDÖ'de daha düşük ortalama puanlarının olduğu ve desteklenmeyen annelerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (87). Ülkemizde yapılmış iki farklı çalışmada evde çocuk bakımı için destekçinin varlığı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (88,89). Türkiye'nin doğusunda yapılmış bir çalışmada ise eşlerinden ve diğer aile üyelerinden yardım alan kadınlarda daha düşük EPDÖ puanı ve daha yüksek sosyal destek puanları bildirilmiştir (90). Çalışmamızda da benzer şekilde bebek bakımına yardım varlığı PPD olan grupta %57,9 (n:11) iken, PPD'si olmayan grupta %81,6 (n:151) idi. Araştırmamızda, PPD olan grupta bebek bakımına yardım varlığı istatistiksel olarak daha düşük olarak saptanmıştır ($p=0,031$).

Brezilya'da hamile kadınlarda yapılmış bir çalışmada sigara tüketimi ile depresyonu gösteren semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (30). Lee ve arkadaşlarının Kore'de yaptığı çalışmada sigara içme öyküsü ile PPD prevalansı arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (91). Jesus Silva ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı çalışmada hamilelik sırasındaki depresyon ile günde içilen sigara miktarı ve alkol tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (92). Araştırmamızda kadınların sigara kullanma durumları incelendiğinde PPD'si olan annelerin %5,3'ü (n:1) gebelik öncesinde, %26,3'ü (n:5) gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullandığını belirtirken, %68,4'ü (n:13) sigara kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmamızda, sigara kullanma durumu ve peripartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Doğum sayısı arttıkça, annelerin yaşadığı biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun peripartum depresyon sıklığının artmasına neden olması beklenen bir durumdur. Doğum sayısı ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Mayberry ve arkadaşlarının ABD'li kadınlarda yaptığı araştırmada parite ile depresyon semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur, İran'da yapılmış bir çalışmanın sonuçlarında ise primipar kadınlarda PPD'nin daha yaygın olduğunu görülmüştür (19,69). Mathisen ve arkadaşlarının Arjantin'de yaptığı çalışmada daha yüksek psikolojik yük nedeniyle iki veya daha fazla çocuğa sahip olmanın depresyon ortaya çıkma olasılığını artırdığı bulunmuştur (21). Ankara'da Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annenin 3 ve üzerinde çocuk sahibi olmasının ve primipar olmasının PPD görülme olasılığını artırdığı saptanmıştır (59). Bizim çalışmamızda ise PPD'si olan annelerin %78,9'u (n:15) multipar iken, PPD'si olmayan annelerin %53,5'i multipardı. Çalışmamızda PPD'si olan kadınlarda multiparite istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olarak saptanmıştır (p:0,033).

Türkiye'de yapılmış iki ayrı çalışmada, annenin abortus öyküsü olmasının PPD görülmesinde etkisinin olmadığı görülmüştür (59,61). Akman ve arkadaşlarının Konya'da yaptığı çalışmada küretaj öyküsünün PPD sıklığında etkisinin olmadığı saptanmıştır (17). Bizim çalışmamızda ise PPD'si olan ve olmayan anneler incelendiğinde abortus, küretaj ya da ölü doğum öyküsü ile PPD arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Güçlü yönler ve sınırlamalar

Sınırlamalar

- Çalışmamız tek bir ilde ve üniversite hastanesi polikliniğinde yapıldığından ve kısıtlı sayıda bireye ulaşıldığından tüm topluma genellenemez.
- Çalışmamız hekim tarafından yüz yüze anket uygulaması şeklinde olduğundan bireyler tarafından taraflı yanıt verme gerçekleşmiş olabilir.
- Örneklemimiz randomize olmayıp Pamukkale Üniversitesi Yenidoğan Polikliniği'ne başvuran ve görüşmeyi kabul eden annelerden oluştuğu için genelleme yaparken dikkatli davranmak gerekir.

Güçlü yönler

- Çalışmamızda, sık görülen ve toplum sağlığını etkileyen bir konu ele alınmıştır.
- Araştırma aynı kişi tarafından yürütülmüştür ve yürüten araştırmacı araştırma grubundakilere standart ve eşit davranmıştır. Bu da sonuçların güvenilirliğini artırmıştır.
- Çalışma konumuz Denizli ilinde az çalışılmış bir konudur ve sonuçları genel bilgi havuzuna katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda peripartum depresyon sıklığını %9,3 bulduk. Sonuçlar incelendiğinde; düşük gelir düzeyi, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, premenstrüel sendrom öyküsü, planlanmamış gebelik, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelikte stres faktörü varlığı, gebelikte sosyal destek yetersizliği, doğum sırasında bebekte komplikasyon görülmesi, bebek bakımına yardım eden birinin olmaması ve multiparite peripartum depresyon için risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar ülkemizde ve dünyada yapılmış farklı çalışmaların sonuçlarıyla da örtüşmektedir.

ÖNERİLER

Aile hekimliği, birinci basamakta hem gebelik döneminde hem de doğum sonrası bebek ve çocuk izlemlerinde anneyi düzenli aralıklarla gören birimdir. Bu nedenle de peripartum depresyon açısından riskli anneleri tespit edebilme, PPD olan anneyi erken tanıma ve tedavi etmek için ilk basamaktır. Peripartum depresyonun erken tanısı ve tedavisi semptomların ilerleyişini yavaşlatma açısından önemlidir. Birinci basamakta peripartum depresyona yönelik tarama yöntemlerinin kullanılması tanı koymada kolaylık sağlayacaktır. Bu nedenle büyük kitlelere uygulanabilir peripartum depresyon tarama araçları birinci basamakta uygulanmalıdır.

Peripartum depresyon hem anne hem bebek açısından önemli bir sağlık sorunu olup, çoğu zaman gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle peripartum depresyon için risk faktörü taşıyan annelerin belirlenmesi, tedavi açısından uygun yönlendirmelerin yapılması depresyonun ilerlemesini durdurabilecektir. Bu sayede annenin ruh sağlığını koruyarak aslında bebeğin gelişimine ve bakımına büyük katkı sağlayabileceğimiz düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda peripartum depresyon yaygınlığını ve bazı risk faktörlerini ortaya koyduk. İleriki çalışmalarda bu sonuçlar daha geniş örneklemlilerle, takiplilerle ve karşılaştırmalı araştırmalarla incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2005;51(8):1061-63.
2. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003;74(1):5–13.
3. English S, Steele A, Williams A, Blacklay J, Sorinola O, Wernisch L, et al. Modelling of psychosocial and lifestyle predictors of peripartum depressive symptoms associated with distinct risk trajectories: a prospective cohort study. *Scientific Reports* (2018) 8:12799.
4. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion* 2017;6:60.
5. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and management of peripartum depression. *American Family Physician* 2016;93(10):852-858.
6. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: implications for child mental health. *Ment Health Fam Med* 2010;7:239-47.
7. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri* 2017;8(1):29-37.
8. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):142-162.
9. Akdeniz F. ed. Aile hekimleri için psikiyatri. Ankara:Bayt Yayın Hizmetleri 2017:39-58.
10. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016;6(1):51-66.
11. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of women's mental health* 2004;7(2):133-148.
12. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361(9358):653–661.
13. Kennedy SH. A Review of antidepressant therapy in primary care: current practices and future directions. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013;15(2):doi:10.4088/PCC.12r01420.

14. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J. Exercise as a treatment for depression: A metaanalysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016;77:42-51.
15. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015;175:34-52.
16. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106:1071–83.
17. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:343-7.
18. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW, et al. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:219–25.
19. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36(6):542–9.
20. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, et al. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009;12(5):461–7.
21. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlov P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *Int J Womens Health* 2013;5:787–93.
22. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154–61.
23. Ding T, Wang DX, Qu Y, Chen Q, Zhu SN. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: A prospective cohort study. *Anesth Analg* 2014;119:383–92.
24. Aishwarya S, Rajendiren S, Kattimani S, Dhiman P, Haritha S, Ananthanarayanan PH. Homocysteine and serotonin: Association with postpartum depression. *Asian J Psychiatr* 2013;6:473–7.

25. Neumann ID, Landgraf R. Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends Neurosci* 2012;35:649–59.
26. Yoshida M, Takayanagi Y, Inoue K, Kimura T, Young LJ, Onaka T, et al. Evidence that oxytocin exerts anxiolytic effects via oxytocin receptor expressed in serotonergic neurons in mice. *J Neurosci* 2009;29:2259–71.
27. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, Barwin BN, Woodend AK. Estrogen-related mood disorders: Reproductive life cycle factors. *ANS Adv Nurs Sci* 2005;28:364-75.
28. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003;44:234–46.
29. Kuijpers JL, Vader HL, Drexhage HA, Wiersinga WM, van Son MJ, Pop VJ. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum. *Eur J Endocrinol* 2001;145:579–84.
30. Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, et al. Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32:44–7.
31. Howard MM, Mehta ND, Powrie R. Peripartum depression: Early recognition improves outcomes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2017;84(5):388-396.
32. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2010;13(5):357-65.
33. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists committee opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015;125(5):1268-71.
34. Chae SY, Chae MH, Tyndall A, Ramirez MR, Winter RO. Can we effectively use the two-item PHQ-2 to screen for postpartum depression?. *Fam Med* 2012;44(10):698-703.
35. Di Florio A, Smith S, Jones I. Postpartum psychosis. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2013;15:145–50.
36. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7.

37. Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, Stuart S, O'Hara MW, Price AB, et al. Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2006;9(6): 303–8.
38. Armstrong C. ACOG Guidelines on Psychiatric Medication Use During Pregnancy and Lactation. *Am Fam Physician* 2008;78(6):772-8.
39. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):703–13.
40. Ornoy A, Koren G. Selective serotonin reuptake inhibitors in human pregnancy: on the way to resolving the controversy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014; 19:188–94.
41. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(24):419–24.
42. Cohen LS¹, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006;295(5):499–507.
43. Battle CL, Salisbury AL, Schofield CA, Ortiz-Hernandez S. Perinatal antidepressant use: understanding women's preferences and concerns. *J Psychiatr Pract* 2013;19:443–53.
44. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD002018. DOI: 10.1002/14651858.CD002018.pub2.
45. Dennis CL, Hodnett ED: Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006116. DOI:10.1002/14651858.CD006116.pub2.
46. Sidhu GS, Sidhu TK, Kaur P, Lal D, Sangha NK. Evaluation of peripartum depression in females. *Int J Appl Basic Med Res* 2019;9(4):201–5.
47. Sahingöz M, Yuksel G, Karsidag C, Uguz F, Sonmez EO, Annagur BB, et al. Birth weight and preterm birth in babies of pregnant women with major depression in relation to treatment with antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology* 2014;34:226-9.

48. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(9):946–52.
49. Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95:690-5.
50. Umboh SJ, How C, Chen H. Postnatal depression: a family medicine perspective. *Singapore Med J* 2013;54(9):477-81.
51. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and post-partum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(4):388–406.
52. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
53. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011;86:39-47.
54. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı*. Ankara:Psikiyatri Derneği Yayınları;1996:51-52.
55. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:125-9.
56. 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.
57. İnandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:725-30.
58. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:243-51.

59. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med J* 2011;28:385-93.
60. Kırpınar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010;19(3-4):422-31.
61. Göker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak Ş, Yıldırım Y, Koyuncu FM. Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor?. *ISRN Obstet Gynecol* 2012;doi:10.5402/2012/616759.
62. Kolukırcık Ü, Şimşek H, Ergör A. Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2018;33(1):1–8.
63. Bilszta JL, Gu YZ, Meyer D, Buist AE. A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Aust N Z Public Health* 2008;32:424-30.
64. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;11:302.
65. 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):425-31.
66. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007;7:11-16.
67. Özdemir H, Ergin N, Selimoğlu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health & Medicine* 2010;96-107.
68. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34(4):585-93.
69. Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P. Risk Factors of Postpartum Depression in Rural Areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med.* 2009 Sep;12(5):461-7.

70. Glavin K, Smith L, Sørnum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian journal of caring sciences* 2009;23:705-10.
71. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):97-104.
72. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki* 2016;54:83-9.
73. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol* 2015;11:99-137.
74. Adewuya AO, Fatoye FO, Ola BA, Ijaodola OR, Ibigbami SM. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:353–8.
75. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002;99:223–8.
76. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A, et al. Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5:65–72.
77. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44:927–36.
78. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14:125-33.
79. Annagür A, Annagür B, Şahin A, Örs R, Kara F. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeeding Medicine* 2013;8:53-7.
80. Nakku J, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African health sciences* 2006;6(4):207-14.

81. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2008;7(5):391-8.
82. Vırit O, Akbaş E, Savaş H, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:9-13.
83. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. BMJ Open 2013;3:e004047. doi:10.1136/bmjopen-2013-004047.
84. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. Am J Psychiatry 2002;159:43-7.
85. Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. Br J Psychiatry 2000;181:499-504.
86. Suhitharan T, Pham TP, Chen H, Assam PN, Sultana R, Han NR, et al. Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case–control study. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2016;12:1333-9.
87. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. Niger J Clin Pract. 2018;21(11):1525-30.
88. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. The relationship between postpartum depression and social support and affecting factors. J Hum Sci 2011;8:31-46.
89. Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turk Ger Gynecol Assoc 2009;10:14-20.
90. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. Int J Public Health 2010;55:543-9.
91. Lee YJ, Yi SW. Correlation between postpartum depression and premenstruel dysphoric disorder. Obstetrics and gynecology science 2015;58(5):353-8.

92. de Jesus Silva MM, Peres Rocha Carvalho Leite E, Alves Nogueira D, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. Invest Educ Enferm. 2016;34(2):342-50.