

TC  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Selma ÇİVİ  
ANABİLİM DALI BAŞKANI

KONYA İLİNDE POSTPARTUM DEPRESYON SIKLIĞI VE  
İLİŞKİLİ SOSYODEMOGRAFİK ETMENLER

Dr. Saniye ÖZDEMİR  
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Selma ÇİVİ

KONYA  
2007

## İÇİNDEKİLER

<b>1. İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>1</b>
<b>2. KISALTMALAR</b> .....	<b>5</b>
<b>3. GİRİŞ</b> .....	<b>6</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1. Annelik Hüznü</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1.1. Annelik Hüznü Görülme Sıklığı</b> .....	10
<b>4.1.2. Annelik Hüznünün Nedenleri</b> .....	10
<b>4.1.3. Annelik Hüznünün Klinik Özellikleri</b> .....	10
<b>4.1.4. Annelik Hüznünün Tedavisi</b> .....	10
<b>4.2. Postpartum Depresyon</b> .....	<b>11</b>
<b>4.2.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı</b> .....	12
<b>4.2.2. Postpartum Depresyonun Risk Etmenleri</b> .....	14
<b>4.2.3. Postpartum Depresyonun Nedenleri</b> .....	15
<b>4.2.3.1. Biyolojik Faktörler</b> .....	15
<b>4.2.3.2. Psikososyal Faktörler</b> .....	17
<b>4.2.4. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri</b> .....	18
<b>4.2.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi</b> .....	20
<b>4.2.5.1. Psikoterapötik Tedavi</b> .....	20
<b>4.2.5.2. Farmakolojik Tedavi</b> .....	21
<b>4.2.5.3. Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)</b> .....	22
<b>4.3. Postpartum Psikoz</b> .....	<b>23</b>
<b>4.3.1. Postpartum Psikozun Görülme Sıklığı</b> .....	23
<b>4.3.2. Postpartum Psikozun Nedenleri</b> .....	24
<b>4.3.3. Postpartum Psikozun Klinik Özellikleri</b> .....	25

4.3.4. Postpartum Psikozun Prognozu .....	26
4.3.5. Postpartum Psikozun Tedavisi.....	26
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>27</b>
5.1. Araştırmanın Şekli .....	27
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer .....	27
5.3. Araştırmanın Evreni.....	27
5.4. Araştırmanın Örneklemi .....	27
5.5. Verilerin Toplanması .....	28
5.5.1. Veri Toplama Araçları.....	28
5.5.1.1. Anne Tanıtım Formu .....	28
5.5.1.2. Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS).....	28
5.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	29
5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	30
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
6.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri .....	31
6.2. Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri .....	34
6.3. Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri.....	36
6.4. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Sosyodemografik Özellikleri .....	39
6.5. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri .....	42
6.6. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri.....	44
6.7. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi .....	47

<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>50</b>
<b>7.1. Postpartum Depresyon İnsidansı .....</b>	<b>50</b>
<b>7.2. Sosyodemografik Özellikler.....</b>	<b>51</b>
<b>7.2.1. Anne Yaşı.....</b>	<b>51</b>
<b>7.2.2. Annenin Eğitim Durumu .....</b>	<b>52</b>
<b>7.2.3. Annenin Mesleği .....</b>	<b>53</b>
<b>7.2.4. Eşin Eğitim Durumu.....</b>	<b>53</b>
<b>7.2.5. Eşinin Mesleği.....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.6. Yerleşim Yeri .....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.7. Oturulan Ev .....</b>	<b>55</b>
<b>7.2.8. Oturulan Evin Oda Sayısı .....</b>	<b>55</b>
<b>7.2.9. Aile Tipi.....</b>	<b>55</b>
<b>7.2.10. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi.....</b>	<b>56</b>
<b>7.2.11. Sağlık Güvencesi .....</b>	<b>57</b>
<b>7.2.12. Evlenme Yaşı .....</b>	<b>57</b>
<b>7.2.13. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü .....</b>	<b>57</b>
<b>7.3. Gebelik Özellikleri.....</b>	<b>58</b>
<b>7.3.1. İlk Doğum Yaşı .....</b>	<b>58</b>
<b>7.3.2. Gebelik Sayısı .....</b>	<b>58</b>
<b>7.3.3. Ölü Doğum Öyküsü.....</b>	<b>59</b>
<b>7.3.4. Düşük Öyküsü .....</b>	<b>59</b>
<b>7.3.5. Yaşayan Çocuk Sayısı .....</b>	<b>59</b>
<b>7.3.6. Bir Önceki Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşanması.....</b>	<b>60</b>
<b>7.3.7. Önceki Gebeliklerden Sonra Ruhsal Sorun Öyküsü .....</b>	<b>60</b>
<b>7.3.8. Bir Önceki Doğum Şekli.....</b>	<b>61</b>

7.4. Son Gebeliğe Ait Özellikler .....	62
7.4.1. Postpartum Ay (Doğumdan Sonra Geçen Süre) .....	62
7.4.2. Gebelik İstemi .....	62
7.4.3. Doğum Öncesi Bakım .....	63
7.4.4. Doğum Öncesi Bakım Yeri .....	63
7.4.5. Doğum Öncesi Bakım Sayısı .....	64
7.4.6. Bebek Cinsiyeti .....	64
7.4.7. Bebek Cinsiyetinin Öğrenilmesi Sonucu Eşi ve/veya Eşinin Ailesindeki Tutum Değişikliğinin Etkisi .....	65
7.4.8. Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşanması .....	65
7.4.6. Doğum Şekli .....	66
<b>8. ÖZET .....</b>	<b>67</b>
<b>9. SUMMARY .....</b>	<b>69</b>
<b>10. KAYNAKLAR .....</b>	<b>71</b>
<b>11. EKLER .....</b>	<b>77</b>
EK 1 Anne Tanıtım Formu .....	77
EK 2 Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği .....	83
<b>12. TEŞEKKÜR .....</b>	<b>86</b>

## **2.KISALTMALAR**

<b>cAMP</b>	: Siklik Adenosine Mono Phosphate
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EDSDÖ</b>	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
<b>EKT</b>	: Elektro Konvulzif Tedavi
<b>EPDS</b>	: Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası
<b>GA</b>	: Güven Aralığı
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Diseases
<b>KP</b>	: Kesme Puanı
<b>OR</b>	: Odds Ratio
<b>PPD</b>	: Postpartum Depresyon
<b>SSGİ</b>	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
<b>TSH</b>	: Tiroid Stimulan Hormon
<b>TSA</b>	: Trisiklik Antidepresanlar

### 3. GİRİŞ

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel hoş bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olabilmektedir (1).

Postpartum dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir (2).

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (doğum sonrası depresyonu) ve doğum sonrası psikozu olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (3-6).

Annelik hüznü yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen en sık görülen doğum sonu karşılaşılabilen problemlerden biridir. Genellikle doğumdan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygudurumda hızlı değişiklik, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder duyguları görülür (4,7,8).

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilir (3,9). Yapılan birçok çalışmada, postpartum depresyon prevalansı %6-16, postpartum depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuştur (10-15).

Postpartum depresyonun risk faktörleri arasında en çok; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri,

düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, sosyoekonomik durumu, gebeliğin istenme durumu yer almaktadır (16).

Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzemektedir. Bunlar; kendini değersiz hissetme, anksiyete ve hatta panik ataklar, suçluluk, bebekle ilgili endişeler, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, seksü de içeren aktivitelerde azalmadır (1,17-19).

Postpartum dönemde görülen depresyona sadece anne için değil bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları olacağından özel bir yaklaşım gerekir. Postpartum depresyonda anne ve bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Anneler bunu fark edince suçluluk duygusuyla hareket ederler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar, aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar (1).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (3).

Postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (19).



Bu sebeple birinci basamakta gebe ve loğusa izlemleri sırasında postpartum depresyon akılda bulundurulması gereken bir durumdur (20,21).

Postpartum psikoz vakaları aslında oldukça ender tablolar olup, yaygınlığı 1000 doğumda 1-2'dir (18). Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlar ve 2-3 ay kadar sürer (3,18). Postpartum psikoz genellikle konfüzyon, uykusuzluk ve depersonalizasyon gibi belirtilerle akut olarak başlar, klinik tablo hızla varsanılar (halüsinasyon) ve sanrılar (hezeyan) olduğu deliryum tablosuna değişebilir. Klinik tablodaki değişiklik karakteristik özelliştir. Derin bir depresyonun ardından birkaç gün ya da birkaç hafta devam edebilen manik belirtiler ortaya çıkabilir. Hastada renkli psikotik belirtiler gözlenebilir (3).

Konunun yaygınlığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi nedeni ile bu çalışma, Konya ili Meram İlçesinde 24 ve 25 nolu sağlık ocaklarında postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

## **4. GENEL BİLGİLER**

Gebelikte ve postpartum dönemde psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk kez 1858'de Victor Luis Marce tarafından öne sürölmüştür (22). Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (2). Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülür ve postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir (20,23). Kadınlar özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadırlar (24-28).

Postpartum dönemde anne fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişimler yaşamaktadır (18). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (3).

Postpartum dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir (2).

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (doğum sonrası depresyon) ve postpartum psikoz olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (3-6).

### **4.1. Annelik Hüznü**

Doğum ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum

değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum annelik, annelik hüznü ya da bebek hüznü şeklinde de adlandırılmaktadır (29).

#### **4.1.1. Annelik Hüznü Görülme Sıklığı**

Annelik hüznü yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen en sık görülen doğum sonu karşılaşılabilen problemlerden biridir (4,7,8).

#### **4.1.2. Annelik Hüznünün Nedenleri**

Etiyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüğe geçtiği dönemde annelik hüznünün görülmesi etiyolojide endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (30).

#### **4.1.3. Annelik Hüznünün Klinik Özellikleri**

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygudurumda hızlı değişiklik, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder duyguları görülür (4,7,8).

#### **4.1.4. Annelik Hüznünün Tedavisi**

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde iyileşiler. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri

saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (31-33).

Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7-10 içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse, kadınların hastaneye başvurması önerilmelidir (29).

#### **4.2. Postpartum Depresyon**

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel hoş bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (22).

Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) postpartum ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (1). Postpartum depresyon, DSM-IV’de “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer almakta ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır (17). ICD-10’da ise “Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları” ana başlığı altında “Loğusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” olarak bir bölüm ayrılmıştır (35). Postpartum depresyonda belirtiler ‘annelik hüznü’ tablosuna göre daha şiddetli olup hastada özkıyım düşünceleri olabilmektedir (7).

Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle emosyonel

bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar (1).

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır (3). Bu sebeple birinci basamakta gebe ve loğusa izlemleri sırasında postpartum depresyon akılda bulundurulması gereken bir durumdur (20,21).

#### **4.2.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı**

Postpartum depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlar çıkmasının sebebi, yapılan çalışmaların bazılarının depresyonu tanısall değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanmasından kaynaklanmaktadır (3,10,36).

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan birçok normal fizyolojik değişikliğin (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi) depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (3,10).

Postpartum depresyonun görülme sıklığı, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem hacmi ve populasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir (7,12,25,26,37,38). Yapılan birçok çalışmada, postpartum depresyon prevalansı %6-16, postpartum depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuştur (10-15).

DSM-IV'e göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda annenin postpartum depresyon açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir (17). Diğer bazı çalışmalarda başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere 1

yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir (25,26,38).

Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, 1 yıl, hatta 2 yıl sürebildiği bildirilmektedir (3,9). Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu iki dönemde farklı etiyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır (10,13).

Geriye yönelik epidemiyolojik taramalar ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin gebelik dönemine kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönem olmakta, ancak genellikle bu süre altıncı aya kadar uzayabilmektedir (18).

Çeşitli araştırmalarda gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların varlığının postpartum depresyonu öngörmede en güçlü belirleyicilerden biri olduğunu vurgulamaktadır (13,31,39). Bazı çalışmalarda postpartum ilk 6 haftada deprese olan kadınların yarısında prepartum depresif semptomlar ve annelik hüznü bildirilmiştir (19,40).

Postpartum depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir. Bu olgularda postpartum depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir. EPDS gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir (19).

Cox ve arkadaşları postpartum depresyon ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle EPDS'i geliştirmişlerdir (41).

EPDS'nin, zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik

çalışmaları yapılmıştır. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir (15,42-44). Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (45).

#### **4.2.2. Postpartum Depresyonun Risk Etmenleri**

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir (12,14,43,46,47).

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, postpartum depresyon ön göstergelerini araştıran 1974-1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda postpartum depresyonun risk faktörleri arasında en çok;

- Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı
- Geçirilmiş depresyon öyküsü
- Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler
- Sosyal destek eksikliği
- Stresli yaşam olayları
- Annelik hüznü
- Olumsuz evlilik ilişkileri
- Düşük benlik saygısı
- Bebeğin huysuzluğu
- Annenin evlilikten memnuniyeti
- Sosyoekonomik durumu

- Gebeliğin istenme durumu

yer almaktadır (16).

Postpartum depresyonun başka risk faktörleri de belirtilmektedir. Bunlar arasında; ailede depresyon öyküsünün bulunması, eğitim düzeyi, doğum sayısı, prematüre doğum, şiddetli premenstrüel sendrom, emzirmeme, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi, fiziksel yorgunluk yer almaktadır (3,26,48).

#### **4.2.3. Postpartum Depresyonun Nedenleri**

Risk faktörleri belirlenmiş olmasına rağmen, postpartum depresyonun nedeni henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte (1,19), postpartum depresyonun nedenleri biyolojik ve psikososyal faktörler ile açıklanmaktadır (26).

##### **4.2.3.1. Biyolojik Faktörler**

Postpartum dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormon düzeyindeki değişikliklerin depresyon etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (49).

Gebelik sürecince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir (3,7).

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir (3,9).



Prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile postpartum depresyon arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (3,49,50).

Harris ve arkadaşları, tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile postpartum depresyon arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür (30).

Geç başlangıçlı postpartum depresyon tiroid hastalıklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri doğumdan sonra tiroid stimulan hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşebilmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına incek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabilir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtiler daha sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikörlerinin ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir (3,9).

Serum folat düzeyindeki düşüklük (hipofolatemi) depresif doğada psikiyatrik bozukluklara neden olabilir. Gebelik dönemi hipofolatemi açısından riskli bir dönem olduğu için postpartum depresyonun hipofolatemi ile ilgili olabileceği yönünde görüşler vardır (51).

Sinir impulslarının iletiminde rolü olan siklik adenosine monophosphate'ın (cAMP) postpartum depresyon gelişiminde etkili olduğu ve bu dönemde ruhsal değişiklikler yaşayan kadınlarda daha fazla bulunduğu bildirilmektedir (49).

#### 4.2.3.2. Psikososyal Faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (3,6).

Landy ve arkadaşları, kendi hayatlarını kendilerinden çok dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin postpartum depresyon açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler (7).

Psikoanalitik kuram, postpartum depresyonda bağımsız kendindeliliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Anne yalnızca alıcı rolünü kaybetmiş, besleyici rolünü üstlenmiştir. Gebeliğin sona ermesi, fetusla olan yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin ya da bir aile üyesinin kaybını hatırlatabilmektedir (3,9).

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir (3,7).

Ayrıca gebe kadınların kendi anneleriyle ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir (3,6-8,46,52).

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır (3,6). Nicolson (37), postpartum depresyonu açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model; postpartum depresyonu bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal model de doğumun bir yaşam olayı

olduğunu ve postpartum depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, entellektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişikliklerin yaşandığına, bu durumun kişisel ilişkilerin niteliğinde de bazı değişikliklere yol açtığına dikkat çekmektedir. Buna göre, postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (3,37).

Aile öyküsünde postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker (2,18).

Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir (3,7).

#### **4.2.4. Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri**

Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra (olguların %80’inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar anlaşılmayarak

gözden kaçabilir ya da varolan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (3,9).

Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzemektedir. Bunlar arasında;

- Kendini değersiz hissetme
- Anksiyete ve hatta panik ataklar
- Suçluluk
- Bebekle ilgili endişeler
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama
- Hareket ve konuşmada yavaşlık
- Ajitasyon veya hiperaktivite
- Yeme (iştah) bozuklukları (çok az veya fazla yeme)
- Uyku bozuklukları
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma
- Duygusal dengesizlik
- Öfke hissi
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma
- Seksi de içeren aktivitelerde azalma

yer almaktadır (1,17-19).

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum depresyonu doğum sonrası normal uyum

reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (19,53).

Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygudurum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (3,9).

#### **4.2.5. Postpartum Depresyonun Tedavisi**

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (3,9).

Postpartum tabloların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk iki haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması yönünde uyarıcı olmalıdır (11,19).

Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülf tedaviden (EKT) yararlanılabilmektedir (1,3).

##### **4.2.5.1. Psikoterapötik Tedavi**

Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde, nonpuerperal psikiyatrik tabloların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık, postpartum depresyon tedavisinde

etkisini kanıtlamıştır (1). Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (4).

Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (54).

Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özelliklerini, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorlukları, nesne yitimlerini araştırılmalı ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin de iyi değerlendirilmesi gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onlarında ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Depresyondaki anne için olumsuz tutum ve davranışları varsa bunlar gösterilmeye çalışılmalıdır (55,56).

#### **4.2.5.2. Farmakolojik Tedavi**

Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSGI) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan

sınıfından ilaç varsa tedavide gözönüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir (54,57).

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır (57-59). Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir (57).

Bazı araştırmacılar postpartum depresyonda östrojeninde etkin bir tedavi olabileceğini ile belirtmişlerdir. Ancak bu konuda kontrollü araştırmalar mevcut değildir (1,3,18,19).

#### **4.2.5.3. Elektrokonzulziv Tedavi (EKT)**

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir (19).

Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınmazsa EKT uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır (60).

Hamilton 300 postpartum depresyon vakasının %95'inde 6-7 hafta içinde elektrokonvulsif tedavi uygulaması ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak elektrokonvulsif tedavi, doğumu takip eden ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde elektrokonvulsif tedavi uygulanmasının derin ven trombozu ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir (18).

### **4.3. Postpartum Psikoz**

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir (3,9). Başlangıcı genellikle doğumdan 2 hafta sonradır. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluklar ve major depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir (57,61).

#### **4.3.1. Postpartum Psikozun Görülme Sıklığı**

Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10-20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum psikoz vakaları aslında oldukça ender tablolar olup, insidansı 1000 doğumda 1-2'dir (18). Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Ancak bir kez puerperal psikoz geçiren bir kadının, daha sonraki gebeliğinde tekrar hastalanma olasılığı artar (3,18). Loğusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygudurum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükümlülüğü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (3,9).



### **4.3.2. Postpartum Psikozun Nedenleri**

Postpartum psikoza olan hastaların akrabalarındaki duygudurum bozukluk sıklığı, duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki sıklığa benzerdir. Bir major duygudurum bozukluğu epizodunun gelişmesine sebep olan doğum olayı, belki de baştan sona önemli hormonal mekanizma olduğundan özgül olmayan bir stres olarak görülebilir (57,61).

Postpartum psikozun az bir kısmı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi tıbbi durumlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin postpartum psikoz ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür (61).

Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve postpartum psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilir, diğerleri mutsuz evlilikleri içinde kendilerini kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyuşmazlıkları, postpartum psikoz sıklığının artmasına yol açabilir (61).

### **4.3.3. Postpartum Psikozun Klinik Özellikleri**

Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlar ve 2-3 ay kadar sürer (3,9).

Postpartum psikoz, semptomları açısından çok değişkendir. Bu nedenle postpartum psikoza tanımlarken 'mercurial' kelimesi kullanılmaktadır. Mercurial, civalı bir türlü yerinde durmayan değişken anlamındadır (6).

Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınırılar. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25' inde ortaya çıkar (61,63).

Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe yada kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkar ve hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilir (31,61).

Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikoza göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir (31,64).

#### **4.3.4. Postpartum Psikozun Prognozu**

Psikotik belirtilerin başlamasından önce genellikle uykusuzluk, dinlenememe, ajitasyon, duygudurumda oynaklık ve hafif bilişsel defisitler gibi prodromal belirtiler görülür. Psikoz ortaya çıkınca hasta sanrılar ve ajitasyon nedeniyle bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Postpartum psikozlu hastalar doğumun birinci ya da ikinci yılında sıklıkla başka bir atak geçirirler. Sonraki gebeliklerde başka bir atak geçirme riski yüksektir (61).

#### 4.3.5. Postpartum Psikozun Tedavisi

Postpartum psikoz psikiyatrik acil tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır (65).

Antidepresanlar ve lityum bazen de bunların kombinasyonu tedavide seçilecek ilk ilaçlardır. Bebeğini emziren anneye seçilecek ilaçta dikkatli olmalı, mümkünse ilaç vermekten kaçınılmalıdır (66,67).

Eğer anne istekliyse bebeği ile teması engellenmemelidir. Ancak annenin bebeğe zarar verme ile ilgili fikirleri varsa dikkatli olunmalıdır. Akut psikotik dönem geçtikten sonra psikoterapi gereklidir. Terapi genellikle değerlendirme sırasında belirgin olan çatışma alanlarına yöneltilir. Terapi hastanın annelik rolünü benimsemesi ve rahat olmasını kapsayabilir. Çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Bir çok çalışmada hastalığın akut fazında yüksek oranda iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir (61,63).

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte analitik bir araştırmadır. Konya'nın Meram ilçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocaklarında, postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Bu çalışmada, Konya'nın Karatay, Selçuklu ve Meram ilçeleri arasından rastgele yöntemle Meram ilçesi belirlendi. Meram ilçesindeki 9 sağlık ocağı arasından yine rasgele yöntemle seçilen 24 ve 25 nolu sağlık ocaklarında yapıldı.

### **5.3.Araştırmanın Evreni**

Konya'nın Meram ilçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocağına 1 Aralık 2005-31 Ocak 2006 tarihleri arasında başvuran 242 postpartum 2-6 aylık anne, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

### **5.4. Araştırmanın Örnekleme**

Yapılan birçok çalışmada postpartum depresyon sıklığı %10-15 arasında olduğu için  $n=t^2.p.q/d^2$  formülüne dayanarak örnekleme yoluyla en az 199 kadına ulaşılması hedeflenmiştir.

Konya Meram ilçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocağına 1 Aralık 2005-31 Ocak 2006 tarihleri arasında başvuran, istenilen özelliklere sahip olan ve araştırmayı kabul eden 242 anne çalışma evrenini oluşturmuştur.

Çalışmaya alınan annelerde, prenatal dönemde tanısı konan psikiyatrik hastalığı olmaması ve doğum sonrası 2 ile 6 ay arası dönemde canlı doğum yapmış olması koşulu aranmıştır.

## **5.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma için gerekli verileri toplanması amacıyla 2 form kullanılmıştır. 1. form çalışmaya alınan annelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için tarafımızca hazırlanan ‘anne tanıtım formu’, 2. form ise postpartum depresyon riskini belirleyen ‘EPDS’ dir.

### **5.5.1. Veri Toplama Araçları**

Anne tanıtım formu araştırmacı tarafından kadınlara bilgilendirilmiş onam formlarının imzalanmasını takiben yüz yüze yöntemle dolduruldu. Daha sonra kadınların kendileri tarafından EPDS formu dolduruldu. Ancak okur yazar olmayan kadınlara araştırmacı tarafından sorular yöneltildi ve cevaplar kaydedildi.

#### **5.5.1.1. Anne Tanıtım Formu**

Araştırma kapsamına alınan annelerin, sosyodemografik özelliklerini, önceki ve şimdiki gebelikle ilgili öykülerini tespit etmeye yönelik tarafımızdan hazırlanmış 37 soruluk bir formdur.

#### **5.5.1.2. Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS)**

EPDS 1987’de Cox tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme

puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (41).

EPDS'nin Türkçe formunun adı 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)' dir (54). Ülkemizde Engindeniz tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EPDS'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (45).

EPDS 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (45,68).

### **5.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Konya ili Meram ilçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocağına bebeğini getiren annelere muayene ve aşılama sonrasında araştırmacının kendisi tarafından çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yüz yüze görüşme tekniği ile anne tanıtım formu uygulanmıştır.

Veri toplama araçlarından, EPDS annelere verilerek doldurmaları istenmiştir. Çalışmamızda EPDS kesme puanı 13 olarak alınmıştır. Formların değerlendirilmesinden sonra, risk altında olduğu düşünülen (EPDS'den 13 ve üzerinde puan alanlar) annelere durumları hakkında bilgi verildi ve psikiyatri bölümüne başvurmaları için yönlendirildiler.

## **5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS Windows programının 10.0 versiyonu kullanıldı. Önemlilik testi olarak Khi-kare testi ve Fisher'in kesin Khi-kare testi kullanıldı. Önemlilik düzeyi olarak  $p < 0.05$  alındı. Epidemiyolojik ölçüt olarak %95 güven aralığı (GA) içinde Odds Ratio (OR) ayrıca belirtildi.

## 6. BULGULAR

### 6.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 242 annenin yaş ortalaması  $25.28 \pm 5.05$  (median=24, min=17, max=40) bulundu. Annelerin %58.3'ü (n=141) 17-25 yaş grubunda, %37.2'si (n=90) 26-34 yaş grubunda ve %4.5'i (n=11) 35 yaş ve üstü grubunda yer almaktadır. Annelerin evlenme yaş ortalaması ise  $19.66 \pm 3.00$  (median=19, min=15, max=38) bulundu. Annelerin %21.1'inin (n=51) 17 yaş ve altında, %73.1'inin (n=177) 18-24 yaş arasında, ve %5.8'inin (n=14) de 25 yaş ve üstünde evlenmişlerdi.

Annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %74.0'ı (n=179) ilkokul ve altı düzeyde eğitilmiş olup ve %96.3'ü (n=233) herhangi bir işte çalışmıyordu. Eşleri ise %51.2 (n=124) ilkokul ve altı, %33.5 (n=81) ortaokul ve lise, %15.3 (n=37) yüksekokul mezunu idiler. Kadınların eşlerinin %57.9'unun (n=140) işçi, %27.7'sinin (n=67) esnaf, %9.9'unun (n=24) memur olduğu ve %4.5'inin (n=11) de işsiz olduğu öğrenildi.

Yerleşim yeri incelendiğinde %94.2'si (n=228) ilde, %5.0'ı (n=12) ilçede, %0.8'i (n=2) köyde yaşamakta idiler. Oturdıkları ev %84.3'ünün (n=204) kendisine ait değildi, %15.7'sinin (n=38) ise kendi evi idi. Araştırmaya katılanların %45.9'u (n=111) 4 ve daha fazla odalı, %43.0'ı (n=104) 3 odalı, %11.1'i (n=27) 2 ve daha az odalı evde oturuyordu. Aile yapısı incelendiğinde %66.9'u (n=162) eşi ve çocukları ile, %33.1'i (n=80) eşi ve çocukları ile birlikte eşinin anne, baba ve kardeşiyle yaşıyordu. Eşinin anne, baba ve kardeşiyle birlikte yaşayanların %82.5'i (n=66) bu durumdan memnun iken, %17.5'i (n=14) bu durumdan memnun değildi. En sık memnuniyet sebebi %48.5'inde (n=32) maddi destek iken, en sık memnun olmama sebebi ise %42.9'unda (n=6) yaptıkları işlere karışılması idi. Annelerin %57.9'u (n=140) 499 YTL ve altında, %42.1'i (n=102) ise 500 YTL ve üzerinde aylık gelir düzeyine sahipti. Sağlık güvencesi %77.7'sinde (n=188) mevcut olup, %22.3'ünde (n=54) mevcut değildi.



Çalışmaya katılan annelerin %93'ünün (n=225) ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü yok iken, % 7'sinin (n=17) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı ( **Tablo 1**).

**Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri**

Sosyo-demografik özellikler	n (242)	%
<b>Annenin yaşı</b>		
17-25 yaş	141	58.3
26-34 yaş	90	37.2
35 yaş ve üstü	11	4.5
<b>Annenin mesleği</b>		
Çalışmıyor	233	96.3
Çalışıyor	9	3.7
<b>Annenin eğitim durumu</b>		
İlkokul ve altı	179	74.0
Ortaokul ve lise	44	18.1
Yüksekokul	19	7.9
<b>Eşin mesleği</b>		
İşsiz	11	4.5
İşçi	140	57.9
Memur	24	9.9
Esnaf	67	27.7
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
İlkokul ve altı	124	51.2
Ortaokul ve lise	81	33.5
Yüksekokul	37	15.3
<b>Yerleşim yeri</b>		
Köy	2	0.8
İlçe	12	5.0
İl	228	94.2
<b>Oturduğunuz ev kendinizin mi?</b>		
Hayır	204	84.3
Evet	38	15.7
<b>Oturduğunuz evin oda sayısı</b>		
2 ve daha az odalı	27	11.1
3 odalı	104	43.0
4 ve daha fazla odalı	111	45.9
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	162	66.9
Geniş aile	80	33.1
<b>Ailenin aylık gelir düzeyi</b>		
499 YTL ve altı	140	57.9
500 YTL ve üzeri	102	42.1
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Yok	54	22.3
Var	188	77.7
<b>Evlenme yaşı</b>		
17 yaş ve altı	51	21.1
18-24 yaş	177	73.1
25 ve üstü yaş	14	5.8
<b>Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?</b>		
Yok	225	93.0
Var	17	7.0

## 6.2. Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan annelerin ilk doğum yaşı ortalaması  $21.14 \pm 3.19$  (median=20, min=16, max=39) bulundu. Annelerin %6.6'sı (n=16) 17 yaş ve altında, %84.3'ü (n=204) 18-25 yaş arasında, %9.1'i (n=22) 26 yaş ve üstünde ilk doğumunu yapmıştı.

Annelerin gebelik sayısı, %43.8'inde (n=106) 1, %40.9'unda (n=99) 2-3 ve %15.3'ünde (n=37) de 4 veya daha fazla idi. Annelerin %5'inde (n=12) ölü doğum, %14.5'inde (n=35) de düşük hikayesi vardı. Annelerin, %49.1'i (n=119) 1, %43.0'ı (n=104) 2-3 ve %7.9'u (n=19) da 4 veya daha fazla çocuğa sahipti.

Annelerin %61.0'ı (n=83) bir önceki gebeliğinde herhangi bir tıbbi sorun yaşamamış iken, %39.0'ı (n=53) herhangi tıbbi bir sorun yaşamıştı. Yaşanan başlıca sorunlar; bulantı-kusma, düşük, erken doğum, ağrı, anemi, ödem, tansiyon yüksekliği ve idrar yolu enfeksiyonu idi. Ayrıca önceki gebeliklerden sonra annelerin %80.1'inde (n=109) herhangi bir ruhsal rahatsızlık oluşmadığı, %19.9'unda (n=27) da herhangi bir ruhsal rahatsızlık oluşmuş olduğu öğrenildi. Annelerin bir önceki gebeliklerinin %79.4'ü (n=108) normal doğum, %11.8'i (n=16) sezaryen ve %8.8'i (n=12) de düşük ile sonuçlanmıştı **(Tablo 2)**.

**Tablo 2. Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri**

<b>Gebeliğe ait özellikler</b>	<b>n (242)</b>	<b>%</b>
<b>İlk doğum yaşı</b>		
17 yaş ve altı	16	6.6
18-25 yaş	204	84.3
26 yaş ve üstü	22	9.1
<b>Gebelik sayısı</b>		
1	106	43.8
2-3	99	40.9
4 ve üstü	37	15.3
<b>Ölü doğum</b>		
Yok	230	95.0
Var	12	5.0
<b>Düşük sayısı</b>		
Yok	207	85.5
Var	35	14.5
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
1	119	49.1
2-3	104	43.0
4 ve üstü	19	7.9
<b>Bir önceki gebeliğinizde herhangi tıbbi bir sorun yaşadınız mı?</b>		
Hayır	83	61.0
Evet	53	39.0
<b>Önceki gebeliklerinizden sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu?</b>		
Hayır	109	80.1
Evet	27	19.9
<b>Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?</b>		
Normal doğum	108	79.4
Sezaryen	16	11.8
Düşük	12	8.8

### 6.3. Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Annelerin %36.0'ı (n=87) postpartum 2. ayında, %25.6'sı (n=62) postpartum 3. ayında, %21.5'i (n=52) postpartum 4. ayında, %9.9'u (n=24) postpartum 5. ayında ve %7.0'ı (n=17) da postpartum 6. ayında idi.

Annelerin gebelik istenme durumu incelendiğinde, isteyerek ve planlayarak gebe kalanlar %85.1 (n=206) iken, istemeyerek ve planlanmadan gebe kalanlar %14.9 (n=36) idi. Annelerin bu gebeliği istememe sebepleri incelendiğinde, %44.4'ü (n=16) diğer çocuğu küçük olması, %27.8'i (n=10) yeterli sayıda çocuğu olması, %13.9'u (n=5) maddi durumunun iyi olmaması, %11.1'i (n=4) kendini hazır hissetmemesi ve %2.8'i (n=1) de ilk çocuğunun hasta olması idi.

Gebelik süresince annelerin %97.9'u (n=237) herhangi bir sağlık kuruluşunda doğum öncesi bakım almışken, %2.1'i (n=5) herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Annelerin %3.4'ü (n=8) sağlık ocağında, %72.1'i (n=171) hastanede, %24.5'i (n=58) hem sağlık ocağı hem de hastanede takip olmuş idi. Annelerin gebelikleri süresince herhangi bir sağlık kuruluşundaki toplam doğum öncesi bakım sayısı, %73.4'ünde (n=174) 5 ve daha fazla iken, %26.6'sında (n=63) 1-4 arasında idi. Annelerin %86.0'ı (n=208) bebeğinin cinsiyetini bilirken, %14.0'ı (n=34) bebeğin cinsiyetini bilmiyor idi. Cinsiyetin öğrenilmesi, %75.0'ının (n=156) eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliğine neden olmamış iken, %25.0'ında (n=52) herhangi bir tutum değişikliğine neden olmuştu. Bu gebelik süresince annelerin %53.7'sinin (n=130) herhangi bir tıbbi sorunla karşılaştığı, %46.3'ünün (n=112) de herhangi bir tıbbi sorunla karşılaşmadığı öğrenildi. Bu gebelik süresince yaşanan sorunlar; bulantı-kusma, düşük tehdidi, ödem, anemi, idrar yolu enfeksiyonu, ağrı, tansiyon yüksekliği ve kanama idi. Bu gebeliğin %76.4'ü (n=185) normal doğumla sonuçlanır iken, %23.6'sı (n=57) sezaryen ile sonuçlanmış idi. En sık sezaryen sebepleri ise, %28.1'inde (n=16) eski sezaryen, %15.8'inde (n=9) akut fetal distres, %12.3'ünde (n=7) elektif

sezaryen, %10.5'inde (n=6) oligohidroamnios idi. Diğer nedenler arasında ise, ilerlemeyen eylem, geliş anomalileri, surmatürite, preeklampsi, sefalopelvik uygunsuzluk ve erken membran rüptürü yer almakta idi (**Tablo 3**).

**Tablo 3. Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri**

<b>Bu gebeliğe ait özellikler</b>	<b>n (242)</b>	<b>%</b>
<b>Postpartum kaçınıcı ay</b>		
2. ay	87	36.0
3. ay	62	25.6
4. ay	52	21.5
5. ay	24	9.9
6. ay	17	7.0
<b>Gebeliğin istenmesi</b>		
İsteyerek gebe kaldım	206	85.1
İstemeden gebe kaldım	36	14.9
<b>Doğum öncesi bakım</b>		
Yok	5	2.1
Var	237	97.9
<b>Doğum öncesi bakım yeri</b>		
Sağlık ocağı	8	3.4
Hastane	171	72.1
Sağlık ocağı+hastane	58	24.5
<b>Doğum öncesi bakım sayısı</b>		
1-4 arası izlem	63	26.6
5 ve üstü izlem	174	73.4
<b>Bebeğin cinsiyetinin bilinmesi</b>		
Hayır	34	14.0
Evet	208	86.0
<b>Cinsiyetin öğrenilmesi eşiniz ve/veya ailesinde tutum değişikliğine neden oldu mu?</b>		
Hayır	156	75.0
Evet	52	25.0
<b>Gebelik süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı?</b>		
Hayır	112	46.3
Evet	130	53.7
<b>Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?</b>		
Normal doğum	185	76.4
Sezaryen	57	23.6

#### 6.4. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Sosyodemografik Özellikleri

EPDS kesme puanı 13 alındığında, annelerin %80.6'sında (n=195) postpartum depresyon yok iken, %19.4'ünde (n=47) postpartum depresyon vardı. Postpartum depresyon saptanan annelerin %61.7'si (n=29) 17-25 yaşları arasında, %34.0'ı (n=16) 26-34 yaşları arasında, %4.3'ü (n=2) 35 yaş ve üstünde idi. Evlenme yaşları yönünden bakıldığında depresyon saptanan annelerin %21.3'ü (n=10) 17 yaş ve altında, %76.6'sı (n=36) 18-24 yaşları arasında, %2.1'i (n=1) de 25 yaş ve üstünde idi. Depresyonlu annelerin %97.9 (n=46) gibi çok büyük bir bölümü çalışmıyordu. Eğitim düzeyi yönünden bakıldığında postpartum depresyon saptanan annelerin %78.8'i (n=37) ilkokul ve altı, %10.6'sı (n=5) ortaokul ve lise, %10.6'sı (n=5) da yüksekokul mezunu idi. Annelerin eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında %66.0'ı (n=31) ilkokul ve altı, %23.4'ü (n=11) ortaokul ve lise, %10.6'sı (n=5) da yüksekokul mezunu idi. Eşlerinin %63.8'i (n=30) işçi, %21.3'ü (n=10) esnaf, %6.4'ü (n=3) memur olarak çalışır iken, %8.5'i (n=4) işsiz idi.

Postpartum depresyon saptanan annelerin, %91.5'i (n=43) il, %6.4'ü (n=3) ilçede ve %2.1'i (n=1) köyde yaşamakta idi. Annelerin %89.4'ünün (n=42) oturdukları ev kendisine ait iken, %10.6'sının (n=5) kendisine ait değildi. Oturdukları evin oda sayısı incelendiğinde %19.2'si (n=9) de 2 ve daha az odalı, %46.8'i (n=22) 3 odalı, %34.0'ı (n=16) 4 ve daha fazla odalı idi. Annelerin %68.1'i (n=32) çekirdek aile tipine sahip iken, %31.9'u (n=15) geniş aile tipine sahip idi.

Postpartum depresyon saptanan annelerin %72.3'ü (n=34) 499 YTL ve altında, %27.7'si (n=13) 500 YTL ve üzerinde aylık gelir düzeyine sahip idi. Annelerin %70.2'sinin (n=33) sağlık güvencesi var iken, %29.8'inin (n=14) sağlık güvencesi yok idi. Bu annelerin %87.2'sinin (n=41) ailesinde herhangi bir psikiyatrik sorunları yok iken, %12.8'in (n=6) ailesinde psikiyatrik sorunları vardı.



Aylık gelir düzeyi 499 YTL ve altında olanların oranı, postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0.025$ ). Diğer sosyodemografik özelliklerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (**Tablo 4**).

**Tablo 4. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan ve Almayan Olguların Sosyodemografik Özellikleri**

	depresyon var		depresyon yok		p-value
	n (47)	%	n (195)	%	
<b>Anne yaşı</b>					
17-25 yaş	29	61.7	112	57.4	
26-34 yaş	16	34.0	74	37.9	
35 yaş ve üstü	2	4.3	9	4.7	
		$X^2=0.284$	$df=2$		$p=0.867$
<b>Annenin mesleği</b>					
Çalışmıyor	46	97.9	187	95.9	
Çalışıyor	1	2.1	8	4.1	
		$X^2=0.413$	$df=1$		$p=0.521$
<b>Annenin eğitim durumu</b>					
İlkokul ve altı	37	78.8	142	72.8	
Ortaokul ve lise	5	10.6	39	20.0	
Yüksekokul	5	10.6	14	7.2	
		$X^2=2.581$	$df=2$		$p=0.275$
<b>Eşinin eğitim durumu</b>					
İlkokul ve altı	31	66.0	93	47.7	
Ortaokul ve lise	11	23.4	70	35.9	
Yüksekokul	5	10.6	32	16.4	
		$X^2=5.057$	$df=2$		$p=0.080$
<b>Eşinin mesleği</b>					
İşsiz	4	8.5	7	3.6	
İşçi	30	63.8	110	56.4	
Memur	3	6.4	21	10.8	
Esnaf	10	21.3	57	29.2	
		$X^2=3.978$	$df=3$		$p=0.264$
<b>Yerleşim yeri</b>					
Köy	1	2.1	1	0.5	
İlçe	3	6.4	9	4.6	
İl	43	91.5	185	94.9	
		$X^2=1.480$	$df=2$		$p=0.477$
<b>Oturduğunuz ev kendinizin mi?</b>					
Hayır	42	89.4	162	83.1	
Evet	5	10.6	33	16.9	
		$X^2=1.130$	$df=1$		$p=0.288$
<b>Oturduğu evin oda sayısı</b>					
2 ve daha az odalı	9	19.2	18	9.2	
3 odalı	22	46.8	82	42.1	
4 ve daha fazla odalı	16	34.0	95	48.7	
		$X^2=5.317$	$df=2$		$p=0.070$
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek	32	68.1	130	66.7	
Geniş	15	31.9	65	33.3	
		$X^2=0.034$	$df=1$		$p=0.853$
<b>Aylık gelir düzeyi</b>					
499 YTL ve altı	34	72.3	106	54.4	
500 YTL ve üstü	13	27.7	89	45.6	
		$X^2=5.022$	$df=1$		$p=0.025$
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Yok	14	29.8	40	20.5	
Var	33	70.2	155	79.5	
		$X^2=1.879$	$df=1$		$p=0.170$
<b>Evlenme yaşı</b>					
17 yaş ve altı	10	21.3	41	21.0	
18-24 yaş	36	76.6	141	72.3	
25 yaş ve üstü	1	2.1	13	6.7	
		$X^2=1.445$	$df=2$		$p=0.486$
<b>Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?</b>					
Yok	41	87.2	184	94.4	
Var	6	12.8	11	5.6	
		$X^2=2.944$	$df=1$		$p=0.086$

## 6.5. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Postpartum depresyon tanısı konulan anneler ilk doğumunu %8.5'i (n=4) 17 yaş ve altında, %89.4'ü (n=42) 18-25 yaşları arasında, %2.1'i (n=1) 26 yaş ve üstünde yapmıştı. Annelerin %38.3'ünün (n=18) 1. gebeliği, %42.6'sının (n=20) 2-3. gebeliği, %19.1'inin (n=9) de 4 ve üstünde gebeliği var idi. Postpartum depresyon tanısı alan annelerin %97.9'unda (n=46) ölü doğum ve %89.4'ünde (n=42) düşük öyküsü yoktu.

Annelerin %42.6'sının (n=20) 1 çocuğu, %46.8'inin (n=22) 2-3 çocuğu, %10.6'sının (n=5) 4 ve daha fazla sayıda çocuğu vardı. Annelerin %62.1'i (n=18) bir önceki gebeliğinde herhangi bir tıbbi sorun yaşamamış iken, %37.9'u (n=11) herhangi bir tıbbi sorun yaşamıştı. Bu annelerin %58.6'sında (n=17) önceki gebeliklerden sonra herhangi bir ruhsal sorun olmamış iken, %41.4'ünde (n=12) önceki gebeliklerinden sonra ruhsal sorunu olmuş idi. Depresyon saptanan annelerin bir önceki gebelikleri, %82.8'i (n=24) normal doğum, %13.8'i (n=4) sezaryen, %3.4'ü (n=1) düşük ile sonuçlanmış idi.

Bir önceki gebeliğinden sonra ruhsal rahatsızlığı olanların oranı, postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.001). Önceki gebelikle ilgili özelliklerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05)(**Tablo 5**).

**Tablo 5. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan ve Almayan Olguların Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri**

	depresyon var		depresyon yok		p-value
	n (47)	%	n (195)	%	
<b>İlk doğum yaşı</b>					
17 yaş ve altı	4	8.5	12	6.2	
18-25 yaş	42	89.4	162	83.0	
26 yaş ve üstü	1	2.1	21	10.8	
		$\chi^2 = 3.607$	$df=2$		$p=0.165$
<b>Gebelik sayısı</b>					
1 gebelik	18	38.3	88	45.1	
2-3 gebelik	20	42.6	79	40.5	
4 ve üstünde gebelik	9	19.1	28	14.4	
		$\chi^2 = 1.010$	$df=2$		$p=0.603$
<b>Ölü doğum</b>					
Yok	46	97.9	184	94.4	
Var	1	2.1	11	5.6	
		$\chi^2 = 0.992$	$df=1$		$p=0.319$
<b>Düşük öyküsü</b>					
Yok	42	89.4	165	84.6	
Var	5	10.6	30	15.4	
		$\chi^2 = 0.690$	$df=1$		$p=0.406$
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>					
1 çocuk	20	42.6	99	50.8	
2-3 çocuk	22	46.8	82	42.1	
4 ve üstü çocuk	5	10.6	14	7.1	
		$\chi^2 = 1.296$	$df=2$		$p=0.523$
<b>Bir önceki gebeliğinizde herhangi tıbbi bir sorun yaşadınız mı?</b>					
Hayır	18	62.1	65	60.7	
Evet	11	37.9	42	39.3	
		$\chi^2 = 0.017$	$df=1$		$p=0.897$
<b>Önceki gebeliklerinizden sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu?</b>					
Hayır	17	58.6	92	86.0	
Evet	12	41.4	15	14.0	
		$\chi^2 = 10.735$	$df=1$		$p=0.001$
<b>Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?</b>					
Normal doğum	24	82.8	84	78.5	
Sezaryen	4	13.8	12	11.2	
Düşük	1	3.4	11	10.3	
		$\chi^2 = 1.388$	$df=2$		$p=0.500$

## 6.6. EPDS'na Göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin, %36.2'si (n=17) postpartum 2. ayda, %17.0'ı (n=8) postpartum 3. ayda, %23.4'ü (n=11) postpartum 4. ayda, %14.9'u (n=7) postpartum 5. ayda, %8.5'i (n=4) de postpartum 6. ayda idi.

Gebeliğin istenmesi yönünden incelendiğinde, isteyerek ve planlayarak gebe kalanlar %78.7 (n=37) iken, istemeyerek ve planlamadan gebe kalanlar %21.3 (n=10) idi. Gebelik süresince annelerin %93.6'sı (n=44) herhangi bir sağlık kuruluşunda doğum öncesi bakım almış iken, %6.4'ü (n=3) doğum öncesi hiç bakım almamış idi. Gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşundan doğum öncesi bakım almamış olanların oranı, postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.020).

Doğum öncesi bakımların %72.8'i (n=32) hastanede, %22.7'si hastane ve sağlık ocağında, %4.5'i (n=2) sağlık ocağında yapılmış idi. Postpartum depresyon saptanan annelerin gebelikleri süresince herhangi bir sağlık kuruluşundaki toplam doğum öncesi bakım sayısı %61.4'ünde (n=27) 5 ve daha fazla iken, %38.6'sında (n=17) 1-4 arasında idi. Gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşundan alınan doğum öncesi bakım sayısı 4 ve altında olanların oranı, postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0.045).

Annelerin %80.9'u (n=38) gebeliği süresince bebeğin cinsiyetini öğrenmiş iken, %19.1'i (n=9) bebeğin cinsiyetini öğrenmemiş idi. Cinsiyetin öğrenilmesi %57.9'unun (n=22) eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliğe neden olmaz iken, %42.1'inin (n=16) eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliğine neden olmuş idi. Bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ile eşinde ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olanların oranı,

postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0.007$ ).

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin %68.1'i ( $n=32$ ) gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşamış iken, %31.9'u ( $n=15$ ) gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşamamış idi. Gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşamış olanların oranı, postpartum depresyon tanısı konulan olgularda depresyon tanısı konulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0.028$ ).

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin %78.7'si ( $n=37$ ) normal doğum yapmış iken, %21.3'ü ( $n=10$ ) de sezaryen ile doğum yapmış idi (**Tablo 6**).

**Tablo 6. EPDS'na göre Postpartum Depresyon Tanısı Alan ve Almayan Olguların Bu Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri**

	depresyon var		depresyon yok		p-value
	n (47)	%	n (195)	%	
<b>Postpartum kaçınıcı ay</b>					
2. ay	17	36.2	70	35.9	
3. ay	8	17.0	54	27.7	
4. ay	11	23.4	41	21.0	
5. ay	7	14.9	17	8.7	
6. ay	4	8.5	13	6.7	
		$X^2=3.424$	$df=4$		$p=0.490$
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>					
İstemeden	10	21.3	26	13.3	
İsteyerek	37	78.7	169	86.7	
		$X^2=1.887$	$df=1$		$p=0.170$
<b>Doğum öncesi bakım</b>					
Yok	3	6.4	2	1.0	
Var	44	93.6	193	99.0	
		$X^2=5.372$	$df=1$		$p=0.020$
<b>Doğum öncesi bakım yeri</b>					
Sağlık ocağı	2	4.5	6	3.1	
Hastane	32	72.8	139	72.0	
Sağlık ocağı + Hastane	10	22.7	48	24.9	
		$X^2=0.289$	$df=2$		$p=0.866$
<b>Doğum öncesi bakım sayısı</b>					
1-4 arasında izlem	17	38.6	46	23.8	
5'den fazla izlem	27	61.4	147	76.2	
		$X^2=4.023$	$df=1$		$p=0.045$
<b>Bebeğin cinsiyetinin bilinmesi</b>					
Hayır	9	19.1	25	12.8	
Evet	38	80.9	170	87.2	
		$X^2=1.256$	$df=1$		$p=0.262$
<b>Cinsiyetin öğrenilmesi eşiniz ve/veya ailesinde tutum değişikliğine neden oldu mu?</b>					
Hayır	22	57.9	134	78.8	
Evet	16	42.1	36	21.2	
		$X^2=7.255$	$df=1$		$p=0.007$
<b>Bu gebelik süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşadınız mı?</b>					
Hayır	15	31.9	97	49.7	
Evet	32	68.1	98	50.3	
		$X^2=4.842$	$df=1$		$p=0.028$
<b>Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?</b>					
Normal doğum	37	78.7	148	75.9	
Sezaryen	10	21.3	47	24.1	
		$X^2=0.168$	$df=1$		$p=0.682$

## 6.7. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi

Postpartum depresyon 25 yaş ve daha genç olanlarda, 26 yaş ve üzerinelere göre 1.194 [%95 GA (0.621-2.294)] kez daha fazla idi. Çalışmayan annelerde postpartum depresyon, çalışanlara göre 1.968 [%95 GA (0.240-16.130)] kez daha fazla bulundu. İlkokul ve daha az eğitilmişlerde, ortaokul ve üstü eğitilmişlere göre postpartum depresyon 1.381[%95 GA (0.642-2.972)] kez daha fazla idi.

Postpartum depresyon saptanan annelerin eşleri eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde, ilkökullü ve daha az eğitilmiş eşleri olanlarda postpartum depresyon, ortaokullü ve üstü eğitilmiş eşleri olanlara göre 2.125 [%95 GA (1.092-4.134)] kez daha fazla bulundu.

Köy ve ilçede yaşayanlarda postpartum depresyon, illerde yaşayanlara göre 1.721[%95 GA (0.515-5.748)] kez fazla idi. Kirada oturanlarda postpartum depresyon, kendi evi olanlara göre 1.711 [%95 GA (0.630-4.651)] kez fazla bulundu. 3 ve daha az odalı evlerde yaşayanlarda postpartum depresyon, 4 ve daha fazla odalı evlerde yaşayanlara göre 1.841[%95 GA (0.946-3.581)] kez daha fazla idi.

Çekirdek aile yapısına sahip olanlarda postpartum depresyon, geniş aile yapısına sahip olanlara göre 1.067 [%95 GA (0.539-2.109)] kez fazla idi. Aylık gelir düzeyi 499 YTL ve altında olanlarda, postpartum depresyon 500 YTL ve üzeri olanlar göre 2.196 [%95 GA (1.092-4.415)] kez daha fazla idi. Sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresyon, sağlık güvencesi olanlara göre 1.644 [%95 GA (0.844-3.361)] kez fazla idi.

Postpartum depresyon saptanan annelerin evlenme yaşı incelendiğinde, 17 yaş ve altında olanlarda postpartum depresyon, 18 yaş ve üstünde olanlara göre 1.015 [%95 GA (0.466-2.212)] kez fazla idi. 17 yaş ve daha genç yaşlarda doğum yapanlarda postpartum depresyon, 18 yaş ve üstünde doğum yapanlara göre 1.419 [%95 GA (0.436-4.614)] kez fazla bulundu.



Bu gebeliğini istemeyen annelerde postpartum depresyon, bu gebeliği isteyen annelere göre 1.757 [%95 GA (0.780-3.955)] kez fazla idi. Doğum necesi bakım almayan annelerde postpartum depresyon, bakım alan annelere göre 6.580 [%95 GA (1.067-40.564)] kez daha fazla idi. Gebeliği süresince 1-4 arası bakım alan kadınlarda postpartum depresyon, 5 ve üzeri bakım alan kadınlara göre 2.012 [%95 GA (1.008-4.017)] kez fazla idi. Bebeğinin cinsiyetini bilmeyenlerde postpartum depresyon, bebeğin cinsiyetini bilenlere göre 1.611[%95 GA (0.696-3.727)] kez fazla idi. Normal vajinal yolla doğum yapanlarda postpartum depresyon, sezaryen ile doğum yapanlara göre 1.175 [%95 GA (0.543-2.542)] kez fazla bulundu (**Tablo 7**).

**Tablo 7. Khi-Kare Testi ile Değerlendirilen Verilerin Epidemiyolojik Ölçüt Odds Ratio İle Değerlendirilmesi**

	depresyon var n (47) %		depresyon yok n (195) %		OR	(%95 GA)
<b>Anne yaşı</b>						
17-25 yaş	29	20.6	112	79.4	1.194	(0.621-2.294)
26 yaş ve üstü	18	17.8	83	82.2		
<b>Annenin mesleği</b>						
Çalışmıyor	46	19.7	187	80.3	1.968	(0.240-16.130)
Çalışıyor	1	11.1	8	88.9		
<b>Annenin eğitim durumu</b>						
İlkokul ve altı	37	20.7	142	79.3	1.381	(0.642-2.972)
Ortaokul ve üstü	10	15.9	53	84.1		
<b>Eşinin eğitim durumu</b>						
İlkokul ve altı	31	25.0	93	75.0	2.125	(1.092-4.134)
Ortaokul ve üstü	16	13.6	102	86.4		
<b>Yerleşim yeri</b>						
Köy ve ilçe	4	28.6	10	71.4	1.721	(0.515-5.748)
İl	43	18.9	185	81.1		
<b>Oturduğunuz ev kendinizin mi?</b>						
Hayır	42	20.6	162	79.4	1.711	(0.630-4.651)
Evet	5	13.2	33	86.8		
<b>Oturduğu evin oda sayısı</b>						
3 ve daha az odalı	31	23.7	100	76.3	1.841	(0.946-3.581)
4 ve daha fazla odalı	16	14.4	95	85.6		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek	32	19.8	130	80.2	1.067	(0.539-2.109)
Geniş	15	18.8	65	81.3		
<b>Aylık gelir düzeyi</b>						
499 YTL ve altı	34	24.3	106	75.7	2.196	(1.092-4.415)
500 YTL ve üstü	13	12.7	89	87.3		
<b>Sağlık güvencesi</b>						
Yok	14	25.9	40	74.1	1.644	(0.804-3.361)
Var	33	17.6	155	82.4		
<b>Evllenme yaşı</b>						
17 yaş ve altı	10	19.6	41	80.4	1.015	(0.466-2.212)
18 yaş ve üstü	37	19.4	154	80.6		
<b>İlk doğum yaşı</b>						
17 yaş ve altı	4	25.0	12	75.0	1.419	(0.436-4.614)
18 yaş ve üstü	43	19.0	183	81.0		
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>						
İstemeden	10	27.8	26	72.2	1.757	(0.780-3.955)
İsteyerek	37	18.0	169	82.0		
<b>Doğum öncesi bakım</b>						
Yok	3	60.0	2	40.0	6.580	(1.067-40.564)
Var	44	18.6	193	81.4		
<b>Doğum öncesi bakım sayısı</b>						
1-4 arasında izlem	17	27.0	46	73.0	2.012	(1.008-4.017)
5'den fazla izlem	27	15.5	147	84.5		
<b>Bebeğin cinsiyetinin bilinmesi</b>						
Hayır	9	26.5	25	73.5	1.611	(0.696-3.727)
Evet	38	18.3	170	81.7		
<b>Bu gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?</b>						
Normal doğum	37	20.0	148	80.0	1.175	(0.543-2.542)
Sezaryen	10	17.5	47	82.5		

\* satır yüzdesi kullanıldı.

## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Postpartum Depresyon İnsidansı

Bu çalışmada, Konya ili Meram İlçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocağına gelen postpartum 2-6 ay arasında olan 242 kadına postpartum depresyon insidansını belirlemek için Edinburgh Postnatal Depresyon Scalası (EPDS) uygulandı. EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındı. Çalışma sonucu olarak EPDS'e göre postpartum depresyon insidansı %19.4 olarak saptandı.

EPDS kullanılarak yapılan birçok çalışmada postpartum depresyon insidansı %10-15 olarak tespit edilmiştir (11,41,69-71).

İsrail'de postpartum 6. haftada olan 288 kadın üzerinde yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 10 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %22.6 bulunmuştur (72). Dubai'de 95 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada EPDS kesme puanı 6 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %18.0 olarak bulunmuştur (73). İsveç'te 1584 kadına postpartum 8. ve 12. haftalarda, kesme puanı 12 ve üstü alınan EPDS uygulandığında 8. haftadaki postpartum depresyon insidansı %12.5, 12. haftadaki postpartum depresyon insidansı da %8.3 olarak saptanmıştır (74). Santiago'da farklı sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarla yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 10 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %36.7 gibi yüksek bir değerde bulunmuştur (75). İngiltere'de doğum yapan Japon kadınlarından oluşan 98 kişiye, kesme puanı 13 ve üstü alınan EPDS uygulandığında postpartum depresyon insidansı %12.0 olarak bulunmuştur (76). Portekiz'de bir kent merkezinde 352 kadın üzerinde yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %13.1 olarak saptanmıştır (77).

Ülkemizde ise Manisa il merkezinde 257 kişilik bir örneklem grubunda EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %14.0 olarak

saptanmıştır (78). Sivas il merkezinde 750 anneye EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %28.0 olarak saptanmıştır (79). Türkiye'nin orta ve doğusundaki 5 ilde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) 2514 kişilik örneklem grubunda EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %27.2 olarak saptanmıştır (80). İzmir Bornova ilçesinde 100 kadın üzerinde yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 12 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %29.0 bulunmuştur (27). Samsun il merkezinde yapılan çalışmada EPDS'e kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %23.1 saptanmıştır (81). Manisa'da yarı-kentsel bir bölgede yapılan çalışmada EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında postpartum depresyon insidansı %36.9 olarak bulunmuştur (82).

Postpartum depresyonun insidansını saptamak için yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar çıkmasının nedeni, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması ve kesme puanının değişik kullanılmasıdır (10,15).

## **7.2. Sosyodemografik Özellikler**

**7.2.1. Anne Yaşı:** Anne yaşı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak veriler epidemiyolojik olarak odds ratio (OR) ile değerlendirildiğinde OR=1.194 (0.621-2.294) olarak bulundu. 25 ve daha genç yaşlarda olanlarda postpartum depresyon sıklığı %20.6 iken, 26 yaş ve üzerinde olanlarda %17.8 olup, postpartum depresyon 25 ve daha genç yaşlarda olanlarda, 26 yaş ve üzerinelere göre 1.194 kez daha fazla idi.

Aderibigbe ve arkadaşları postpartum 6. haftada olan 277 Nijeryalı annede yaptıkları postpartum depresyon çalışmasında yaş ile EPDS skorları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuşlardır (83). Verkerk ve arkadaşları da Hollanda'da yaptıkları

çalışmada EPDS'e göre postpartum depresyon tanısı alan annelerin yaşları ile postpartum depresyon tanısı almayan annelerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (84).

Georgiopoulos ve arkadaşları, küçük anne yaşının postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (38,85). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında da küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir (80).

**7.2.2. Annenin Eğitim Durumu:** Annelerin eğitim durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.381 (0.642-2.972) idi. İlkokul ve daha az eğitilmişlerde postpartum depresyon sıklığı %20.7 iken, ortaokul ve üstü eğitilmişlerde %15.9 olup, postpartum depresyon ilkokul ve daha az eğitilmişlerde ortaokul ve üstü eğitilmişlere göre 1.381 kez daha fazla idi.

Postpartum depresyon ile eğitim düzeyi ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Verkerk ve arkadaşları Hollanda da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (84).

Ülkemizde de Vural ve Akkuzu'nun vaginal yolla ilk canlı doğumu yapan annelerde, Ekuklu ve arkadaşları Edirne'de yaptıkları çalışmalarda annelerin eğitim düzeyi ile depresyon sıklığı arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır (2,21).

Dündar, çalışmasında annelerin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon puanları arasında bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça postpartum depresyon puanının azaldığını saptamıştır (82). İnandı ve arkadaşlarının çalışmalarında da eğitim düzeyi azaldıkça postpartum depresyon oranının arttığı bildirilmiştir (80). Campbell ve arkadaşları 1033 kadında yaptıkları çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları için düşük eğitim düzeyine sahip kadınların postpartum depresyona daha yatkın olduğunu belirtmişlerdir (86). Aderibigbe ve arkadaşları Nijeryalı

kadınlarla yaptıkları çalışmada eğitim süresi 6 yıl ve daha altında olan annelerin postpartum depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (83).

**7.2.3. Annenin Mesleği:** Annenin mesleki durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.968 (0.240-16.130) idi. Çalışmayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %19.7 iken, çalışan annelerde %11.1 olup, çalışmayan annelerde çalışan annelere göre postpartum depresyon 1.968 kez fazla bulundu.

Annenin mesleği ile postpartum depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Nur ve arkadaşlarının Sivas'ta, İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin orta ve doğusunda yaptıkları çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı ile annenin çalışmaması arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (79,80). Atasoy ve arkadaşlarının Zonguldak'ta yaptıkları çalışmada ise çalışan annelerde postpartum depresyon görülme olasılığı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (23). Annenin çalışma durumunun postpartum depresyona etkisinin daha büyük örneklerde çalışılması bu konuya açıklık getirebilir.

**7.2.4. Eşin Eğitim Durumu:** Annelerin eşlerinin eğitim durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=2.125 (1.092-4.134) idi. Eşleri ilkökul ve daha az eğitilmişlerde %25.0 olan postpartum depresyon sıklığı, ortaokul ve üstü eğitilmişlerde %13.6 olup, ilkökul ve az eğitilmişlerde ortaokul ve üstü eğitimlere göre postpartum depresyon 2.125 kez fazla bulundu.

Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda ise farklı sonuçlar bulunmuştur. Dündar Manisa'daki çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (82). Ekuklu ve arkadaşları Edirne'deki

çalışmalarında, kadınların eşlerinin eğitim düzeyi düştükçe postpartum depresyon sıklığının arttığını saptamışlardır (21). Sünter ve arkadaşları Samsun'daki çalışmalarında eşleri lise ve altı eğitim düzeyine sahip olma durumunda postpartum depresyon sıklığını 2 kat daha fazla bulmuşlardır (81).

**7.2.5. Eşinin Mesleği:** Annelerin postpartum depresyon sıklığı ile eşlerinin mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Dündar, Manisa'daki çalışmasında eşlerin çalışma durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur (82). Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'deki çalışmasında, eşleri çalışmayan annelerde postpartum depresyon sıklığının arttığını saptamışlardır (21). Nur ve arkadaşlarının Sivas'taki çalışmasında postpartum depresyon sıklığı ile eşlerin çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eşleri çalışmayan kadınlarda postpartum depresyon daha çok görülmüştür (79).

**7.2.6. Yerleşim Yeri:** Annelerin yerleşim yeri ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.721 (0.515-5.748) idi. Köy ve ilçede oturanlarda postpartum depresyon sıklığı %28.6 iken, illerde oturanlarda %18.9 olup, köy ve ilçelerde yaşayanlarda postpartum depresyon illerde yaşayanlara göre 1.721 kez daha fazladır.

Hocaoğlu ve arkadaşlarının Trabzon'daki çalışmasında, yerleşim yeri ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (87).

Danacı ve arkadaşları Manisa il merkezindeki çalışmalarında, postpartum depresyon sıklığının gecekonduda yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre 2.77 kat daha sık görüldüğünü saptamışlardır (88). İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında ise, köyde veya

kırsal alanda yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığı şehirde yaşayanlara göre 1.02 kez daha çok görülmüştür (80).

**7.2.7. Oturulan Ev:** Annelerin oturdukları evin kendilerine ait ya da kira olması ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.711 (0.630-4.651) idi. Kendi evinde oturanlarda postpartum depresyon sıklığı %13.2 iken, kirada oturanlarda %20.6 olup, kirada oturanlarda kendi evi olanlara göre postpartum depresyon 1.711 kez fazla bulundu.

Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne’de, Hocaoğlu ve arkadaşlarının Trabzon’da yaptıkları çalışmada, annelerin oturdukları evin kendilerine ait ya da kira olması ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21,87)

**7.2.8. Oturulan Evin Oda Sayısı:** Annelerin oturdukları evin oda sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.841 (0.946-3.581) idi. Evleri 3 ve daha az odalı olanlarda postpartum depresyon sıklığı %23.7 iken, evleri 4 ve daha fazla odalı olanlarda %14.4 olup, az odalı evlerde yaşayanlarda postpartum depresyon 1.841 kez daha fazla tespit edildi.

Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne’de yaptıkları çalışmada da annelerin oturdukları evin oda sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21).

**7.2.9. Aile Tipi:** Annelerin aile tipi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. OR=1.067 (0.539-2.109) idi. Çekirdek ailelerde



postpartum depresyon sıklığı %19.8 iken, geniş ailelerde %18.8 olup, çekirdek ailelerde geniş ailelere göre postpartum depresyon 1.067 kez fazla bulundu.

Vural ve Akkuzu'nun, vaginal yolla ilk canlı doğumunu yapan annelerde yaptıkları çalışmada, Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'deki, Danacı ve arkadaşlarının Manisa'daki çalışmasında, aile tipi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (2,21,88).

**7.2.10. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi:** Çalışmamızda ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.025$ ). OR=2.196 (1.092-4.415) idi. Ailenin aylık gelir düzeyi 499 YTL ve altı olanlarda postpartum depresyon sıklığı %24.3 iken, aylık gelir düzeyi 500 YTL ve üzeri olanlarda postpartum depresyon sıklığı %12.7 olup, 499 YTL ve altı olanlarda 500 YTL ve üzeri olanlara göre postpartum depresyon 2.196 kez fazla bulunmuştur.

Ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında, ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ailenin gelir düzeyi kötü olanlarda postpartum depresyon 3.30 kez, çok kötü olanlarda 6.15 kez daha fazladır (80). Türkistanlı ve arkadaşlarının İzmir'de yaptıkları çalışmada, geliri gidere göre daha az olan grupta postpartum depresyon daha sık görülmüştür (27). Dündar çalışmasında, ailenin aylık gelir düzeyi kötü olanlarda postpartum depresyonun daha sık görüldüğünü saptamıştır (82).

Danacı ve arkadaşları çalışmalarında, ailenin aylık gelir düzeyi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (88).

**7.2.11. Sağlık Güvencesi:** Sağlık güvencesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.644 (0.804-3.361) idi. Sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresyon sıklığı %25.9 iken sağlık güvencesi olanlarda %17.6 olup, sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresyon sağlık güvencesi olanlara göre 1.644 kez fazla bulundu.

Dündar çalışmasında annelerin sağlık güvencesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında bir ilişki olmadığı saptanmışken, Sünter ve arkadaşları çalışmalarında sağlık güvencesi olmayanlarda postpartum depresyonun 2.1 kat daha fazla olduğunu saptanmışlardır (81,82).

**7.2.12. Evlenme Yaşı:** Annelerin evlenme yaşı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.015 (0.466-2.212) idi. Evlenme yaşı 17 ve daha küçük olanlarda postpartum depresyon 1.015 kez fazla idi.

Atasoy ve Dündar'ın yaptıkları çalışmalarda annelerin evlenme yaşı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (23,82).

**7.2.13. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:** Annelerin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda postpartum depresyon sıklığı %35.3 iken, ailede öykü vermeyenlerde %18.2'dir.

Hocaoğlu ve Ekuklu'nun çalışmalarında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (21,87).

Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise eşinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerde postpartum depresyon sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (88). Aries ve arkadaşları da babada depresyon öyküsü olmasını anlamlı

bulmuşlardır. Babada psikiyatrik bir hastalık olması hem ruhsal olarak anneyi etkilemesi hem de bu durumdaki bir babanın gebelik ve doğum sonrasında gerekli desteği sağlayamaması olasıdır (89).

Sünter ve arkadaşlarının Samsun'daki çalışmasında, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda postpartum depresyon, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara göre 2.8 kat daha fazla bulunmuştur (81).

### **7.3. Gebelik Özellikleri**

**7.3.1. İlk Doğum Yaşı:** Annelerin ilk doğum yaşı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.419 (0.436-4.614) idi. İlk doğumunu 17 ve daha erken yaşlarda yapanlarda postpartum depresyon sıklığı %25.0 iken, 18 yaş ve üzerinde doğum yapanlarda %19.0 olup, 17 ve daha erken yaşlarda doğum yapanlarda postpartum depresyon 1.419 kez fazla bulunmuştur.

Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne'deki çalışmasında, annelerin ilk doğum yaşı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Annelerin ilk doğum yaşı ortalamaları depresyonlu grupta  $21.3 \pm 2.8$ , depresyonlu olmayan grupta ise  $23.5 \pm 4.9$ 'dur ve postpartum depresyon saptanan grubun ilk doğum yaş ortalaması önemli derecede küçük bulunmuştur (21).

**7.3.2. Gebelik Sayısı:** Çalışmamızda gebelik sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. 2 ve daha fazla sayıda gebeliği olanlarda postpartum depresyon sıklığı %21.3 iken, 1 gebeliği olanlarda %17.0'dir

Bu çalışmaya benzer şekilde, Türkistanlı ve arkadaşlarının İzmir'de, Sünter ve arkadaşlarının Samsun'da, Hocaoğlu ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları çalışmalarda

gebelik sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (27,81,87).

**7.3.3. Ölü Doğum Öyküsü:** Annelerin ölü doğum öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı

Atasoy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ölü doğum öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (23).

**7.3.4. Düşük Öyküsü:** Annelerin düşük öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı

Atasoy ve Sünter'in yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde düşük öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (23,81).

Kitamura ve arkadaşlarının Japonya'da, Eberhard-Gran ve arkadaşlarının Norveç'te yaptıkları çalışmalarda da düşük öyküsü ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (90,91).

İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde 3 ya da daha fazla düşük öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı, düşük öyküsü olmayan kadınlara göre 2.4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (80).

**7.3.5. Yaşayan Çocuk Sayısı:** Yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. 2 ve daha fazla sayıda çocuğu olanlarda postpartum depresyon sıklığı %22.0 iken, 1 çocuğu olanlarda %16.8'di.

Ülkemizde Türkistanlı, Ekuklu ve Dündar'ın yaptıkları çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21,27,82).

Danacı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesine neden olan önemli bir etmen olarak belirlenmiştir (88). Portekiz’de bir kent merkezinde 352 anneden oluşan örnekleme yapılan çalışmada da çocuk sayısının fazla olması yüksek depresyon puanlarına yol açan bir etmen olarak gösterilmiştir (77).

Annelerin doğum sayısı arttıkça, yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluk depresyon sıklığının artmasında önemli bir neden olarak görülür.

**7.3.6. Bir Önceki Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşanması:** Annelerin bir önceki gebeliklerinde herhangi bir tıbbi sorun yaşaması ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Bu konu ile ilgili çok az çalışma yapılmış olup ülkemizde Ekuklu ve arkadaşlarının çalışmasında, önceki gebeliklerinde annelerin sorun yaşamaları ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.05$ ). Önceki gebeliklerinde sorun yaşamayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %25.0 iken, bu sıklık sorun yaşamış olanlarda %64.3’e yükselmiştir. Sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon daha fazla görülmekteydi (21).

**7.3.7. Önceki Gebeliklerden Sonra Ruhsal Sorun Öyküsü:** Annelerin önceki gebeliklerden sonra ruhsal sorun yaşamaları ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0.001$ ). Önceki gebeliklerden sonra ruhsal sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %44.4 iken, sorun yaşamayanlarda depresyon sıklığı %15.6’dır.

Ülkemizde Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığı yüksek

bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Önceki gebeliklerinde ruhsal sorun yaşamayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %30 dolayında iken, sorun yaşamış olan 14 annenin 12'sinde postpartum depresyon gelişmiştir (21). Hocaoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşanması ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmışlardır (87). Danacı ve arkadaşlarının çalışmasında daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında ruhsal sorun yaşamış annelerin sonraki gebeliklerinde postpartum depresyon görülme riski 8.87 kat artmıştır (88).

Annenin özgeçmişinde depresyon öyküsü olması diğer çalışmalarda da önemli bir risk faktörü olarak gözlenmiştir (10,11). Areias ve arkadaşlarının Portekiz'de yaptıkları bir çalışmada annede depresyon öyküsü olması, postpartum depresyon açısından en önemli risk etmenlerinde biri olarak değerlendirilmiştir (89). Unterman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, önceki doğum sonrası depresyonla son gebeliğindeki depresyon arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (6).

**7.3.8. Bir Önceki Doğum Şekli:** Annelerin bir önceki doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Postpartum depresyon sıklığı normal doğum yapanlarda %22.2 iken sezaryen olanlarda %25.0'dır.

Ülkemizde Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da annelerin bir önceki gebeliğinin sonuçlanma biçimi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (21).

## 7.4. Son Gebeliğe Ait Özellikler

**7.4.1. Postpartum Ay (Doğumdan Sonra Geçen Süre):** Annelerde doğumdan sonra geçen süre ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak çalışmaya katılan annelerde 4. aydan itibaren özellikle de 5. ayda 2. ve 3. aya göre postpartum depresyon görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Postpartum 2. ve 3. aylarda postpartum depresyon sıklığı %16.8 iken, 4. 5. ve 6. aylarda postpartum depresyon sıklığı %23.7 bulundu.

Danacı ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada doğumdan sonra geçen süre ile postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Doğum sonu süre arttıkça annelerin depresyon puanları ve risk altında olanların oranları artmaktaydı (78).

**7.4.2. Gebelik İstemi:** Gebeliğin istenme durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.757 (0.780-3.955) idi. Bu gebeliği istemeyenlerde postpartum depresyon sıklığı %27.8 iken, bu gebeliği isteyenlerde postpartum depresyon sıklığı %18.0 bulundu. Bu gebeliği istemeyenlerde postpartum depresyon gebeliğini isteyenlerden 1.757 kez fazla idi.

Sünter ve Hocaoğlu'nun yaptıkları çalışmalarda postpartum depresyon sıklığı ile gebeliğin istenme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (81,87). Bloch ve arkadaşlarının İsrail'de yaptıkları çalışmada da gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (32).

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik olan annelerde postpartum depresyon sıklığı %63.6 iken, istenen gebelik olan kadınlarda postpartum depresyon sıklığı %32.8 olarak saptanmıştır. İstenmeyen gebelik postpartum depresyon

sıklığını neredeyse iki kat artırmaktadır (21). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise gebeliğin istenme durumu ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İstemedi gebe kalan kadınlarda postpartum depresyon 1.56 kez daha çok görülmüştür (80). Lane ve arkadaşlarının İrlanda'da yaptıkları çalışmada da istenmeyen gebelik yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığının arttığını saptanmıştır (92).

**7.4.3. Doğum Öncesi Bakım:** Annelerin gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşunda doğum öncesi bakım alması ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.020$ ). OR=6.580 (1.067-40.564) idi. Gebeliği süresince hiç doğum öncesi bakım almayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %60.0 iken, doğum öncesi bakım alanlarda %18.6 olup, doğum öncesi bakım almayanlarda doğum öncesi bakım alanlara göre postpartum depresyon 6.580 kez fazla bulundu.

İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, doğum öncesi bakım almayan annelerde postpartum depresyon sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bakım almayan annelerde postpartum depresyon 1.74 kez daha çok görülmüştür (80).

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelerin % 95.0'ı gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup, postpartum depresyon sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21).

**7.4.4. Doğum Öncesi Bakım Yeri:** Annelerin gebelikteki doğum öncesi bakım yeri ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelerin %95.0'ı gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup, doğum öncesi bakım sayısı ve yeri ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21).



**7.4.5. Doğum Öncesi Bakım Sayısı:** Annelerin gebeliği süresince herhangi bir sağlık kuruluşundaki toplam doğum öncesi bakım sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.045$ ).  $OR=2.012$  ( $1.008-4.017$ ) idi. Gebeliği süresince 1-4 arası sayıda doğum öncesi bakım alan kadınlarda, 5 ve üzeri doğum öncesi bakım alan kadınlara göre postpartum depresyon daha sık görüldü. Gebeliği süresince 1-4 arası doğum öncesi bakım alan kadınlarda postpartum depresyon sıklığı %27.0 iken, 5 ve üzeri doğum öncesi bakım alanlarda ise postpartum depresyon sıklığı %15.5 idi. İzlem sayısı 5'den az olanlarda postpartum depresyon 2.012 kez fazla bulundu.

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelerin %95.0'ı gebelikleri süresince en az bir kez doğum öncesi bakım almış olup doğum öncesi bakım sayısı ile postpartum depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21).

Josefsson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise gebelik süresince doğum öncesi bakım sayısının çok sayıda olması, postpartum depresyon için kuvvetli bir risk faktörü olarak saptanmıştır (48).

**7.4.6. Bebek Cinsiyeti:** Çalışmamızda bebeğin cinsiyetinin doğum öncesi bilinmesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.  $OR=1.611$  ( $0.696-3.727$ ) idi. Doğum öncesi bebeğin cinsiyetini öğrenmeyenlerde postpartum depresyon sıklığı %26.5 iken, bebeğin cinsiyetini öğrenenlerde %18.3 olup, bebeğin cinsiyetini bilmeyenlerde bebeğin cinsiyetini bilenlere göre postpartum depresyon 1.611 kez daha fazla bulundu.

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelerin %85'i gebelikleri sırasında doğuracakları bebeğin cinsiyetini öğrenmişler. Ancak bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (21).

Hocaoğlu ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada doğacak bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (87).

Batıda yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasında ilişki olduğu görülmüştür (93).

**7.4.7. Bebek Cinsiyetinin Öğrenilmesi Sonucu Eşi ve/veya Eşinin Ailesindeki Tutum Değişikliğinin Etkisi:** Bebeğin cinsiyetinin bilinmesi sonucu eşi ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olan anneler ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.007$ ). Eşi ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olan kadınlarda postpartum depresyon sıklığı %30.8 iken, tutum değişikliği olmayan kadınlarda ise %14.1 idi.

Ekuklu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, annelerin %85'i gebelikleri sırasında doğuracakları bebeğin cinsiyetini öğrenmişler ve 22 (%12.4) anne bebeklerin cinsiyetini öğrendikten sonra eşlerinin ve/veya ailelerinin kendilerine karşı olan tutumlarında değişiklik olduğunu belirtmişler. Ancak bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi ve eşi veya ailesinde tutum değişikliği olması ya da olmaması ile postpartum depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (21).

**7.4.8. Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşanması:** Annelerin gebelikte tıbbi sorun yaşamaları ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0.028$ ). Gebelikte herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon sıklığı %24.6 iken, sorun yaşamayanlarda ise %13.4 idi.

İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan annelerde postpartum depresyon 1.67 kez daha fazla görülmüştür (80).

Ekuklu ve Sünter'in yaptıkları çalışmada ise gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan anneler ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21,81).

**7.4.9. Doğum Şekli:** Çalışmamızda doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. OR=1.175 (0.543-2.542) idi. Normal vajinal doğum yapanlarda postpartum depresyon sıklığı %20.0 iken, sezaryen olanlarda %17.5 olup, normal vajinal doğumda postpartum depresyon 1.175 kez daha fazladır.

Ekuklu ve Atasoy'un yaptıkları çalışmalarda doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışlardır (21,23).

Baker ve arkadaşlarının A.B.D'de 151 kadında, Tammentie ve arkadaşlarının Finlandiya'da 373 kadında yaptıkları çalışmalarda da doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışlardır (94,95).

Türkistanlı ve arkadaşları yaptıkları çalışmada doğum şekli ile postpartum depresyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Normal doğum yapan annelerde postpartum depresyon daha çok görülmüştür. Normal doğum yapanlarda postpartum depresyon sıklığı %36.7 iken, sezeryan ile doğum yapanlarda depresyon sıklığı % 17.5 idi. (27).

## 8. ÖZET

Bu çalışma, Konya ili Meram İlçesinde 24 ve 25 nolu sağlık ocaklarında postpartum depresyon sıklığını ve postpartum depresyonun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Bu çalışmanın evrenini, Konya'nın Meram ilçesindeki 24 ve 25 nolu sağlık ocağına 1 Aralık 2005-31 Ocak 2006 tarihleri arasında başvuran postpartum 2-6 aylık dönemde olan 242 anne oluşturdu. Çalışmaya alınan annelere araştırma konusu hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam formları imzalatıldı. Yüz yüze yöntemle anne tanıtım formu dolduruldu. Daha sonra annelerin kendileri tarafından EPDS formu dolduruldu. Ancak okur yazar olmayan annelere araştırmacı tarafından sorular yöneltildi ve cevaplar kaydedildi. EPDS kesme puanı 13 ve üstü olarak alındı.

Çalışmamız sonucunda EPDS'e göre (13 ve üzerinde puan alanlar) postpartum depresyon insidansı %19.4 olarak saptandı.

EPDS'e göre postpartum depresyon sıklığı, aylık geliri az olanlarda ( $p=0.025$ ), bir önceki gebeliğinden sonra ruhsal sorunu olanlarda ( $p=0.001$ ), doğum öncesi hiç bakım almamış olanlarda ( $p=0.020$ ), doğum öncesi izlem sayısı 4 ve altında olanlarda ( $p=0.045$ ), bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi sonucu eşi ve/veya eşinin ailesinde tutum değişikliği olanlarda ( $p=0.007$ ) ve bu gebeliği süresince tıbbi sorun yaşamış olanlarda ( $p=0.028$ ) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla idi.

Bu çalışmada, doğum sonu depresyon riskini belirleyen EPDS'e göre postpartum depresyon %19.4 gibi yüksek sıklıkta bulunmuştur. Değiştirilebilir risk faktörleri; doğum öncesi izlem sayıları, eş ve ailesinin bebeğin cinsiyeti konusundaki ön yargı ve saplantılarının sağlıklı eğitim ile değiştirilmesi, doğum öncesi nitelikli bakım olarak belirlenmiştir. Uzak vadedeki düzeltilebilir değişkenler ailelerin aylık gelir düzeyinin iyileştirilmesi olarak saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, risk faktörleri, EPDS ölçeği

## 9.SUMMARY

This study is constructed to determine the incidence of postpartum depression and the risk factors that may play role in arising of it in village clinics numbered 24 and 25 in county of Meram, Konya.

The universe of this study constitutes of 242 mothers in the postpartum period between 2-6 months who applied to village clinics numbered 24 and 25 in county of Meram, Konya between the dates of 1 December 2005-31 January 2006. After giving information about subject of the search to the mothers who took part in the study, their signatures were taken about accepting to participate in the study on approval forms. Mother introduction forms were filled using face to face method. Later, the EPDS forms were filled by the mothers. But the questions were asked to mothers who were not literate by the researcher and the answers were recorded. The cut-off point of EPDS was taken as 13 and over.

In the conclusion of our study, the incidence of postpartum depression was detected as 19.4% according to EPDS (the ones who took scores of 13 and over).

The incidence of postpartum depression according to EPDS were high in statistical sense among the mothers who had lower monthly income ( $p=0.025$ ), psychological problems after the preceding pregnancy ( $p=0.001$ ), not taken care before delivery ( $p=0.020$ ), had 4 and lower controls ( $p=0.045$ ), attitude changes among husbands and/or husbands' families ( $p=0.007$ ) and medical problems during pregnancies ( $p=0.028$ ).

In this study; the incidence of postpartum depression was found high as 19.4% according to EPDS that detects the risk of postpartum depression. The modifiable risk factors are determined as controlling number before delivery, changing the preconceptions and obsessions via healthy education and well-qualified care services before delivery. The

long-term improvable risk factors are detected as improving monthly incomes of the families.

Key words: Postpartum depression, risk factors, EPDS

## 10. KAYNAKLAR

1. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. 3P Dergisi Aralık 2004; (ek 4): 12-20.
2. Vural G, Akkuzu G. Normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; Cilt:1 Sayı 3: 33-37.
3. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 58-67.
4. Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. CMAJ 1986; 134: 31-37.
5. Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: A review. Compr Psychiatry 1989; 30: 109-112.
6. Unterman RR, Posner NA, Williams KN and et. Postpartum depressive disorders: Changing trends. Birth 1990; 17: 131-137.
7. Landy S, Montgomery J, Walsh S and et. Postpartum depression: A clinical view. Matern Child Nurs J 1989; 18: 1-29
8. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. Am J Psychiatry 1989; 146: 1413-1421.
9. Parry BL. Postpartum psychiatric sendromes. Comprehensive textbook of psychiatry, 6. baskı, cilt 1, HI Kaplan, BJ Sadock (ed), Baltimore, Williams & Wilkins 1995; 1059-1066.
10. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM and et. Prospective study of postpartum depression: Prevalance, course and predictive factors. J Abnorm Psychol 1984; 93: 158-171.
11. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiarty 1984; 144: 35-47.
12. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH and et. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. J Abnorm Psychol 1990; 99: 3-15.
13. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH and et. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989; 57: 269-274.



14. Whiffen VE. Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 467-474.
15. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arabculture: Prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 65-68.
16. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res.* 1996; 45: 297-303.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, 4. baskı (DSM-IV), E. Köroğlu (Çev.ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1995.
18. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201-220.
19. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000; 2: 64-70.
20. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 639-645.
21. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.26.htm> (erişim tarihi: 09.03.2005)
22. Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi Aralık 2004;* (ek 4): 3-6.
23. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L ve ark. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14: 252-257.
24. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001; 323: 257-260.
25. Bashırı N, Spielvogel MA. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1999; 6: 82-87.
26. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. *Prim Care Update Ob/Gyns* 1997; 4: 241-246.
27. Türkistanlı E, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. 2002 <http://www.dicle.edu.tr/halks/> (erişim tarihi: 17.10.2006).
28. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sted* 2001; 10: 333-334.

29. Kurt A, Kısa C. Postpartum hüüzün. 3P Dergisi Aralık 2004 (ek 4); 7-11.
30. Harris B, Johns S, Fung H and et. The hormonal environment of postnatal depression. Br J Psychiatry 1989; 154: 660-667.
31. Aşkın Rüstem. Depresyon el kitabı, 2. baskı, Konya 1999: 116-118.
32. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28: 3-8.
33. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1522-1525.
34. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA and et. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 801-806.
35. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ (Çev.Ed). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993; 184-187
36. Eltutan H. Öncüoğlu C. Kadınlara özgü psikiyatrik bozukluklar. Depresyon Dergisi 1997; 2: 74-80.
37. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. J Adv Nurs 1990; 15: 689-695.
38. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP and et. Population- based screening for postpartum depression. Obstet Gynecol 1999; 93: 653-657.
39. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 569-573.
40. Hannah P, Adams D, Lee A and et. Links between early postpartum mood and postnatal depression. Br J Psychiatry 1992; 160: 777-780.
41. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R and et. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-786.
42. Murray L ve Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. Br J Psychiatry 1990; 157: 288-290.
43. Boyce P, Hickie I, Parker G and et. Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. J Affect Disord 1991; 21: 245-255.
44. Roy A, Gang P, Cole K and et. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American Population. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1993; 17: 501-504.

45. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1996; İzmir (Yayımlanmamış uzmanlık tezi)
46. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM and et. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 122-132.
47. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M and et. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 1243-1258.
48. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G and et. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 223-228.
49. Kruckman L, Smith S, An introduction to postpartum illness. <http://www.postpartum.net> (erişim tarihi: 24.11.2006).
50. American Academy of Family Physicians: Postpartum depression and the “baby blues”. [http:// www.familydoctor.org/handouts/379.html.updated\\_2/2002](http://www.familydoctor.org/handouts/379.html.updated_2/2002) (erişim tarihi: 24.11.2006).
51. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD and et. Folates and pospartum depression. *J Affective Disord* 1992; 25: 235-242.
52. Murray D, Cox JL, Chapman G and et. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 595-600.
53. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M and et. Postpartum depression and postpartum adaptation: Overlapping constructs. *J Affect Disord* 1989; 17: 251-254.
54. Ekşi A. Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü: Ben hasta değilim. 1. baskı İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi 1999: 22-25.
55. Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours. *J Affect Disord* 2007; 98; 199-205.
56. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A and Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70: 291-306.
57. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-199.

58. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses-Kolko EL. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 353-360.
59. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1631-1637.
60. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 89-95.
61. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry, 7.baskı 2003: 494-496.
62. Cooper PJ, Campbell EA, Day A and et. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 799-806.
63. Noble RE. Depression in women. *Metabolism* 2005; 54: 49-52.
64. Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 167-169.
65. Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women *Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 7-14.
66. Aydin N, Inandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 483-486.
67. Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord* 2003; 76: 201-210.
68. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği* 2006; 126-127.
69. Harris B, Huckle P, Thomas R and et. The use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813-817.
70. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, de Jager M and et. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *S Afr Med J* 1998; 88: 1340-1344.

71. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191-195.
72. Glasser S, Barell V, Shoham A and et . Prospective study of postpartum depression in a Israeli cohort: Prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 155-164.
73. Abou Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 428-432.
74. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psyhiatr Scand* 1997; 95: 62-66.
75. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 1995; 123: 694-699.
76. Yoshida K, Marks MN, Kibe N and et. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J affect Disord* 1997; 43: 69-77.
77. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM and et. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26: 135-141.
78. Danaci AE, Dinc G, Deveci A, Sen FS, İçelli I. Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:125-129.
79. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26: 55-59.
80. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M and et. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-1207.
81. Sünter AT, Güz H, Ordulu F ve ark . Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansı ve risk faktörleri. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.33.htm> (erişim tarihi: 17.10.2006).
82. Dündar PE. Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm> (erişim tarihi: 04.09.2006).
83. Aderibigbe YA, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal emotional disorders in Nigerian women. A study of antecedents and associations. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 645-650.

84. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL and et . Patient preference for counselling predicts postpartum depression: A prospective 1-year follow up study in high-risk women . *J Affect Disord* 2004; 83: 43-48.
85. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998; 49: 167-180.
86. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
87. Hocaoğlu Ç, Ayvaz S, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 243-251
88. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 204-211.
89. Areias ME, Kumar R, Barros H and et. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 36-41.
90. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K and et. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 121-130.
91. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-433.
92. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 550-555.
93. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
94. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R; Healthy Start CORPS. Prevalence of postpartum depression in a native American population. *Matern Child Health J.* 2005; 9: 21-25.
95. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract* 2002; 8: 240-246.

## 11. EKLER

### EK-1 ANNE TANITIM FORMU

1- Annenin adı soyadı :.....

2- Annenin doğum tarihi:.....

3- Doğum yapma tarihi:.....

4- Annenin mesleği;

- 1-Ev hanımı
- 2-Memur
- 3-İşçi

- 4- Serbest
- 5- Diğer.....

5- Annenin eğitim düzeyi;

- 1- Okur-yazar değil
- 2- Okur-yazar
- 3- İlkokul

- 4- Ortaokul
- 5- Lise
- 6- Yüksek okul veya üniversite

6- Eşinizin mesleği;

- 1- İşsiz
- 2- Memur
- 3- İşçi

- 4- Esnaf
- 5- Diğer.....

7- Eşinizin eğitim durumu;

- 1- Okur-yazar değil
- 2- Okur-yazar
- 3- İlkokul

- 4- Ortaokul
- 5- Lise
- 6- Yüksekokul veya üniversite

8- Yerleşim yeri;

- 1- Köy
- 2- İlçe
- 3- İl

9- Oturduğunuz ev mülkünüz mü?

- 1- Evet
- 2- Hayır

**10- Oturduğunuz evin kaç odası var?**

- 1- 1 odalı
- 2- 2 odalı
- 3- 3 odalı
- 4- 4 ve daha fazla odalı

**11- Evde eşiniz ve çocuklarınızdan başka kimselerde yaşıyor mu ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**12- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?**

- 1- Anne-baba
- 2- Kardeş
- 3- Anne-baba-kardeş

**13- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu durumdan memnun musunuz?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**14- Yukarıdaki cevabınızın sebebini açıklayınız.**

- 1-
- 2-
- 3-

**15- Aylık gelir düzeyiniz ne kadar ?**

- 1- 499 YTL ve altı
- 2- 500 YTL ve üstü

**16- Sağlık güvenceniz var mı?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**17- Evlenme yaşı : .....**

**18- İlk doğum yaşı: .....**

**19- Hamilelik sayısı : .....**

- Canlı doğum sayısı :
- Ölü doğum sayısı :
- Yaşayan çocuk sayısı :



**20- Düşük sayısı :**

Spontan :

Provake :

**21- Bu gebeliği istiyor muydunuz ?**

1- Evet

2- Hayır

**22- Yukarıdaki soruya HAYIR cevabı verdiyseniz istememe sebepleriniz nelerdir ?**

1-

2-

3-

**23- Gebeliğiniz süresince takip oldunuz mu?**

1- Evet

2- Hayır

**24- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise nerede takip oldunuz ?**

1- Sağlık ocağında

2- Hastanede

3- Özel sağlık merkezinde

4- Diğer.....

**25- Doğum öncesi kaç kez bakım aldınız ?.....**

**26- Doğumdan önce bebeğin cinsiyetini öğrendiniz mi ?**

1- Evet

2- Hayır

**27- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise ; öğrendikten sonra eşinizin ve/veya ailesinin size karşı tutumlarında değişme oldu mu ?**

1- Evet

2- Hayır

**28- Yukarıdaki sorunun cevabı EVET ise bu tutum değişikliği nasıl oldu ?**

1- Olumlu

2- Olumsuz

3- Değişiklik olmadı

**29- Bu gebelik süresince herhangi tıbbi bir sorun yaşadınız mı?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**30- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler ?**

- 1- Ağrı
- 2- Ödem
- 3- Düşük tehditi
- 4- Bulantı-Kusma
- 5- Kanama
- 6-Tansiyon yüksekliği
- 7- Gebeliğe bağlı şeker yüksekliği
- 8- İdrar yolu enfeksiyonu
- 9- Anemi
- 10- Diğer.....

**31- Bir önceki gebeliğinizde herhangi tıbbi bir sorun yaşadınız mı?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**32- Yukarıdaki soruya cevabınız EVET ise bu sorunlar neler?**

- 1- Ağrı
- 2- Ödem
- 3- Bulantı - kusma
- 4- Kanama
- 5- Düşük tehditi
- 6- Düşük
- 7- Tansiyon yüksekliği
- 8- Gebeliğe bağlı şeker yüksekliği
- 9- İdrar yolu enfeksiyonu
- 10- Erken doğum
- 11- Anemi
- 12- Diğer.....

**33- Önceki gebeliklerde yada önceki doğumlardan sonra herhangi bir ruhsal sorun oldu mu ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**34- Yakın akrabalarınızda yada ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**35- Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ?**

- 1- Normal doğum
- 2- Sezaryen
- 3- Düşük
- 4- Müdahaleli doğum (forseps, vakum, elle halas vb.)

**36- Şimdiki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ?**

- 1- Normal doğum
- 2- Sezaryen
- 3- Diğer

**37- Eğer sezaryen ise bunun sebebi nedir ?**

- 1-
- 2-
- 3-

## EK-2 ENDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

### 1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

Son 7 gündür;

### 2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

### 3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

**4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.**

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

Son 7 gündür;

**5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.**

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

Son 7 gündür;

**6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.**

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

Son 7 gündür;

**7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.**

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

Son 7 gündür;

**8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.**

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

Son 7 gündür;

**9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.**

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

Son 7 gündür;

**10. Kendime verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.**

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

## 12. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde beni her zaman teşvik eden ve yol gösteren Sayın Prof. Dr. Selma Çivi'ye, yardımlarını hiç esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Ruhuşen Kutlu ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Kamile Marakoğlu'na, ayrıca bu çalışmanın yürütülmesinde yardımcı olan 24 ve 25 nolu sağlık ocağında çalışanlarına teşekkürü borç bilirim.

Uzmanlık eğitimi süresince eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve daima uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Her zaman için desteğini esirgemeyen aileme, Dr. Şule Şahsıvar ve Dr. Orkun Şahsıvar'a teşekkür ederim.

Dr. Saniye Özdemir

Konya 2007