

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**



Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşegül ÖZSALİH YILMAZ

TRABZON 2021

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA POSTPARTUM DEPRESYON RİSKİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşegül ÖZSALİH YILMAZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Elif ATEŞ

TRABZON 2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitim sürecimde ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam Doç. Dr. Elif ATEŞ'e,

Eğitim sürecim boyunca desteğini yanımda hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Turan SET'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine,

Hayatımın her anında yanımda olan, sevgileri ve desteklerini hep hissettiğim çok değerli anneme, babama, kardeşlerime ve hayat arkadaşım Ümit Yavuz YILMAZ'a

Teşekkür ederim.

Dr. Ayşegül ÖZSALİH YILMAZ

ÖZET

Birinci Basamakta Postpartum Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Postpartum depresyon, doğumdan sonraki bir yıl içinde görülen ve psikotik içerikte olmayan majör depresyon atağıdır. Postpartum depresyon hem anne ve bebek hem de tüm aile için ciddi sonuçlara neden olabileceğinden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 0-12 ay bebeği olan kadınlarda postpartum depresyon riskinin belirlenmesi ve sosyodemografik risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Çalışmamız Temmuz 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında Trabzon ilinde üç farklı bölgedeki aile sağlığı merkezinde kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olarak 196 katılımcı ile gerçekleştirildi. Gönüllü katılımcılara demografik bilgiler anketi ve Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. EPDÖ skoru ≥ 13 olan katılımcılar PPD riski var kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların EPDÖ skoru ortancası 4,00 (0,00-26,00) idi. Çalışmamızda postpartum depresyon risk sıklığı %16,3 (n=32) olarak bulundu. Katılımcıların erken evlenme yaşı, düşük aylık gelir düzeyi, eşin çalışmıyor olması, birden fazla çocuk sahibi olmak, gebeliğin planlı olmaması, bebeğin yoğun bakımda yatış öyküsü, bebeğin hastalık öyküsü, eş ile ilişki ve gebelikte eş desteğinin kötü olması, depresyon ya da postpartum depresyon öyküsü, gebelikte sigara kullanımı ve hayatında stresör faktör varlığı postpartum depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda, yaklaşık 6 kadından birinin postpartum depresyon riski altında olduğu saptandı. Postpartum depresyon, annenin işlevselliğini sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren, birinci basamak sağlık çalışanları için önemli psikiyatrik hastalıklardandır. Bu nedenle kadınlar doğum sonrası dönemde değerlendirilmeli ve postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri göz önünde bulundurularak psikososyal olarak takip edilmelidir.

Anahtar kelimeler: postpartum, depresyon, risk faktörleri, aile hekimliği

SUMMARY

Evaluation of Postpartum Depression Risk and Associated Factors in Primary Care

Aim: Postpartum depression is a major depressive episode that is not psychotic and occurs within one year after birth. Postpartum depression is a significant public health problem as it can have serious consequences for both mother and baby and the whole family. In our study, it was aimed to determine the risk of postpartum depression and to evaluate the sociodemographic risk factors in women with 0-12 months old babies who applied to primary health care institutions.

Method: Our study was carried out with 196 participants as a cross-sectional, descriptive study in family health centers in three different regions in Trabzon between July 2020 and January 2021. The demographic information questionnaire and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was applied to the volunteer participants by face-to-face interview technique. Participants with an EPDS score of ≥ 13 were considered to have increased PPD risk.

Results: The median EPDS score of the participants was 4.00 (0.00-26.00). In our study, the risk of postpartum depression was found to be 16.3% (n=32). In addition, early marriage age, low monthly income, unemployed spouse, having more than one child, unplanned pregnancy, history of hospitalization of the baby in intensive care unit, history of illness in the baby, poor relationship with spouse, insufficient spouse support during pregnancy, history of depression or postpartum depression, smoking during pregnancy and the presence of a stressor in mother's life were associated with the increased postpartum depression risk ($p < 0.05$).

Conclusion: In our study, it was observed that approximately 1 out of 6 women was at risk of postpartum depression. Postpartum depression is one of the important psychiatric diseases for primary health care workers that reduces the quality of life of the mother. Therefore, women should be evaluated during the postpartum period and followed psychosocially considering the risk factors associated with postpartum depression.

Keywords: postpartum, depression, risk factors, family medicine

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon.....	3
2.1.1. Depresyonun Tanımı	3
2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi.....	5
2.1.5. Depresyonun Risk Faktörleri	6
2.1.6. Depresyonun Klinik Belirti ve Bulguları	9
2.1.7. Depresyonun Tanı Kriterleri	10
2.2. Postpartum Depresyon	12
2.2.1. Postpartum Depresyonun Tanımı.....	12
2.2.2. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi.....	13
2.2.3. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi	14
2.2.4. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri	14
2.2.5. Postpartum Depresyonun Klinik Belirtileri ve Bulguları.....	17
2.2.6. Postpartum Depresyonun Ayırıcı Tanısı	17
2.2.7. Postpartum Depresyonun Taraması	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Çalışmanın Yapısı	20
3.2. Örneklem	20
3.3. Veri Toplama Araçları.....	20
3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi	20
3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.....	21
3.4. Çalışmanın Yürütülmesi.....	21
3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	24
3.6. Sonuç Ölçütü	24

3.7. İstatiksel Analiz	24
3.8. Etik Konular	25
4. BULGULAR	26
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	26
4.2. Katılımcıların Bebeklerine İlişkin Özellikler	28
4.3. Katılımcıların Aile İlişkileri ve Sosyal Destek Özellikleri	28
4.4. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri	30
4.5. Katılımcıların Gebelik ve Son Doğuma İlişkin Özellikleri	30
4.6. Katılımcıların EPDÖ Skoruna Göre PPD Riski	33
4.7. PPD Riski ile İlişkili Faktörlerinin Değerlendirilmesi	33
4.7.1. Sosyodemografik Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki	33
4.7.2. Bebeklere İlişkin Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki	37
4.7.3. Sosyal Destek Tutumları ile PPD Riski Arasındaki İlişki	38
4.7.4. Genel Sağlık Özellikleri ile PPD Riski Arasındaki İlişki	40
4.7.5. Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki ...	41
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER	79
Ek-1. Demografik Bilgiler Anketi	79
Ek-2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	82
Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-4. Etik Kurul Onayı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-5. İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu Toplantı Tutanağı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

PPD : Postpartum Depresyon

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD : International Classification of Diseases

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

HPA : Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

PDTÖ: Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

STAI : Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

EPDÖ: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 2. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	28
Tablo 3. Katılımcıların aile ilişkileri ve sosyal destek tutumlarının dağılımı.....	29
Tablo 4. Katılımcıların genel sağlık özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 5. Katılımcıların gebelik ve son doğum ilişkin özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 6. Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin sağlık özelliklerinin dağılımı..	32
Tablo 8. Bebeklere ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması	37
Tablo 9. Sosyal destek tutumları ile PPD riskinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 10. Genel sağlık özellikleri ile PPD riskinin karşılaştırılması	40
Tablo 11. Gebelik ve son doğuma ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması	41
Tablo 12. Son gebeliğe ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması	42

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların doğum şekline göre dağılımı	31
Grafik 2. Katılımcıların EPDÖ skoruna göre PPD risk dağılımı	33
Grafik 3. Yaş ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki	34
Grafik 4. Evlenme yaşı ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki	34
Grafik 5. Aylık gelir ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki.....	35



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren, birinci basamak sağlık çalışanları için önemli psikiyatrik hastalıklardan biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre majör depresif bozukluk dünya nüfusunun %12-20'sini etkiler. Kadınlarda depresyon görülme olasılığı erkeklere kıyasla iki kat daha fazladır ve kadınlar anksiyetenin eşlik ettiği daha ciddi semptomlarla başvururlar (2).

Gebelik ve doğumda ortaya çıkan fizyolojik, sosyal ve ruhsal değişimlere birçok kadın rahatlıkla uyum sağlarken, bir kısmında ise kalıcı ruhsal değişiklikler görülebilmektedir (3). Gebelikte ruhsal hastalık riski düşük olmakla birlikte postpartum dönemde ciddi bir artış söz konusudur (4). Bir kadın için ruhsal hastalıklara yakalanma riski postpartum dönemde en yüksektir (5).

Doğum sonrası görülebilen psikiyatrik hastalıklar postpartum depresyon, annelik hüznü ve postpartum psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Postpartum depresyon (PPD) doğumdan sonraki bir yıl içinde görülen ve psikotik içerikte olmayan majör depresyon atağıdır (6). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sağlık sorunu olan postpartum depresyon doğumun en sık komplikasyonudur ve yaklaşık % 10-15 oranında görülmektedir (4).

Postpartum depresyonun etiolojisinde psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler etkilidir (7). Postpartum depresyonun en önemli risk faktörü geçirilmiş majör depresyon ya da geçmiş gebeliklerde depresyon öyküsüdür (8).

Postpartum depresyon hem anne için hem de bebek ve bütün aile için olumsuz sonuçlara neden olabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Postpartum depresyonda anne ile bebek arasındaki ilişki ciddi şekilde bozulur. Depresif anneler bebekleriyle sağlıklı duygusal bağ kuramadıkları için bu çocuklar duygusal ve davranışsal sorunların yanı sıra bilişsel fonksiyonlarda da güçlük yaşarlar (7). Bu nedenle perinatal dönemde depresyonun taranması ve tedavi edilmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Postpartum dönem kadınların mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönem olduğundan, bazı kadınların depresif duygular hissetmeleri suçluluk duymalarına ve belirtilerini saklamalarına neden olabilir. Bu durum ise postpartum depresyonun tanınmasını zorlaştırabileceği için birinci basamakta gebe ve lohusa izlemlerinde postpartum depresyon unutulmaması gereken önemli bir konudur (9).

Çalışmamızda; Trabzon ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 0-12 ay bebeği olan kadınlarda postpartum depresyon riskinin belirlenmesi ve postpartum depresyon ile ilişkili olabilecek sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde her gün birçok kadının doğum yaptığı düşünülürse, kadınların doğum sonrası ruhsal açıdan da değerlendirilmesinin önemine ve postpartum depresyon taraması ile ilgili farkındalığın artırılmasına katkı sağlayabiliriz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında ilk tanımlanan hastalıklardan biridir. Yazılı ve görsel kaynaklarda eski çağlarda depresyon benzeri tabloların betimlendiği bilinmektedir. Ağır depresyon geçiren insanlara Yunan ve Latin kaynaklarda sıkça rastlanmaktadır. Kronik depresyon anlamına gelen melankolinin ilk kez Hipokrat döneminde kullanılmaya başlandığı görülmektedir (10).

Duygudurum; üzüntü, sevinç, kızgınlık gibi duygulanımların kişi üzerinde hâkim olma durumudur yani kişinin nasıl hissettiğini tanımlayan ve davranışlarını değiştiren bir süreçtir. Duygudurum bozuklukları Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)'te; depresif bozukluklar, distimik bozukluk, bipolar ve ilişkili bozukluklar ve siklotimi olarak yer almaktadır. Birinci basamakta en sık karşılaşılan duygudurum bozukluğu depresyondur. Depresyon kelimesi, kelime anlamı “çökme”, “alçakta olmak”, “bastırmak” anlamına gelen Latince’de “depressus” kelimesinden gelmektedir (11).

Depresyon halk sağlığını dünya genelinde en çok tehdit eden sorunlardan biridir. Depresyonun; sık görülmesi, tanı konulmasındaki zorluklar, kronikleşme riskinin ve intihar eğiliminin artması, işlevsellik kaybı ve ekonomik kayıp gibi sonuçları nedeniyle önemi gün geçtikçe artmaktadır (12).

2.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon (çökkünlük); genel olarak derin üzüntülü ya da bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, suçluluk, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık, intihar planı gibi duygu ve düşünceleri içeren bir sendromdur. Depresyon bilişsel ve emosyonel olarak birçok belirti içermektedir. Bu belirtiler hafif düzeyden şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (13).

Depresyon, primer duygudurum bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi başka bir psikiyatrik ve tıbbi duruma sekonder de görülebilir. Depresyon, belirtilerin

yaygınlığı ve klinik olarak önemli sorunlara yol açması , kronikleşme ve tekrarlama oranlarının yüksek olması, işlevsellikte azalmaya ve intihar riskinde artışa neden olması nedeniyle sendrom olarak kabul edilmektedir (14).

Majör depresif bozukluk depresyonun temel biçimidir ve tekrarlayan depresif dönemler ile karakterizedir. Tanı en az 2 hafta süren tek bir depresyon atağından sonra konulabilir. Depresif nöbet uzun süre devam ederse kronik depresyon olarak adlandırılır. Depresif belirtiler en az 2 yıl boyunca çoğu gün mevcutsa ve 2 ayı aşan herhangi bir remisyon dönemi yoksa kalıcı depresif bozukluk veya distimi olarak adlandırılır (15).

Depresyon sınıflamasında DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th edition) kullanılan iki sistemdi (16,17). DSM-5 sınıflandırma sistemi, ICD-10'dan farklı olarak sadece zihinsel bozukların sınıflandırılmasında kullanılmaktadır.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-5 kriterlerine göre depresif bozukluk alt gruplar (14):

- Majör depresif bozukluk (unipolar depresif bozukluk)
- Kalıcı depresif bozukluk (distimi)
- Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Madde / İlaç kullanımına bağlı depresif bozukluk
- Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- Tanımlanmış diğer bir depresif bozukluk
- Tanımlanmamış depresif bozukluk

ICD-10 sınıflandırma sisteminde duygudurum bozuklukları zihinsel ve davranışsal bozuklukların bir parçası olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'da depresyon, depresif epizod ve tekrarlayan depresif bozukluk olarak tanımlanmıştır (17).

2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Majör depresif bozukluk, psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren yaygın bir hastalıktır. DSÖ'ne göre, majör depresyon hastalık yükü nedenleri arasında dünya çapında 3. sırada yer almakta ve 2030 yılına kadar ilk sırada yer alacağı öngörülmektedir (15). Majör depresif bozukluğun yıllık insidansı ülkeler arasında önemli ölçüde değişiklik gösterir ancak genel olarak yaklaşık %6 civarındadır (18). Yaşam boyu depresyon riski %15-18'dir ve neredeyse her 5 kişiden biri yaşamları boyunca bir depresif atak geçirir. Birinci basamakta 10 hastadan biri depresif şikayetlerle başvurur (15).

Yapılan bir derlemede depresyonun yaşam boyu görülme sıklığının %5-25 arasında olduğu bildirilmiştir (19). Türkiye'de ise depresif bozukluk görülme sıklığının %8-20 arasında olduğu belirtilmektedir (20).

Depresif bozukluk, depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranlarda görülmektedir. Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu fark azalmaktadır. Kadınların %20'sinde, erkeklerinde %10'unda, yaşamlarının bir döneminde depresyon görülmektedir (21). Bu farkın nedenleri arasında psikososyal etkenler, farklı hormon profili, kız ve erkek çocukların farklı yetiştirilmesi ve kadınların çocuk doğurması gibi birçok faktör vardır (11).

Depresyon, genç erişkinlerde yaşlılara göre daha sık görülmektedir. İlk majör depresif nöbet için ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortası olsa da neredeyse %40'tan fazla hastada 20 yaşından önce başlar. Majör depresif bozukluk her iki cinsten de 2-3. ve 5-6. dekatlar olmak üzere iki kez pik yapar (15).

2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi

Majör depresif bozukluğun patofizyolojisi ile ilgili çalışmalarda tek bir model veya mekanizma hastalığın tüm yönlerini tatmin edici bir şekilde açıklayamaz. Majör depresif bozukluğun patofizyolojisini anlamak için hem biyolojik hem de psikososyal faktörleri inceleyen, doğrudan klinik çalışmalarla desteklenen mekanizmalara odaklanmak gerekir (15). Sosyoekonomik durum gibi sosyal ve kültürel faktörler

majör depresyonda rol oynasa da genetik ve altta yatan biyolojik faktörler majör depresyonun ortaya çıkmasına neden olur (22).

2.1.5. Depresyonun Risk Faktörleri

Yaş

Depresif bozukluk sıklıkla orta yaşlarda görülmekle birlikte her yaşta görülebilir. İlk majör depresyon atağının başlangıcı için en olası dönem ergenlik döneminden 40'lı yaşların ortasına kadar uzansa da ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortasıdır. Majör depresif bozukluk her iki cinsten de 2-3. ve 5-6. dekatlar olmak üzere yaşam boyu iki kez pik yapar (15).

Cinsiyet

Yaşam boyunca depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Bu farkın nedenleri arasında psikososyal etkenler, farklı hormon profili, kız ve erkek çocukların farklı yetiştirilmesi ve kadınların çocuk doğurması gibi birçok faktör vardır (11).

Biyolojik Faktörler

Duygudurum bozukluklarında biyolojik faktörlerin rolü olabileceği gibi duygudurum bozuklukları da biyolojik değişikliklere neden olabilir. Rezerpinin monoamin miktarını azaltarak majör depresyonu tetikleyebildiği gözlenince majör depresif bozukluk patogeneğinde monoamin nörotransmitterlerinin (serotonin, noradrenalin ve dopamin) rolü olduğu düşünülmüştür. Monoamin teorisi, antidepresan trisiklik antidepresanların ve monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) farklı mekanizmalarla monoamin nörotransmisyonunu arttırdığı bulguları ile desteklenmiştir (15).

Psikiyatrik hastalıkların etiolojisinde endokrin değişikliklerin tetikleyici mi yoksa sekonder bir değişiklik mi olduğu net değildir. Şiddetli depresyonda

hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) aksındaki değişikliklerle ilişkili en uyumlu biyolojik bulgulardan biri plazma kortizol miktarının artmasıdır (15).

Depresyon gelişiminde uyku bozukluklarının kuvvetli ilişkisi olduğu bildirilmiştir (23). Depresyonda uykuya dalma süresi uzar, uyku süresi kısalır ve derinliği azalır, sık sık bölünmeler ve sabah erken uyanma olur (13).

Depresyonda T ve B lenfositlerin serum düzeyleri azalmakta ve otoantikorlarda artış olabilmektedir. Pozitif akut faz yanıtı artmakta ve negatif akut faz yanıtı azalmaktadır (24).

Depresyon, beynin emosyonel ve kognitif işlevleri düzenleyen bölgeleri arasındaki etkileşimlerin bozulmasından kaynaklanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir (25).

Kadınlarda menstrüel siklus, hamilelik, doğum, menapoz gibi hormonal faktörler ve kontraseptif ilaçların etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedirler. Ayrıca depresif bozuklukta monoaminooksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları da sık görülmektedir (26).

Psikososyal Faktörler

Aile içi anlaşmazlıklar, iş yaşamındaki sıkıntılar, iş kaybı, ekonomik sorunlar, eş kaybı, sorunlu evlilikler, sevgi duygusunun yitirilmesi, fiziksel sağlık sorunları gibi birçok yaşamsal ve çevresel faktör duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasına ve devamlılığına neden olabilir (13).

Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, anne bebek arasındaki bağlanma sorunları, çocukluk döneminde bağlanma ve travmatik ayrılma sorunları, eş kaybı, işsizlik, cinsel istismar ve taciz olayları depresyon için risk faktörleridir (11).

Genetik

Depresif bozuklukların etiyopatogenezini araştıran epidemiyolojik çalışmalarda depresyonda genetik riskin %33 oranda olduğu gösterilmektedir (27).

Monozigot ikizlerde depresyon görülme riski %40 iken dizigotlarda ise %11 kadardır. Aile çalışmalarında ebeveynde duygudurum bozukluğu olması çocukta %25'e varabilen depresyon risk artışı olduğunu göstermektedir. Aile öyküsü olanlarda çok sayıda depresif dönem, erken yaşta başlangıç ve aile içinde farklı duygudurum bozukluklarının görülme sıklığında artış bildirilmiştir (11,20).

Medeni Durum

Depresyon boşanmış veya dul kişilerde evli olan kişilere göre daha sık görülmektedir. Hiç evlenmemişlerde evlilere göre depresyon riski 2 kat fazladır (11). Evlilikte depresyon riski cinsiyete göre farklılıklar göstermekte; evli kadınlarda depresyon riski artarken erkeklerde risk azalmaktadır. Evli erkekler için en yüksek depresyon riski boşandıktan sonraki 6 aylık dönemdir (28).

Eğitim

Eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal hastalıklar için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda depresif bozukluğun okur-yazar olma oranıyla ters ilişkili olduğu saptanmıştır (11).

Sosyoekonomik Düzey

Kültürel ve sosyoekonomik açıdan karşılaştırıldığında kırsal kesimlerde kentlere göre depresyon yaygınlığı daha fazladır (11). Yapılan 7 yıllık bir toplum çalışmasında, düşük sosyoekonomik düzey ile depresif bozukluk sıklığı arasında bir ilişki olduğu ve depresif epizodun başlamasından çok, uzun sürmesine neden olduğu bildirilmiştir. Maddi sorunlar ve yoksulluk gibi faktörlerin depresif belirtilerin ve sıklıkla majör depresyonun ortaya çıkış riskini arttırdığı sonucu bulunmuştur (29).

Çalışma Durumu

İşsizlik depresyon için sık görülen risk faktörlerinden biridir. İşsizlik nedeniyle karşılaşılan ekonomik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik sıkıntılar işsizlerin zor şartlarda yaşamlarını sürdürdüklerini göstermiştir. İşsizlik ve ruh sağlığı arasındaki ilişki erkek bireylerde daha belirgindir (30).

Sigara

Sigara bağımlılığı ve neden olduğu fiziksel sorunların ruhsal bozukluklarla yakından ilişkili olduğu, özellikle anksiyete ve depresyonun sigarayı bırakmak isteyenlerde başarısızlığa neden olduğu belirtilmektedir (31). Yapılan çalışmalarda majör depresyon oranının, sigara bağımlılarında topluma göre daha yüksek olduğu ve depresyon tanısı alan bireylerde sigara bağımlılığının %44,7 oranında olduğu ifade edilmektedir (32).

2.1.6. Depresyonun Klinik Belirti ve Bulguları

Klinik olarak depresyon; mutsuzluk ve isteksizlik gibi duygulanımda meydana gelen değişikliklerden gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikotik durumlara kadar belirti çeşitliliği göstermektedir (33). Çökkün duygudurum; umutsuzluk, üzüntülü ya da kendini boşlukta hissetme gibi duygularla karakterize olan ve hemen her hastada görülen depresyonun temel özelliğidir. Depresyonun bir diğer temel özelliği olan anhedoni ise hayattan zevk alamama ve ilgi istek kaybı ile karakterize olup hemen her gün ve günün büyük kısmında bulunur (14).

Depresyonun iki temel belirtisi çökkün duygudurum ve anhedoni olup diğer klinik belirtileri kognitif ve vejetatif belirtiler olarak incelenebilir.

Kognitif Belirtiler

Depresif hastalarda bilinç bozukluğu görülmez. Ancak çok ağır depresyonda hastada bilinç bulanıklığı izlenimi olabilir. Yer, kişi ve zaman oryantasyonu korunmuştur. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan şikâyet eder ancak bu gerçek bir hafıza bozukluğu değildir. Unutkanlığın çok belirgin olması yalancı bunama izlenimi verebilir, depresyon iyileşince unutkanlık da düzelir. Genellikle algıda patoloji saptanmaz ancak bazı kişilerde depersonalizasyon ve derealizasyon olarak ifade edilen kendisi ve çevresini farklı algılama olabilir.

Hastalarda nadiren suçlayıcı ve aşağılayıcı nitelikte işitme varsanıları olabilir. Düşünce akışında yavaşlama ve düşünce içeriğinde olumsuz anılar, pişmanlıklar, umutsuzluk ve çaresizlik düşünceleri hakimdir. Suçluluk ve günâhkar hissetme, buna bağlı olarak cezalandırıldığı düşünceleri bulunabilir. Hastalarda kendine saygı azalmıştır, değersizlik ve küçüklük düşünceleri sanrı boyutuna ulaşabilir. Ölümle ilgili düşünceler, ölüm isteği ve intihar düşünceleri gelişebilir (13).

Vejetatif Belirtiler

Depresif hastalar sıklıkla çabuk yorulma, enerji azlığı, halsizlik ve güçsüzlükten şikâyet eder. Birçok hastada uyku bozuklukları görülür. Uykuya geçişte güçlük, uykunun gece boyunca çok sık bölünmesi ve erken uyanma en sık görülen uyku bozukluklarıdır. Cinsel isteksizlik ve buna bağlı cinsel etkinliğin azalması görülebilir. Somatik şikayetler eşlik edebilir (13).

Hastaların çoğunda iştahsızlık ve buna bağlı kilo kaybı olabilir. Ancak atipik özellikli depresyonda iştah artışına bağlı kilo alımı ve aşırı uyku hali görülebilir. Depresif hastalarda yerinde duramama ve psikomotor ajitasyon gibi anksiyete semptomları da görülebilir (34).

2.1.7. Depresyonun Tanı Kriterleri

Psikiyatrik hastalıklarda tanı için DSM kriterleri kullanılmaktadır. En son tanı algoritmaları DSM-V olarak güncellenmiştir. Depresyon tanısı için Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-V 'e göre majör depresyon tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir (14).

DSM-V Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

- A. Ardışık iki hafta boyunca, en az birinin çökkün duygudurum veya ilgi/istek kaybı olması şartıyla aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekmektedir.

1. Çökkün duygudurum, depresif ruh hali, üzüntü, boşluk, çaresizlik hissi
2. Neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da zevk almama
3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma
4. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
5. Ajitasyon ya da psikomotor retardasyon
6. Bitkinlik ya da enerji düşüklüğü
7. Değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları
8. Düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, yineleyici intihar düşünceleri veya intihar girişimi

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında soruna neden olmalıdır.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamamalıdır.

D. Depresyonun ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofreni ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış başka bozukluklarla daha iyi açıklanamamalıdır.

E. Hiçbir zaman mani ya da hipomani dönemi geçirilmemelidir.

2.2. Postpartum Depresyon

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için özel bir dönem olmakla birlikte, yeni doğan bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına almak isteyen anne için ruhsal bozukluk açısından riskli bir dönem olabilmektedir. Doğum sonrası dönemde görülen ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (5). Kadınlar doğumdan sonraki özellikle ilk bir yıl içerisinde psikiyatrik hastalıklar açısından ciddi risk altındadırlar (35).

Doğum sonrası dönemde görülen duygudurum bozuklukları özelliklerine göre annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadır (36).

2.2.1. Postpartum Depresyonun Tanımı

Postpartum depresyon sık görülen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Postpartum depresyon literatürde doğum sonrası dönemde görülen majör depresyon atağı olarak ifade edilir. Doğumdan sonraki ilk 6 ay postpartum depresyon için yüksek riskli bir dönemdir. Postpartum depresyonu hafif seyirli ve geçici olan annelik hüznünden ve psikotik ataklarla seyreden postpartum psikozdan ayırt etmek gerekir (37).

Gebelik ve doğum sonrası dönemle ilgili hormonal faktörler dışında, postpartum depresyonun risk faktörleri depresyon ile benzerdir. Depresyonun kişilerde işlev kaybına neden olabilen bir bozukluk olması, kadının yeni doğan bebeğinin sorumluluğunu alması ve farklı sorumluluklarının da olabileceği göz önünde bulundurulduğunda postpartum depresyon hem anne hem de bebek için önemli bir sağlık sorunu olacaktır (37).

Postpartum depresyonun süresi ile ilgili kesin bir fikir birliği yoktur. DSM-V ve ICD-10 gibi psikiyatrik tanı sistemlerinde gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar farklı klinik tanı olarak tanımlanmamıştır (38). DSM-IV, doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde başlayan depresif atakları ‘postpartum başlangıçlı’ olarak tanımlar. DSM-V ise postpartum depresyonun gebelik sırasında

çok sık başladığını ve gebelik, doğum sonrası veya her ikisinde de meydana gelen majör depresif bozukluğun belirtici olarak “peripartum başlangıç” kullandığını kabul etmektedir (16).

ICD-10 sistemi ise doğum sonrası ilk altı haftada başlayan depresyonu, postpartum depresif epizod olarak tanımlar (17). Birçok çalışmada ve klinik pratikte postpartum depresyon için ifade edilen süre, doğumdan sonraki ilk bir yıla uzanan bir zaman dilimi olarak da kabul edilebilir (37,39).

2.2.2. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Postpartum depresyon sıklığını saptamak için yapılan çalışmalarda farklı yöntemler kullanılmasına bağlı olarak farklı sonuçlarla karşılaşılabilir. PPD sıklığı; değerlendirilen vakaların doğum sonrası farklı dönemlerde olmalarına, kullanılan tanı yöntemleri ve metodolojinin farklı olmasına bağlı değişiklikler gösterebilmektedir. PPD sıklığının, öz bildirim ölçekleri ile yapılan değerlendirmelerde % 20-30 oranlarında saptandığı ancak klinik değerlendirme teknikleri ve tanı ölçütleri kullanıldığında bu oranın düştüğü bildirilmektedir (40,41).

Öz bildirim ölçekleri ile yapılan araştırmalarda gelişmiş ülkelerde PPD sıklığı %1,9-82,1 arasında değişmekte olup, en yüksek ABD’de ve en düşük Almanya’da bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde PPD sıklığı %5,2 ile %74 arasında değişmekte olup, en düşük oran Pakistan’da ve en yüksek Türkiye’de bildirilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğu PPD sıklığını öz bildirim ölçekleriyle, bir kısmı ise klinik görüşmeler ile belirlemiştir. Klinik görüşmeler ile değerlendirilen araştırmalarda oranlar daha düşük çıkmaktadır. PPD sıklığı ile ilgili öz bildirim ölçeklerinin yanında ICD-10 temelli yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirilen çalışmalarda oranlar Finlandiya’da % 0.1 ile en düşük ve Hindistan’da % 26.3 ile en yüksek bulunmuştur (42).

PPD sıklığını belirlemek için Türkiye’de yapılmış çalışmalarda, Dünya’da olduğu gibi depresif belirtiler çoğunlukla öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda PPD sıklığı %5 ile %61,8 değerleri arasında

bildirilmiştir. Farklı bölgelerde yapılmış çalışmaların incelendiği bir meta-analizde PPD için ortalama sıklık %23,8 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de gelişmiş şehirlerdeki PPD sıklığı %21,2 iken, gelişmekte olan şehirlerde %25 yani daha yüksek bulunmuştur (43).

2.2.3. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi

PPD’nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte fizyopatolojisinde biyolojik duyarlılık ile risk faktörlerinin birlikte etkili olabileceği belirtilmektedir. Genetik faktörler, östrojen, progesteron ve testesteron gibi üreme hormonlarındaki değişiklikler, tiroid hormonu ve HHA aks değişiklikleri, anormal nörotransmitter düzeyleri, kolesterol ve yağ aside aktivitesinin PPD etiyolojisindeki etkileri araştırılmaktadır (44).

2.2.4. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

Sosyodemografik Faktörler

Sosyodemografik özelliklerin postpartum depresyon gelişimine etkisi ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Anne yaşı, evlilik süresi ve parite gibi faktörler PPD gelişimi ile ilişkili bulunmamıştır (45). Düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, işsizlik gibi sosyoekonomik faktörler ile erken evlilik ve bebek sahibi olma yaşının PPD’ye neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (46,47). PPD risk faktörlerini inceleyen meta-analiz çalışmaları sosyoekonomik düzey ile PPD arasında anlamlı bir ilişki göstererek bu sonuçları desteklemektedir (45,48). Ülkemizde PPD risk faktörlerini inceleyen bir meta-analizde, düşük ekonomik düzey ve eşin işsiz olma durumu en sık ilişkili sosyodemografik faktörler olmuştur (43).

Fiziksel ve Biyolojik Faktörler

Meta-analiz çalışmalarında, postpartum duygudurum bozukluklarının gelişiminde doğum sonrası östrojen ve progesteron gibi üreme hormonlarının ani azalmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Östrojen ve progesteron, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerle etkileşim halindedir (49).

Doğum sonrası ilk yılda kadınların % 5-7'sinde tiroid fonksiyon testlerinde bozukluk ortaya çıkmakta ve bu durum depresyon gelişimi için risk faktörü olmaktadır (50).

42 ülkeden 203 çalışmanın incelendiği bir derlemede; fiziksel sağlık sorunları, annenin beden kitle indeksinin 20 kg/m²'den düşük olması, olumsuz beden algısı, kronik hastalık ve premenstrüel sendrom öyküsü olması PPD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (42).

Psikolojik Faktörler

Birçok çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede psikiyatrik hastalık öyküsü, antenatal depresyon ve anksiyete, gebelikle ilgili olumsuz tutum, kötü aile ilişkileri, stresli yaşam olayları, çocuk bakım stresi, kötü yaşam kalitesi ve çalışmak zorunda olmak PPD için risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının farklı sonuçlara neden olduğu belirtilmiştir (42).

Annenin kişilik özellikleri PPD için risk faktörü olabilmektedir. Sürekli endişeli ve sıkıntılı bir yapıya sahip olma ile PPD arasında zayıf-orta anlamlı bir ilişki bulunmuştur (45). Çekingen ve içe kapanık, sinirli, ya da kaygılı kişilik özelliklerinin de PPD gelişimi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (51). Ayrıca bilişsel özellikler ile PPD arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir meta-analiz çalışmasında kötü bilişsel özellikler ile PPD arasında anlamlı olarak zayıf bir ilişki bulunmuştur (45).

Postpartum depresyon risk faktörlerini belirlemek için yapılan bir meta-analizde stresli yaşam şartları ile PPD gelişimi arasında orta güçlü bir ilişki bulunmuştur. Sosyal desteğin bir parçası olan eş desteğinin PPD gelişiminde anlamlı etkisi olduğu ve depresif semptomların şiddeti ile kuvvetli negatif ilişkili olduğu kabul

edilmektedir. Gebelik sürecinde evliliği ile ilgili sıkıntılar yaşamış olmak PPD gelişimi için risk faktörlerinden biridir (45).

Obstetrik ve Pediatrik Faktörler

Gebelikte gelişen hiperemezis, preeklampsi, yalancı kasılmalar ve doğumla ilişkili acil sezaryen, aşırı kanama, erken doğum gibi komplikasyonlar PPD için obstetrik risk faktörleridir. Bu faktörlerin değerlendirildiği bir meta-analizde obstetrik faktörlerin PPD gelişiminde zayıf da olsa anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur (45). İstenmeyen veya planlı olmayan gebelik durumu PPD için risk faktörlerindendir ancak bu durumun gebeliğin oluşum sürecine ait bir duygu olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (48,52). Bebeğin zor mizaçlı olması ve bebek bakımıyla ilgili stres varlığı postpartum depresyon ile ilişkili bulunmuştur (48). Ayrıca yenidoğan komplikasyonları görülmesi ve bebeğin düşük doğum ağırlıklı olmasının da postpartum depresyon gelişimini tetiklediği gösterilmiştir (53).

Kültürel Faktörler

Dünyada tüm kadınlarda gebelik ve doğum fizyolojik olarak benzer şekilde seyreitse de , bu olayın kavramsallaştırılması ve anne ile sosyal çevresinin bu süreci tecrübe etmesi toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir (54).

Yeni doğum yapmış kadınların çoğu annelik durumuyla ilgili kendi beklentileri ve gerçeğin çok farklı olduğunu gözlemlediklerinde; yetersizlik, panik ve suçluluk hisleriyle sosyal görevlerini yerine getiremeyebilirler. Bu zorlu süreçte anneler kötü bir anne olarak anılmak ve kınanmak korkusuyla duygularını sevdikleri kişilerle dahi paylaşamazlar ve bu durum kişinin iyice içine kapanmasına neden olabilir. Kültürel olarak annelik beklentilerinin etkisiyle bu süreçte sosyal ve fiziksel destek kaynağı olan aileden uzakta yaşamak yeni anne olmuş kadınlarda PPD sıklığını arttırmaktadır (55).

2.2.5. Postpartum Depresyonun Klinik Belirtileri ve Bulguları

PPD, genellikle doğumdan 2-3 hafta sonra başlayan ve doğumdan sonraki 1-2 yıla kadar uzayabilen duygu durum bozukluğudur. Bazı hastalarda doğumdan sonraki 4-5. aylara kadar mevcut klinik durum ile doğum arasında bağlantı kurulamayabilir ve PPD gözden kaçabilir (56).

PPD semptomlarının şiddeti oldukça değişkendir ve majör depresyon ile benzetilmektedir. PPD belirtileri kendini değersiz ve çaresiz hissetme, suçluluk hissi, içe kapanma, ağlama nöbetleri, hareket ve konuşmada yavaşlama, hiperaktivite ya da ajitasyon, duygusal dengesizlik, öfke kontrol bozukluğu, iştah ve uyku bozuklukları, umutsuzluk, kendine güvensizlik ve yetersizlik hissi, konsantrasyon güçlüğü ve hafıza zayıflığı, karar verme yetisinde azalma, enerji kaybı, ilgi ve istek kaybı, cinsel isteksizlik, yaşamı anlamsız bulma, ölüm ve intihar düşünceleri, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik ve bebeğe zarar verme düşünceleri ya da bebeği için aşırı endişelenme gibi belirtilerdir (57).

Birçok kadın genellikle postpartum depresyona eşlik eden anksiyete de yaşar. Bu anksiyetenin nedeni bebek bakımı konusunda endişeleri ve aldığı eleştiriler ile ilgilidir. Bunun yanında bazı annelerde bebeğine zarar vermekle ilgili obsesif karakterde düşünceler bulunabilir. Bu nedenle bazı anneler bebeğinin yanında ciddi anksiyete hissedebilir ve bu durum annenin bebeğinden uzaklaşmasına neden olabilir (58).

Postpartum depresyonun tanı kriterleri majör depresif bozukluk tanı kriterleri ile aynıdır (14).

2.2.6. Postpartum Depresyonun Ayırıcı Tanısı

Doğum sonrası dönemde görülen duygudurum bozuklukları postpartum depresyon dışında annelik hüznü ve postpartum psikoz olarak sayılabilir.

Annelik hüznü, doğum sonrası görülen en sık duygudurum bozukluğudur ve yeni annelerin %50-80'inde görülür. Doğumdan sonraki ilk günlerde ortaya çıkan sinirlilik, anksiyete, konsantrasyon zorluğu, duygu durumunda değişkenlik, ağlama

nöbetleri, uykusuzluk ve bitkinlik ile karakterize bir tablodur. Medikal tedavi gerektirmeden 7-10 gün içerisinde güven ve yeterli uyku desteğiyle iyileşebilir. Annelik hüznü yaşayan kadınların yaklaşık % 25'inde postpartum depresyon gelişebilmektedir (44).

Postpartum psikoz, doğum sonrası %0,1-0,2 oranında görülmektedir. Ajitasyon, huzursuzluk, halüsinasyonlar, öfori, labil duygudurum, uyku bozuklukları, ağlama nöbetleri, bebekle ilgili obsesif düşünceler ile karakterize bir tablodur. Hastalar genellikle manik özellikler gösterir. Doğumdan sonraki 1-4 haftada ortaya çıkar, bebeği öldürme ve intihar riski çok yüksek olduğundan erken tanı ve tedavi önemlidir. Tekrarlama riskinin çok yüksek ve postpartum psikiyatrik hastalıklardan en ağır seyreden olduğu bildirilmektedir (44).

Bipolar bozukluk gebelikte farklı bulgularla seyretse de doğum sonrası dönemde daha çok depresif ya da manik ataklarla ortaya çıkmaktadır (59). Doğumdan hemen sonra depresif belirtilerin başlaması ya da hipomani bulguları görülmesi, atipik depresif belirtiler olması, psikotik özellikle belirtilerin bulunması, ailede bipolar bozukluk öyküsü olması ya da antidepresan tedaviye yetersiz cevap veya hızlı cevap olması bipolar bozukluk açısından önemli işaretlerdir (60).

Postpartum dönemde görülen anksiyete belirtileri depresif bozukluğun öncülü olabileceği gibi yaşanan stres faktörleriyle etkili bir şekilde başa çıkamamanın da sonucu olabilir (61).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gebelik ve postpartum dönemde ilk kez ortaya çıkabileceği gibi gebelik öncesinde OKB tanısı alan hastalarda, doğumdan sonra OKB belirtilerinin arttığı bildirilmektedir. Obsesyonlar daha çok bebekle ilgilidir ve bebeğe zarar verme obsesyonları annede suçluluk hissine ve bebekten uzaklaşmasına neden olabilir (62).

2.2.7. Postpartum Depresyonun Taraması

Psikolojik değerlendirme ölçekleri ile hastanın ruhsal, davranışsal özellikleri ve bireysel veya toplumsal ilişkileri sayısal olarak ifade edilebilir. Bu ölçekler pratikte

sıklıkla tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini belirleme ve tedaviye yanıtı değerlendirmek amacıyla kullanılır.

Birçok depresyon ölçeği uyku bozuklukları, yorgunluk ve halsizlik gibi somatik belirtileri sorgulamaktadır. Bazı kişilerde depresyona bağlı olmayan somatik belirtilerin varlığında yanlış depresyon tanısı konabilmektedir. Bu nedenle yaşlılar, bedensel hastalığı olanlar, gebeler ve postpartum kadınlar gibi bazı özel gruplara göre geliştirilmiş depresyon ölçekleri bulunmaktadır (63).

Doğum sonrası dönemde birinci basamak takipleri sırasında güvenilir tarama yöntemleri ile kadınların değerlendirilip riskli kişilerin belirlenmesi PPD tanısının atlanmaması açısından önem taşımaktadır. PPD riskini değerlendirmek için farklı tarama ölçekleri kullanılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan; Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği (PDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) ve çoğunlukla Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılabilir. Bu ölçekler, postpartum kadınlarda depresyon riskini belirlemek için tarama amaçlı hazırlanmış olup, postpartum depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (4).

Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği; Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (64). Hasta tarafından doldurulacak kısa bir ölçekle, postpartum depresyon riskini belirlemek amacıyla kullanılan tarama amaçlı bir testtir ve depresyon tanısı koydurmaz. Standart depresyon tarama ölçekleri postpartum depresyonlu hastalarda kısıtlılık göstermektedir. Bebek bakımına bağlı uyku bozuklukları ya da anemiye bağlı gelişen yorgunluk gibi somatik şikayetleri standart depresyon tarama ölçekleri yanlış ölçmektedir (63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapısı

Araştırmanın yapısı kesitsel tanımlayıcı bir çalışma niteliğinde olup, çalışma Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi, Beşirli Aile Sağlığı Merkezi ve Akçaabat Sebat Aile Sağlığı Merkezi olmak üzere üç farklı aile sağlığı merkezinde Temmuz 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.2. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi, Beşirli Aile Sağlığı Merkezi ve Akçaabat Sebat Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 0-12 ay bebeği olan gönüllü bireylerden oluşmaktadır.

Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları "2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" çalışmasında postpartum depresyon sıklığının %15 saptanması sonucundan yola çıkarak, popülasyon büyüklüğü bilinmeyen bir toplumda, %95 güvenirlilik ve % 0,05 örneklem hatası ön görülerek örneklem hacmi 196 olarak hesaplanmıştır (65). Örneklem hesabı OpenEpi, Version 3 ile yapılmıştır (<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>).

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve postpartum depresyon risk faktörlerini sorgulamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür eşliğinde hazırlanan, 40 sorudan oluşan bir ankettir (Ek-1).

Anket formundaki sorular annenin sosyodemografik özelliklerini, kısa obstetrik öyküsünü, bebek ile ilgili bilgileri ve postpartum depresyon için olası risk faktörlerini sorgulayan soruları içermektedir.

3.3.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), doğum sonrası dönemde depresyon riskinin belirlenmesi ve depresyon şiddet değişimini belirlemek için Cox ve arkadaşları tarafından (1987) geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (64). EPDÖ tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. EPDÖ toplam 10 sorudan oluşmaktadır, her soru 4'lü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1., 2., ve 4. sorular 0,1,2,3 şeklinde giderek artan şiddeti belirterek puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. sorular 3,2,1,0 şeklinde giderek azalan şiddeti belirterek puanlanır (Ek-2).

Ülkemizde EPDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0,84 ve özgüllüğü 0,88 olarak bulunmuştur. EPDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon $r:0.7$ ($p<0,001$) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EPDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 12 puan ve altında olanlar postpartum depresyon açısından risksiz, 13 puan ve üzerinde olanlar riskli grup olarak kabul edilmiştir (66).

3.4. Çalışmanın Yürütülmesi

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve dışlanma kriterleri olmayan bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylerden yazılı onam alındı. Verilerin toplanmasında araştırma ekibi tarafından literatür incelenerek hazırlanmış, sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerini değerlendiren 'Sosyodemografik Bilgiler Anketi' yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulandı. Depresif belirtiler ve postpartum depresyon değerlendirmesi için postpartum depresyon tarama testlerinden biri olan 'Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)' hakkında katılımcılara bilgi verilerek araştırmacı tarafından uygulandı.

Çalışmaya 0-12 ay bebeği olan 196 kadın dahil edildi.

Sosyodemografik özelliklerden katılımcıların yaşı, medeni durumu, evlenme şekli, akraba evliliği olup olmadığı, evlenme yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu ve mesleği, çalışma durumu, eşin eğitim durumu ve mesleği ve haneye giren aylık gelir sorgulandı.

Katılımcıların yaşı ileri analizlerde geç gebelik yaşını değerlendirmek için “<35 yaş/ ≥35 yaş” şeklinde kategorize edildi.

Eğitim durumu okur yazar, ilköğretim, lise, üniversite ve yüksek lisans-doktora şeklinde sınıflandırıldı.

Katılımcıların meslekleri ev hanımı, işçi, memur, esnaf ve özel sektör şeklinde gruplandırıldı. Çalışan katılımcıların çalışma durumu tam zamanlı, yarı zamanlı ve doğum izni-ücretsiz izin şeklinde gruplandırıldı. Karşılaştırmalı istatistiklerde katılımcıların doğum izni dışındaki dönemde çalışma durumu “çalışmıyor (aktif olarak çalışmıyor, ücretli-ücretsiz izinde) / çalışıyor” şeklinde gruplandırıldı.

Eşlerin meslekleri işsiz, işçi, memur, esnaf ve özel sektör şeklinde gruplandırıldı. Karşılaştırmalı istatistiklerde ise “işsiz-çalışmıyor / çalışıyor” şeklinde gruplandırıldı.

Katılımcıların aylık gelir düzeyi açık uçlu sorulup beyanları kaydedildi. İleri analiz yapılırken; çalışmaya başladığımız dönemde ülkemizde asgari ücret 2324,70 TL olduğu için katılımcıların aylık gelir düzeyleri “2500 altı”, “2500-4999 TL” ve “5000 TL ve üzeri” olacak şekilde gruplandırıldı.

Katılımcının yaşayan çocuk sayısı, kaç kez gebe kaldığı, son gebeliğinin planlı olma durumu, doğum şekli, doğumda bebekte komplikasyon gelişme öyküsü, yoğun bakımda yatış öyküsü ve bebeğin doktor tarafından tanı almış hastalık öyküsü gibi obstetrik ve pediatrik risk faktörleri sorgulanarak kaydedildi.

Bebeğin kaç haftalık doğduğu açık uçlu olarak sorulup kaydedildi. Verilerin istatistiği yapılırken “<37 hafta (prematür) / 37-42 hafta (matür)” olarak gruplandırıldı. Çalışmamızda >42 hafta yani postmatür doğan bebek bulunmamaktaydı.

Bebeğin yaşı ay şeklinde kaydedildi. İlk ayının içinde olan bebekler “0 aylık” olarak kabul edildi.

Bebek bakımında eş desteği, katılımcının eşiyle ilişkisi, gebelik süresince eş desteği ve aile ilişkileri gibi PPD risk faktörlerinden sosyal destek durumu sorgulandı.

Katılımcının gebelik süresince düzenli takip durumu sorgulanarak 4 ve üzeri takip “düzenli takip” ve 4’ten az takip “düzensiz takip” olarak kabul edildi.

PPD gelişimi için risk faktörü olabilecek sigara ve alkol kullanımı, fiziksel şiddet görme, yakın kaybı, aile ve iş sorunları gibi ciddi stresör varlığı, hekim tarafından tanı konulmuş depresyon ve postpartum depresyon varlığı, hekim tarafından tanı konulmuş ve sürekli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanarak kaydedildi.

EPDÖ hakkında katılımcılara bilgi verilerek son 7 günlük ruhsal duruma göre cevap vermeleri istendi ve araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı.

EPDÖ’deki önermeler:

1. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Katılımcıların verdikleri cevaplara göre her katılımcı için EPDÖ skoru hesaplandı. EPDÖ skoru kesme noktası 13 alınarak, ölçekten 13 puan ve üzerinde alanlar “PPD riski var”, 13 puanın altında alanlar “PPD riski yok” şeklinde tanımlanmıştır. EPDÖ skoru 13 puan ve üzerinde olan katılımcılar, postpartum depresyon tanısına yönelik klinik görüşme ve tedavi planı için psikiyatri bölümüne yönlendirildi.

3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olmak
- 0-12 ay bebeği olan anne olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okur-yazar olmak
- Çalışmaya katılmak için herhangi iletişim engelinin olmaması

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya zihinsel bozukluğa sahip olmak
- Uyku bozuklukları tanısı almış olmak
- Anemi tanısı bulunmak

3.6. Sonuç Ölçütü

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) toplam skorudur. Ölçek 10 maddeden oluşmakta ve her madde için 4 seçenek bulunmaktadır. Seçenekler 0-3 arası puanlanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 13 alınmıştır.

3.7. İstatiksel Analiz

Çalışmada verilerin istatistiksel hesaplamaları bilgisayar ortamında IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edildi. Normal dağılım gösteren veriler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler ortanca (minimum-maksimum) olarak verildi. Tanımlayıcı verilerin sunulmasında sayı ve yüzde dağılımları kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde uygunluğuna göre Ki-kare testi, Trend ki-kare ve Fisher exact

testi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılım durumuna göre Student-t testi, parametrik olmayan analizlerde karşılığı olan Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulandı. Numerik değişkenler arası korelasyon Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

3.8. Etik Konular

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-3).

Araştırmanın yapılması için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 19.06.2020 tarih ve 24237859-382 sayılı etik kurul onayı (Ek-4) alınmıştır. Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 12.03.2020 tarihinde '2020/1' sayılı İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu Toplantı Tutanağıyla (Ek-5) çalışmanın yapılmasının uygun olduğu kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 0-12 ay bebeği olan 196 kadın kabul edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların yaş ortancası 30,0 (18,0-44,0) idi.

Katılımcıların tamamının medeni durumu evlidir (n:196). Bekâr, boşanmış ya da dul katılımcı bulunmamaktaydı.

Katılımcıların evlenme yaşı ortalaması 24,12±4,11 idi. Aylık gelir ortanca değeri 3500 (500-20000) idi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Yaş Grupları	<35 yaş	158	80,6
	≥ 35 yaş	38	19,4
Evlenme Şekli	Anlaşarak	157	80,1
	Görücü usulü	39	19,9
Akraba Evliliği	Evet	26	13,3
	Hayır	170	86,7
Yaşanılan Yer	Köy	22	11,2
	İlçe	101	51,5
	İl merkezi	73	37,2
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	1,0
	İlköğretim	65	33,2
	Lise	51	26,0

	Üniversite	71	36,2
	Yüksek lisans-Doktora	7	3,6
Meslek	Ev hanımı	148	75,5
	İşçi	7	3,6
	Memur	30	15,3
	Esnaf	3	1,5
	Özel sektör	8	4,1
Çalışma Durumu (n=48)	Tam zamanlı	17	35,4
	Yarı zamanlı	12	25,0
	Doğum izni-Ücretsiz izin	19	39,6
Gelir Düzeyi	<2500 TL	38	19,4
	2500-4999 TL	93	47,4
	≥5000 TL	65	33,2
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim	58	29,6
	Lise	57	29,1
	Üniversite	76	38,8
	Yüksek lisans-Doktora	5	2,6
Eş Meslek	İşsiz	6	3,1
	İşçi	111	56,6
	Memur	33	16,8
	Esnaf	23	11,7
	Özel sektör	23	11,7

4.2. Katılımcıların Bebeklerine İlişkin Özellikler

Katılımcıların bebek yaşı (ay) ortanca değeri 5,00 (0,00-12,00) idi.

Bebeklerin doğum haftası ortanca değeri 38,00 (27,00-42,00) idi.

Katılımcıların bebeklerine ait özellikler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların bebeklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı

		n	%
Doğum Haftası	<37 hafta	19	9,7
	≥ 37 hafta	177	90,3
Doğumda Bebeğe Komplikasyon	Var	35	17,9
	Yok	161	82,1
Yoğun Bakımda Kalma Öyküsü	Evet	40	20,4
	Hayır	156	79,6
Hastalık Öyküsü	Var	11	5,6
	Yok	185	94,4

4.3. Katılımcıların Aile İlişkileri ve Sosyal Destek Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların aile ilişkileri incelendiğinde %81,1’i (n=159) “iyi” ve %18,9’u (n=37) “orta” cevabını vermişti. Aile ilişkileri “kötü” cevabını veren katılımcı bulunmamaktaydı (n=0).

Katılımcıların aile içi ilişki ve sosyal destek tutumlarının dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların aile ilişkileri ve sosyal destek tutumlarının dağılımı

		n	%
Eş ile İlişki	İyi	173	88,3
	Orta	221	11,2
	Kötü	1	0,5
Gebelikte Eş Desteği	İyi	169	86,2
	Orta	24	12,2
	Kötü	3	1,5
Aile İlişkileri	İyi	159	81,1
	Orta	37	18,9
	Kötü	0	0,0
Bebegin Evliliğe Etkisi	Olumlu	130	66,3
	Olumsuz	7	3,6
	Etkisiz	59	30,1
Bebek Bakımında Yardımcı	Yok	121	61,7
	Aileden biri	73	37,2
	Ücretli çalışan	2	1,0
Babanın Bebek Bakım Süresi	Hiç	16	8,2
	15-60 dk	49	25,0
	>60 dk	131	66,8
Babanın Bakım Süresini Yeterli Görme	Evet	114	58,2
	Hayır	64	32,7
	Kararsızım	18	9,2

4.4. Katılımcıların Genel Sağlık Özellikleri

Çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların %48,5'i (n=95) birden fazla doğum yapmıştı ve bu katılımcıların %12,6'sında önceki herhangi bir doğumda tanı almış PPD öyküsü bulunmaktaydı (n=12).

Katılımcıların genel sağlık özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların genel sağlık özelliklerinin dağılımı

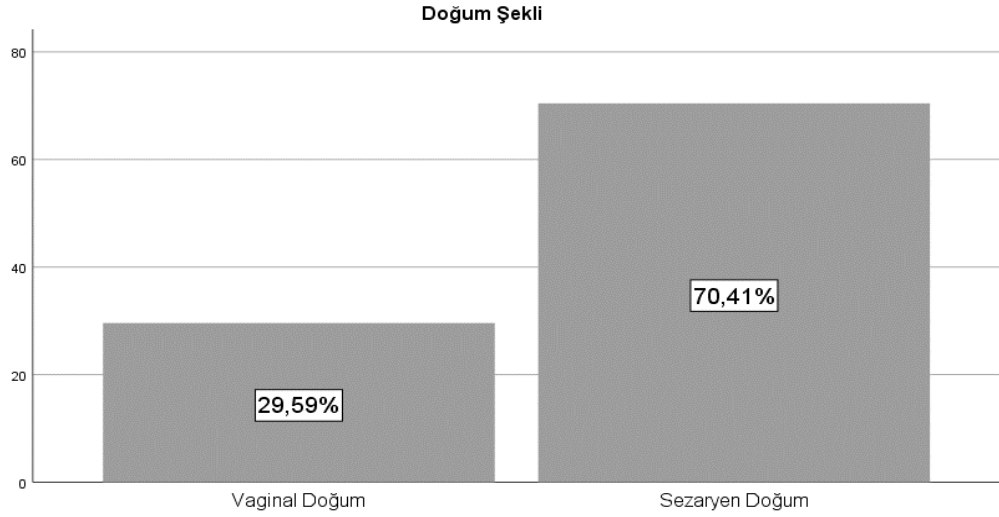
		n	%
Kronik Hastalık	Var	22	11,2
	Yok	174	88,8
Önceki Doğumlarda PPD Öyküsü (n=95)*	Var	12	12,6
	Yok	83	87,4
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	52	26,5
	Yok	144	73,5
Depresyon Öyküsü	Var	32	16,3
	Yok	164	83,7
*Birden fazla doğum yapmış kadınlar			

4.5. Katılımcıların Gebelik ve Son Doğuma İlişkin Özellikleri

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortanca değeri 1,00 (1,00-6,00) olup gebelik sayısı ortanca değeri 2,00 (1,00-8,00) idi.

Gebelik süresince 4 ve üzeri doktor kontrolüne gitmiş olmak “düzenli takip” olarak kabul edildi. Çalışmaya alınan katılımcıların tamamı gebelik süresince düzenli takip edilmişti (n=196).

Katılımcıların %29,6'sı (n=58) normal vajinal doğum yapmışken %70,4'ü (n=138) sezaryen doğum yapmıştı (Grafik 1).



Grafik 1. Katılımcıların doğum şekline göre dağılımı

Katılımcıların gebelik ve son doğuma ilişkin özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların gebelik ve son doğum ilişkin özelliklerinin dağılımı

		n	%
Çocuk Sayısı	1	101	51,5
	≥2	95	48,5
Planlı/İstemli Gebelik	Evet	165	84,2
	Hayır	31	15,8
Gebelik Takiplerinden Memnuniyet	Evet, memnunum	176	89,8
	Hayır, memnun değilim	5	2,6
	Kararsızım	15	7,7

Çalışmaya alınan kadınlardan gebelikten önce alkol kullanan %1 (n=2) iken gebelik süresince alkol kullanan katılımcı bulunmamaktaydı (n=0).

Gebelikten önce fiziksel şiddet gören kadın %1 (n=2) iken gebelik süresince fiziksel şiddet gören katılımcı bulunmamaktaydı (n=0).

Katılımcılardan %16,3'ü (n=32) gebelikten önce depresyon tanısı almış iken gebelik süresince depresyon tanısı alan katılımcı bulunmamaktaydı (n=0).

Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin sağlık özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

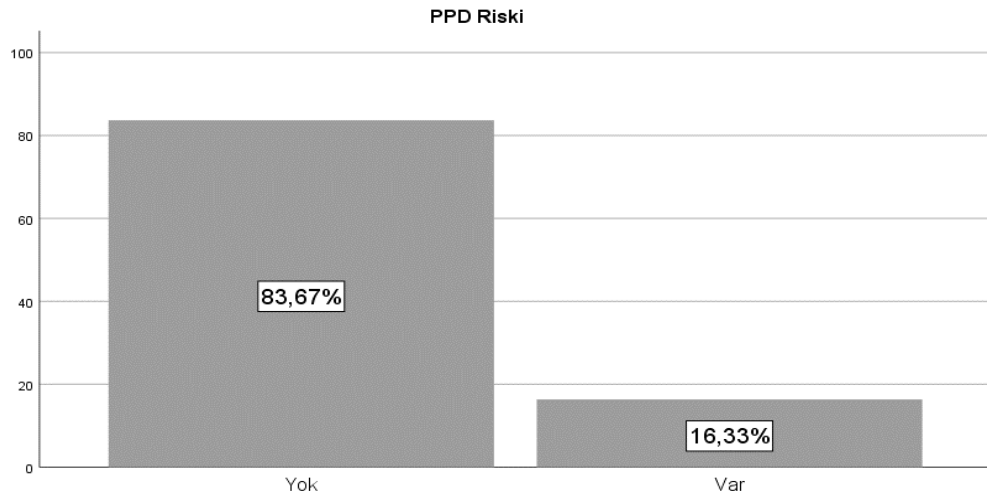
Tablo 6. Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin sağlık özelliklerinin dağılımı

		Gebelikten Önce		Gebelikte	
		n	%	n	%
Sigara Kullanımı	Evet	37	18,9	11	5,6
	Hayır	159	81,1	185	94,4
Alkol Kullanımı	Evet	2	1,0	0	0,0
	Hayır	194	99,0	196	100,0
Sağlık Sorunu	Evet	18	9,2	49	25,0
	Hayır	178	90,8	147	75,0
Stres Faktörü	Evet	33	16,8	39	19,9
	Hayır	163	83,2	157	80,1
Fiziksel Şiddet Görme	Evet	2	1,0	0	0,0
	Hayır	194	99,0	196	100,0
Depresyon Tanısı	Evet	32	16,3	0	0,0
	Hayır	164	83,7	196	100,0

4.6. Katılımcıların EPDÖ Skoruna Göre PPD Riski

Katılımcıların EPDÖ skoru ortanca değeri 4,00 (0,00-26,00) idi.

Katılımcıların EPDÖ skoru kesme noktası 13 alınarak; ≥ 13 puan “PPD riski var” ve < 13 puan “PPD riski yok” olarak kategorize edildiğinde katılımcıların %16,3’ünde (n=32) PPD riski var ve %83,7’sinde (n=164) PPD riski yok olarak bulundu (Grafik 2).



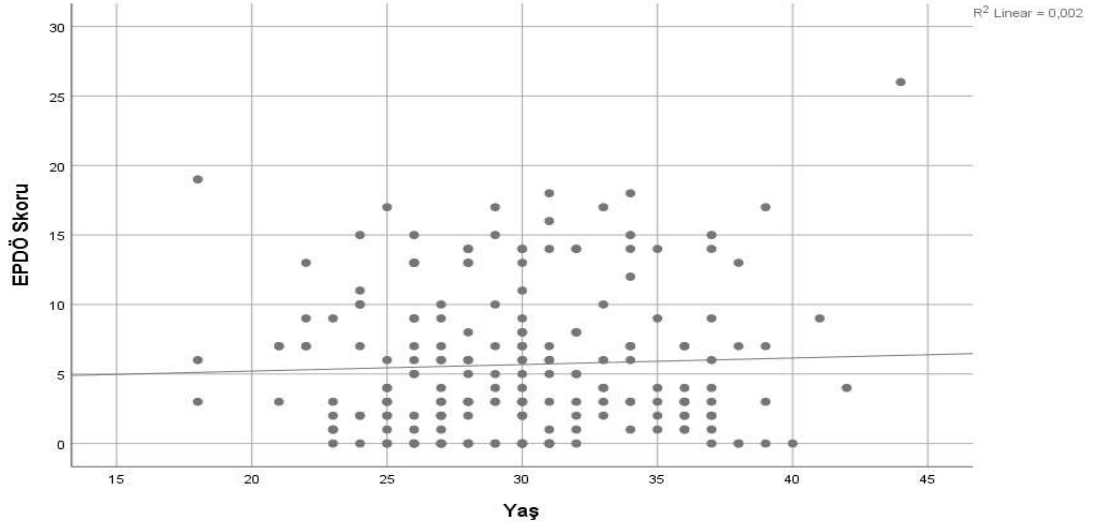
Grafik 2. Katılımcıların EPDÖ skoruna göre PPD risk dağılımı

4.7. PPD Riski ile İlişkili Faktörlerinin Değerlendirilmesi

4.7.1. Sosyodemografik Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki

PPD riski olan grupta yaş ortanca değeri 30,0 (18,0-44,0) ve PPD riski olmayan grupta yaş ortanca değeri 30,0 (18,0-42,0) olarak bulundu. Katılımcıların yaşları ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,450$).

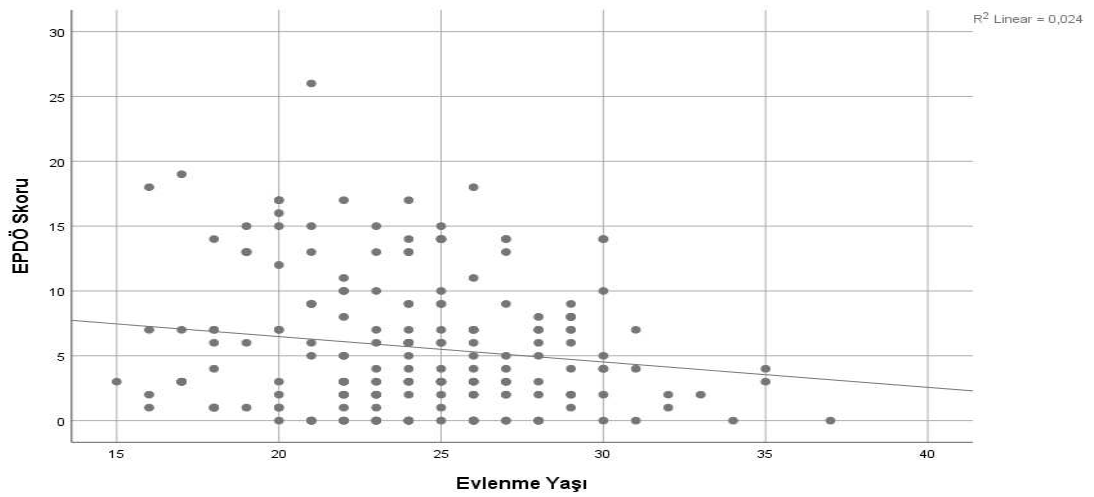
Katılımcıların yaşı ile EPDÖ skoru arasında da istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu ($p=0,832$, $r=0,015$) (Grafik 3).



Grafik 3. Yaş ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki

Katılımcıların evlenme yaşı ortalaması PPD riski olan grupta $22,69 \pm 3,58$ iken PPD riski olmayan grupta $24,40 \pm 4,16$ idi. Erken evlenme yaşı ile PPD riski arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,031$).

Katılımcıların evlenme yaşı ile EPDÖ skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu ($p=0,168$, $r=-0,099$) (Grafik 4).



Grafik 4. Evlenme yaşı ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki

Katılımcıların yaşı <35 yaş ve ≥ 35 yaş olmak üzere 2 gruba kategorize edildiğinde yaş grupları ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,921$).

Katılımcıların eğitim durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,530$).

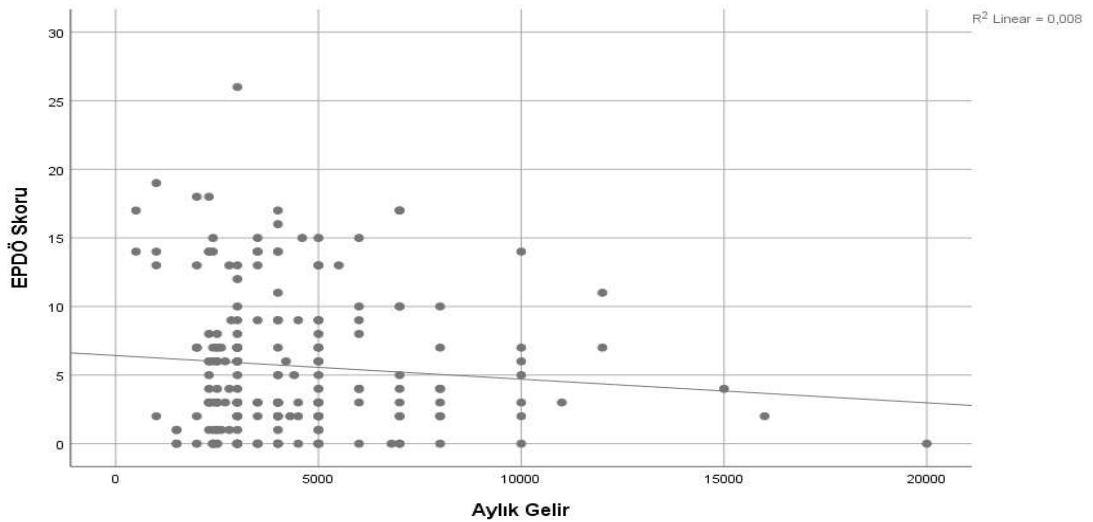
Ev hanımlarında PPD risk sıklığı %16,2 ($n=24$) iken diğer meslek gruplarında bu oran %16,7 ($n=8$) olarak saptandı. Katılımcıların ev hanımı ve diğer meslek gruplarından olması ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,942$).

Katılımcıların çalışma durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=1,000$).

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,385$).

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu ile PPD riski karşılaştırıldığında eşleri çalışmayan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,007$).

Katılımcıların aylık gelir düzeyi ile EPDÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu ($p=0,679$, $r=-0,030$) (Grafik 5).



Grafik 5. Aylık gelir ile EPDÖ skoru arasındaki ilişki

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile PPD riskinin karşılaştırılması
Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Sosyodemografik özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥13 puan)		p
		n	%	n	%	
Yaş	<35 yaş	132	83,5	26	16,5	0,921
	≥35 yaş	32	84,2	6	15,8	
Evlenme Şekli	Anlaşarak	131	83,4	26	16,6	0,859
	Görücü usulü	33	84,6	6	15,4	
Akraba Evliliği	Evet	21	80,8	5	19,2	0,667
	Hayır	143	84,1	27	15,9	
Yaşanılan Yer	Köy	20	90,9	2	9,1	0,604
	İlçe	83	82,2	18	17,8	
	İl merkezi	61	83,6	12	16,4	
Eğitim Durumu	Okuryazar-İlköğretim	55	82,1	12	17,9	0,530*
	Lise	42	82,4	9	17,6	
	Üniversite ve üzeri	67	85,9	11	14,1	
Çalışma Durumu**	Çalışıyor	25	86,2	4	13,8	1,000
	Çalışmıyor	139	83,2	28	16,8	
Gelir Düzeyi	<2500 TL	26	68,4	12	31,6	0,018
	2500- 4999 TL	81	87,1	12	12,9	
	≥5000 TL	57	87,7	8	12,3	
İlköğretim		45	77,6	13	22,4	0,385*

Eş Eğitim Durumu	Lise	51	89,5	6	10,5	
	Üniversite ve üzeri	68	84,0	13	16,0	
	İşsiz	2	33,3	4	66,7	
Eş Meslek	İşçi	96	86,5	15	13,5	0,006
	Memur	29	87,9	4	12,1	
	Diğer	37	80,4	9	19,6	

*Trend ki-kare

**Çalışma durumu ‘çalışıyor’ (aktif olarak çalışıyor) ve ‘çalışmıyor’ (aktif olarak çalışmıyor, ücretli/ücretsiz izinde) olarak gruplanmıştır.

4.7.2. Bebeklere İlişkin Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki

Katılımcıların bebekleri doğum haftasına göre ‘<37 hafta’ ve ‘37-42 hafta’ olmak üzere 2 gruba kategorize edildiğinde gruplar arasında PPD riski açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0,947$).

Katılımcıların bebeklerine ilişkin özellikler ve PPD riski arasındaki ilişki Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Bebeklere ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥13 puan)		p
		n	%	n	%	
Doğum Haftası	<37 hafta	16	84,2	3	15,8	0,947
	≥37 hafta	148	83,6	29	16,4	
Doğumda Bebekte Komplikasyon	Var	26	74,3	9	25,7	0,097
	Yok	138	85,7	23	14,3	

Yoğun Bakımda Kalma	Evet	29	72,5	11	27,5	0,032
	Hayır	135	86,5	21	13,5	
Hastalık Öyküsü	Var	5	45,5	6	54,5	0,003*
	Yok	159	154,8	26	30,2	
* Fisher's Exact Test						

4.7.3. Sosyal Destek Tutumları ile PPD Riski Arasındaki İlişki

Eş ile ilişkileri ‘iyi’ olan gruba göre ‘orta-kötü’ olan grupta PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0,001$).

Katılımcıların gebelikte eş desteği ‘iyi’ olan gruba göre ‘orta-kötü’ olan grupta PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0,001$).

Katılımcılara bebek bakımında yardımcı biri olup olmadığı ‘bebek bakımında yardımcı var’ ve ‘bebek bakımında yardımcı yok’ şeklinde kategorize edildiğinde PPD riskinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,922$).

Katılımcıların sosyal destek özellikleri ve PPD riski arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 8. Sosyal destek tutumları ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥13 puan)		
		n	%	n	%	p
Eş ile İlişki	İyi	152	87,9	21	12,1	<0,001*
	Orta-Kötü	12	52,2	11	47,8	
Gebelikte	İyi	150	88,8	19	11,2	<0,001*
Eş Desteği	Orta-Kötü	14	51,9	13	48,1	
Aile İlişkileri	İyi	143	89,9	16	10,1	<0,001
	Orta	21	56,8	16	43,2	
Bebeğin Evliliğe Etkisi	Olumlu	115	88,5	15	11,5	<0,001
	Olumsuz	2	28,6	5	71,4	
	Etkisiz	47	79,7	12	20,3	
Bebek Bakıma	Var	63	62,8	12	12,2	0,922
Yardımcı	Yok	101	83,5	20	16	
Babanın Bebek Bakım Süresi	Hiç	10	62,5	6	37,5	0,040
	15-60 dk	41	83,7	8	16,3	
	>60 dk	113	86,3	18	13,7	
Babanın Bakım Süresini Yeterli Görme	Evet	100	87,7	14	12,3	0,195
	Hayır	50	78,1	14	21,9	
	Kararsızım	14	77,8	4	22,2	

*Fisher’s Exact Test

4.7.4. Genel Sağlık Özellikleri ile PPD Riski Arasındaki İlişki

Birden fazla doğum yapmış katılımcılardan daha önceki herhangi bir doğumunda postpartum depresyon tanısı alan 12 kişinin %58,3 'ünde PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,004$).

Katılımcıların genel sağlık özellikleri ile PPD riski arasındaki ilişki Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Genel sağlık özellikleri ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥ 13 puan)		p
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık	Var	16	72,7	6	27,3	0,215*
	Yok	148	85,1	26	14,9	
PPD Öyküsü (n:95)**	Var	5	41,7	7	58,3	0,004*
	Yok	69	83,1	14	16,9	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	43	82,7	9	17,3	0,823
	Yok	121	84,0	23	16,0	
Depresyon Öyküsü	Var	23	71,9	9	28,1	0,048
	Yok	141	86,0	23	14,0	

*Fisher's Exact Test

**Birden fazla doğum yapmış kadınlar

4.7.5. Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikler ile PPD Riski Arasındaki İlişki

PPD riski olan grupta çocuk sayısı ortanca değeri 2,00 (1,00-6,00) iken, PPD riski olmayan grupta 1,00 (1,00-5,00) idi. Çocuk sayısı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,045$).

PPD riski olan grupta gebelik sayısı ortanca değeri 2,00 (1,00-6,00) iken, PPD riski olmayan grupta da 2,00 (1,00-8,00) idi. Katılımcıların gebelik sayısı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,307$).

Katılımcıların gebelik ve son doğuma ilişkin özellikleri ve PPD riski arasındaki ilişki Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 10. Gebelik ve son doğuma ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥13 puan)		p
		n	%	n	%	
İlk Çocuk	Evet	90	89,1	11	10,9	0,034
	Hayır	74	77,9	21	22,1	
Planlı/İstemli Gebelik	Evet	144	87,3	21	12,7	0,002
	Hayır	20	64,5	11	35,5	
Doğum Şekli	Vajinal	47	81,0	11	19,0	0,517
	Sezaryen	117	84,8	21	15,2	
Gebelik Takiplerinden Memnuniyet	Memnunum	150	85,2	26	14,8	0,024
	Memnun değilim	2	40,0	3	60,0	
	Kararsızım	12	80,0	3	20,0	

Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin sağlık özellikleri ve PPD riski arasındaki ilişki Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Son gebeliğe ilişkin özellikler ile PPD riskinin karşılaştırılması

		PPD Riski Yok (<13 puan)		PPD Riski Var (≥ 13 puan)		
		n	%	n	%	p
Gebelikten önce sigara kullanımı	Evet	30	81,1	7	18,9	0,636
	Hayır	134	84,3	25	15,7	
Gebelikte sigara kullanımı	Evet	5	45,5	6	54,5	0,003*
	Hayır	159	85,9	26	14,1	
Gebelikten önce sağlık sorunu	Evet	12	66,7	6	33,3	0,041
	Hayır	152	85,4	26	14,6	
Gebelikte sağlık sorunu	Evet	42	85,7	7	14,3	0,655
	Hayır	122	83,0	25	17,0	
Gebelikten önce stres faktörü	Evet	19	57,6	4	42,4	$<0,001$
	Hayır	145	89,0	18	11,0	
Gebelikte stres faktörü	Evet	23	59,0	16	41,0	$<0,001$
	Hayır	141	89,8	16	10,2	
Gebelikten önce fiziksel şiddet	Evet	1	50,0	1	50,0	0,301*
	Hayır	163	84,0	31	16,0	
Gebelikten önce depresyon tanısı	Evet	23	71,9	9	28,1	0,048
	Hayır	141	86,0	23	14,0	
*Fisher's Exact Test						

Gebelikten önce alkol kullanımı ile PPD riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; gebelikten önce alkol kullanan 2 katılımcıda da PPD riski saptanmadı ($p=1,000$).

PPD risk varlığı ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmayan katılımcıların evlenme şekli, akraba evliliği olma durumu, yaşanılan yer, katılımcının ve eşinin eğitim durumu, katılımcının çalışma durumu, doğum şekli ve doğum haftası, doğumda bebekte komplikasyon gelişme öyküsü, bebek bakımında yardımcı varlığı, katılımcının kronik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, katılımcının gebelikten önce sigara ve alkol kullanma durumu ve gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu gibi olası PPD risk faktörleri EPDÖ toplam skoru ile analiz edildiğinde bu faktörler ile EDPÖ skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik ve doğumla birlikte gelişen fizyolojik, psikolojik, sosyolojik değişiklikler nedeniyle postpartum ilk 12 aylık dönem duygudurum bozuklukları açısından riskli bir dönemdir. Kadınların ruhsal, bedensel sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli problemlerin bu süreçte ortaya çıktığı belirlenmiştir. Doğum sonrası ilk yıl kadınlarda en sık rastlanan duygudurum bozukluğu postpartum depresyondur.

Postpartum depresyon, anne ve çocuk sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tanı ve tedavi alamayan postpartum depresyon vakalarının kısa ve uzun dönemde hem anne hem de bebek üzerinde olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan anneler bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir ve çocukta fiziksel, duygusal, davranışsal ve hatta bilişsel problemlere sebep olabilir. Anne sağlığı açısından incelendiğinde PPD uzun süre devam edebilir ve ileride tekrarlayan depresif ataklarla ilişkili olabilir.

Postpartum depresyon anne ve çocukta neden olduğu sağlık sorunlarından dolayı prevalans ve nedene yönelik çalışmalar hastalığın önlenmesinde yapılacak en önemli adımlardandır. Anneliğe alışmaya çalışan kadınların bu dönemde daha hassas olmaları, yaşam şeklinde ciddi değişiklikler olması, sorumluluklarının artması, eşinden ve yakın çevresinden yeterince sosyal destek alamaması postpartum dönemde yaşanan sıkıntıları daha da arttırmaktadır.

Bu çalışmada, kadınlarda depresyon açısından riskli kabul edilen doğum sonrası dönemde depresyon riskini ve ilişkili olabilecek sosyodemografik faktörleri değerlendirerek postpartum depresyon için risk taşıyan gruplar belirlendi. Trabzon ili aile hekimliği sistemine kayıtlı postpartum ilk 1 yıl içerisinde olan 196 kadına EDPÖ uygulanarak toplam skoru 13 puan ve üzeri olanlar PPD riski var kabul edildi ve çalışmamızın ana bulgusu olarak PPD risk sıklığı %16,3 olarak saptandı.

Türkiye’de birinci basamağa başvuran hastalar ile yapılan kesitsel çalışmalarda ya da toplum tabanlı çalışmalarda birbirinden farklı sıklıklar bulunmuştur. Postpartum ilk yıl içerisindeki kadınlarda yapılan çalışmalardan Aydın ve arkadaşlarının

Erzurum’da 728 kadında yaptığı kesitsel bir çalışmada EPDÖ kesim noktası 13 alınmış ve PPD risk sıklığı %34,6 bulunmuştur (67). Dindar ve arkadaşlarının Edirne’de postpartum bir yıl içerisindeki 679 kadında yaptığı toplum tabanlı çalışmada EPDÖ kesim noktasını 12 alınarak PPD risk sıklığı %25,6 bulunmuştur (68).

İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin orta ve doğusunda 5 ilde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) postpartum bir yıl içerisindeki 2514 kadında yaptıkları kesitsel çok merkezli çalışmada EPDÖ kesim noktası 13 alınarak PPD risk sıklığı %27,2 bulunmuştur (46). Nur ve arkadaşlarının Sivas’ta postpartum ilk yıl içerisindeki 750 annenin dahil edilerek yaptığı çalışmada EPDÖ kesim noktası 13 alınmış ve PPD prevalansı %28 olarak tespit edilmiştir (6).

Alkar ve Gençöz’ün Ankara’da bir kadın doğum hastanesinde postpartum ilk günlerde yaptığı kesitsel bir çalışmaya 151 kadın dahil edilmiş, EPDÖ kesim noktası 12 alındığında PPD sıklığı %50,7 ve 10 alındığında %74,0 olarak bulunmuştur (69). Bu çalışmada PPD risk sıklığının bu kadar yüksek olması çalışmanın postpartum ilk günlerde yapılmış olmasından ve postpartum annelik hüznü tablosunu da içermesinden kaynaklanabilir.

Ayvaz ve arkadaşlarının Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenlerini araştırmak amacıyla yaptıkları toplum tabanlı çalışmaya 6 hafta- 6 ay arası bebeği olan 192 kadın dahil edilmiş ve doğum sonrası depresyon sıklığı %28,1 bulunmuştur (3).

Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın’da postpartum 6-8 haftada olan 248 kadında yaptığı toplum tabanlı kesitsel çalışmada PPD risk sıklığı % 12,5 bulunmuştur (70). Türkçapar ve arkadaşlarının Ankara’da yaptığı çalışmaya 6-8 hafta arası bebeği olan 540 kadın dahil edilmiş ve EPDÖ kesim noktası 13 alındığında PPD risk sıklığı %15,4 bulunmuştur (71).

Danacı ve arkadaşlarının Manisa ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında, 0-6 ay arası bebeği olan 1337 anne üzerinde yaptıkları araştırmada EPDÖ kesim noktası 13 alınmış ve PPD insidansı %14 olarak bulunmuştur (72).

Durukan ve arkadaşlarının yaptığı, Ankara merkez ilçelerinde aile sağlığı merkezine başvuran postpartum 2 hafta-18 ay dönemdeki 708 kadının dahil edildiği

kesitsel çalışmada EPDÖ kesim noktası 13 alınmış ve PPD sıklığı %15.0 bulunmuştur (65).

Dünya’da klinik görüşme yöntemleri kullanılarak PPD yaygınlığını araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Kanada’da doğum sonrası ilk bir yıl içindeki 1452 katılımcının alındığı bir çalışmada PPD sıklığı %8,4 olarak bulunmuştur (73). Fransa’da doğum sonrası 6-8 haftalarda olan 264 katılımcının alındığı bir çalışmada postpartum depresyon oranı %16,7 olarak bulunmuştur (74). ABD’de postpartum 0-1 aylarda bebeği olan 506 kadında PPD sıklığı %8,9 oranda bulunmuştur (75). Almanya’da doğum sonrası 9-12 haftalarda 772 kadının tarandığı bir çalışmada postpartum depresyon oranı %3,6 olarak saptanmıştır (76). Tayland’da postpartum 6-8 haftalarda 400 kadının alındığı bir çalışmada DSM-4 tanı sistemi kullanılarak postpartum depresyon oranı %1 olarak tespit edilmiştir (77).

Dünyadaki öz bildirim ölçeği ile 2005-2014 yılları arasında yapılmış 203 çalışmayı inceleyen bir derlemede PPD risk sıklığının, gelişmiş ülkelerde %1.9-82.1 arasında, gelişmekte olan ülkelerde %5.2-74.0 arasında olduğu saptanmıştır (42). PPD sıklıklarını değerlendiren bu derlemede Alkar ve Gençöz’ün çalışmasındaki %74.0 sıklık ile Türkiye postpartum depresyonun en sık görüldüğü ülke olarak belirtilmiştir (42,69).

2018 yılında Amerika’da yapılan başka bir derlemede 56 ülkeden EPDÖ kullanılarak yapılmış 291 çalışma incelenmiş ve postpartum depresyon genel prevalansı %17,7 olarak bulunmuştur. Ülkeler arasında PPD sıklığında büyük farklılıklar tespit edilmiştir. Şili %38, Güney Afrika %37, Hong Kong %30 ve Türkiye %28 ile PPD’nin en çok görüldüğü ülkeler iken; Singapur %3, Nepal %7, Hollanda %8 ve İsviçre %11 ile en düşük PPD oranına sahip ülkeler olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda kullanılan ölçek, kesim noktası ve PPD değerlendirilme zamanlaması aynı alınmıştır. PPD yaygınlığındaki uluslararası varyasyonun nedeni olarak ülkeler arasındaki ekonomik ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle açıklanmıştır (78).

Çalışmamızda PPD risk sıklığının Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalara göre düşük olmasının nedeni çalışmamıza 0-12 aylık bebeği olan anneleri dahil etmiş olmamız, çalışmamızın birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM’lerde yapılmış olması ve EPDÖ kesim noktasını 13 almış olmamız olabilir.

Literatür incelendiğinde aynı ölçek kullanılmış olsa da PPD risk sıklığının hem ülkeler arasında hem de ülkemizde farklı çalışmalarda çok fazla değişkenlik göstermesi, EPDÖ kesim noktasının farklı alınmasına, değerlendirmenin postpartum farklı zamanlarda yapılmasına, örneklem hacmi ve çalışmanın tasarımına, yöresel ve kültürel farklılıklar ile sosyal ve ekonomik farklılıklara bağlı olduğu düşünülmektedir.

EPDÖ tanı koydurucu olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Tanının klinik muayene ve tanı ölçekleri ile doğrulanması gerekmektedir. Ancak EPDÖ'nün postpartum depresyon riskini belirleme açısından özgüllüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir (79).

Öz bildirim ölçekleriyle yapılan çalışmalardaki PPD sıklığı sonuçları risk sıklığı olup, klinik görüşme ve tanı ölçütleri kullanıldığında bu oranın düştüğü belirtilmektedir (42).

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 196 katılımcı EPDÖ ile değerlendirilerek PPD riski olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. İki grup arasında karşılaştırmalar yapılarak, PPD açısından risk faktörleri belirlenmeye çalışıldı.

Literatürdeki PPD riski ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar incelendiği sistematik bir derlemede çok farklı sonuçlar mevcuttur (42).

Çalışmamızda anne yaşı ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Postpartum depresyon ile yaş arasındaki ilişki ele alındığında literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Türkiye’de Örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 189 kadın postpartum 2. ayda değerlendirilmiş ve anne yaşı ile EPDÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır (80). Göker ve arkadaşlarının 2012’de Manisa’da 318 kadında postpartum 6 haftada EPDÖ uygulanarak yaptıkları çalışmada anne yaşı ile PPD riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (81).

Norhayati ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları, Türkiye’den çalışmalar da dahil 203 çalışmanın sistematik derlemesinde gelişmekte olan ülkelerde genç yaşta olmanın PPD için risk olarak bulunduğu çalışmalar olmakla birlikte çoğu çalışmada yaşın PPD gelişiminde etkisi olmadığı görülmüştür (42). Glavin ve arkadaşlarının Norveç’te postpartum ilk 6 haftada 2227 kadında yaptığı çalışmada ise yaş ilerledikçe

PPD riskinin arttığı tespit edilmiştir (82). Şili’de postpartum depresyon yaygınlığını araştıran bir çalışmada genç anne yaşının PPD riskini artırdığı bulunmuştur (83). Brezilya’da doğum sonrası ilk 5 ayda olan anneler arasından rastgele seçilen 811 katılımcı ile yapılan çalışmada anne yaşının artması ile PPD riskinin azaldığı sonucuna varılmıştır (84). Anne yaşı ve PPD riski arasındaki ilişkinin yapılan çalışmalarda farklı olmasının nedenleri PPD riskinin farklı yöntemler ile değerlendirilmesi, çalışmalardaki örneklem sayılarındaki farklılıklar, ülkeler arası gelişmişlik düzeylerindeki farklar ve PPD için diğer risk faktörlerinin karıştırıcı etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak PPD riski olan grupta evlenme yaşı anlamlı olarak daha düşük bulundu. İnandı ve arkadaşlarının Türkiye’de 5 ilde yaptıkları çok merkezli çalışmada ilk evlilik yaşının ‘18’in altında’ olmasının ‘21 ve üzerinde’ olmasına göre PPD riskini 1,34 kat artırdığı bulunmuştur (46). Ülkemizde evlenme yaşı kadınlar için eğitim ve çalışma durumu gibi diğer risk faktörlerini etkileyerek dolaylı olarak ya da erken yaşta artan sorumluluklara bağlı olarak PPD riskini arttırmış olabilir.

Çalışmamızda evlenme şekli ve akraba evliliği durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Aydın ve arkadaşlarının 2005 yılında Erzurum’da yaptığı çalışmada da evlenme şekli ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (67). Irak’ta postpartum 6-8 haftada 1000 kadında yapılan bir çalışmada PPD riskinin anlaşarak evlenenlerde görücü usulü ile evlenenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (85). Bulut ve arkadaşlarının 2016 yılında Bingöl’de kadın doğum hastanesinde postpartum 354 kadında yaptığı kesitsel bir çalışmada akraba evliliğinin PPD için bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (86).

Çalışmamızda katılımcıların ve eşlerinin eğitim durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Dindar ve arkadaşlarının Edirne’de yaptığı toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada eğitim durumuna göre EPDÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (68). Ayvaz ve arkadaşlarının Trabzon’da yaptığı toplum tabanlı çalışmada postpartum depresyon riski olan annelerin %26,3’nün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır ve eğitim düzeyi ile PPD riski arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (3). Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın’da

yaptıkları çalışmada PPD riski annenin eğitim durumu ilkokul ve altı olanlarda %12,3 iken ilkokul ve üzeri olanlarda %12,7 olarak saptanmış ve annenin eğitim düzeyinin PPD ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (70). İngiltere’de Mitra ve arkadaşlarının gebe izlem sistemi verileri ile yaptıkları kohort araştırmasında da eğitim düzeyi ile PPD riski arasında ilişki saptanmamıştır (87).

Üst ve arkadaşlarının Erzurum’da yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların kendini ifade etme ve doğum sonrası döneme uyum sağlama konusunda daha az zorlandıkları ve doğum sonrası stresör faktörlerle daha iyi başa çıkabildikleri gösterilmiştir (88). Kolukırmık ve arkadaşlarının 2016 yılında İzmir’de yaptıkları toplum tabanlı kesitsel çalışmada katılımcıların ve eşlerinin eğitim durumuyla postpartum depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir (89).

Ekuklu ve arkadaşlarının Edirne’de postpartum 6 haftadaki annelerde yaptıkları çalışmada eşlerin eğitim düzeyi düştükçe PPD riskinin arttığı saptanmıştır (90). Sünter ve arkadaşlarının Samsun il merkezinde 380 katılımcıda yaptıkları çalışmada eşlerin düşük eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı fark saptanmıştır (91).

PPD riski ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi ele alan kapsamlı bir derlemede kadının ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olmasının PPD gelişmesinde etkili olabileceği belirtilmiştir (42). Eğitim düzeyi yüksekliği sosyal yaşamdaki konuma ve sosyal desteğin artmasına dolayısıyla sorunlarla baş edebilme yetisinin artmasına neden olarak PPD için koruyucu olabilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile PPD riski arasında anlamlı fark olmamasının nedeni eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde iş hayatı stresi ve sorumluluklarının karıştırıcı risk faktörleri olması olabilir.

Çalışmamızda kadınların çalışma durumunun postpartum depresyon riskini etkilemediği belirlendi. Çalışmamızla uyumlu şekilde Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın il merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan 248 kadında yapmış oldukları çalışmada, annenin çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı fark bulunamamıştır (70). Durukan ve arkadaşlarının Ankara’da birinci basamağa başvuran 708 kadında yaptıkları kesitsel çalışmada, çalışan ve çalışmayan kadınlardaki PPD risk sıklığında anlamlı fark saptanmamıştır (65).

İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğusundaki 5 ilde yaptıkları geniş kapsamlı kesitsel çalışmada çalışmayan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (46). Nur ve arkadaşlarının Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörlerini araştırmak amacıyla 0-12 aylık bebeği olan 750 annede yaptıkları çalışmada çalışmayan annelerde PPD riski çalışan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (6).

Göker ve arkadaşlarının 2012'de Manisa'da doğum şeklinin PPD üzerine etkisini araştıran, postpartum 6 haftada olan 318 kadında EPDÖ uygulanarak yaptıkları çalışmada çalışmayan annelerde PPD riski daha yüksek saptanmıştır (81). Rubertsson ve arkadaşlarının İsveç'te 2430 kadında yaptıkları çalışmada işsizlik, PPD görülme sıklığında etkili bir faktör olarak saptanmıştır (92).

Kolukırmak ve arkadaşlarının 2016 yılında İzmir'de yaptıkları toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada bir işte çalışan katılımcıların postpartum depresyon sıklığı çalışmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (89). Postpartum ilk 3 aylık dönemde PPD ve anne bebek ilişkisini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada özellikle ekonomik nedenlerle çalışma yaşamına daha erken dönen kadınlarda PPD riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (93).

Çalışan kadın, eğitim ve sosyoekonomik açıdan iyi durumda olabileceği gibi, kötü ekonomik nedenlerle çalışmak zorunda kalmış, yaptığı işi sevmeyen, öğrenim düzeyi düşük kişiler de olabilir. Postpartum erken dönemde bebeğini bırakarak çalışmak zorunda kalan annelerde iş, stres ve yorgunluğa neden olarak depresyon için risk faktörü olabilir. Yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmasının nedeni kadının çalışma durumu dışındaki özelliklerde farklılıklar olması olabilir.

Çalışmamızda eşi çalışmayan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Durukan ve arkadaşlarının Ankara'da 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde yaptıkları çalışmada; eşi çalışmayan annelerde PPD sıklığı çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (65). Aslan ve arkadaşlarının Erzurum'da gebeliklerinin ilk üç aylık dönemindeki kadınlarda depresif bozukluk prevalansı ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla 2014 yılında yaptıkları çalışmada da eşleri çalışmayan kadınlarda depresyon riski daha yüksek saptanmıştır (94). Demir ve arkadaşlarının Ankara'da 2016 yılında yaptıkları

prospektif kontrollü çalışmaya 482 kadın dâhil edilmiş, PPD riski ve eşin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (95). Eşi çalışmayan katılımcıların ekonomik sıkıntılar nedeniyle temel ihtiyaçları karşılayamama ve gelecek kaygısı nedeniyle depresyona yatkın olduğu sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda aylık geliri düşük olan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çalışmamızla benzer şekilde Nur ve arkadaşlarının Sivas'ta yaptıkları çalışmada da düşük gelirli katılımcılarda PPD riski daha yüksek saptanmıştır (6). Gümüş ve arkadaşlarının Çanakkale'de yaptıkları çalışmada aylık geliri düşük olan katılımcılarda EPDÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (96).

İnandı ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğusundaki 5 ilde yaptıkları geniş kapsamlı çalışmada; ailenin düşük gelirli olması durumunda PPD riskinin 3.3 kat ve çok düşük gelirli olması durumunda ise 6.15 kat arttığı bildirilmiştir (46). Özdemir ve arkadaşlarının Bursa'da yaptıkları doğum sonrası depresif duygudurumun yaygınlığını ve etkileyen faktörleri ölçmeyi amaçladıkları çalışmada düşük sosyoekonomik durum ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (97). Kettunen ve Hintikka'nın Finlandiya'da doğum sonrası depresyonun risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyoekonomik durum ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir (98).

Norhayati ve arkadaşlarının güncel birçok çalışmayı inceledikleri derlemede de düşük sosyoekonomik durum ya da işsizliğin PPD gelişmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (42). Özcan ve arkadaşlarının 2017 yılında ülkemizde 52 çalışmayı dahil ettiği bir meta-analiz çalışmasında eş çalışma durumu ve ailenin ekonomik düzeyi PPD için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (43). O'hara ve arkadaşlarının yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında çalışma durumu ve gelir düzeyi PPD oluşumunu etkileyen sosyodemografik özellikler olarak bulunmuştur (45). Sosyoekonomik durumu kötü olan anneler kendileri ve geleceği konusunda daha fazla endişe duyabilirler. Bebeğinin bakım ve beslenme ihtiyacı, karşılaşılabileceği sağlık sorunları durumunda maddi zorluklar annede strese ve huzursuzluğa neden olarak PPD için predispozan bir faktör olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların bebeklerinin doğum zamanı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Kolukırık ve arkadaşlarının İzmir’de yaptıkları doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenleri araştıran toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada bebeklerin doğum haftası ile PPD arasında anlamlı fark saptanmamıştır (89). Demir ve arkadaşlarının Batman, İstanbul ve Ankara olmak üzere 3 merkezde yaptıkları prospektif kontrollü çalışmada 482 katılımcı değerlendirilmiş ve bebeklerin doğum zamanı ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (95).

Durukan ve arkadaşlarının Ankara’da 708 anne ile yaptıkları çalışmada bebeği 37 haftadan önce doğan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (65). Güngör ve arkadaşlarının İstanbul’da yaptıkları bir çalışmada, preterm doğum yapan kadınların doğum sonrası depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (99). Silverman ve arkadaşlarının İsveç’te yaptıkları çalışmada preterm doğum yapan annelerde postpartum depresyon riskinin 1,3 kat arttığı bildirilmiştir (100). Preterm doğum yenidoğanda morbidite ve mortaliteye neden olabilen yüksek riskli bir durum olması ve annenin bebeğini kaybetme korkusu çökkünlük ve umutsuzluğa neden olabilir.

Çalışmamızda bebeğinde sağlık sorunu olan annelerde PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Danacı ve arkadaşlarının Manisa ilinde birinci basamakta 0-6 aylık bebeği olan annelerde yaptıkları çalışmada bebekte sağlık sorunu olmasının postpartum depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (72). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları 5 merkezli çalışmada bebeğinde sağlık sorunu olan annelerde postpartum depresyon riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (46). Bebekleri sağlık sorunu yaşayan annelerin daha stresli ve endişeli olması depresyon için zemin hazırlayabilir. Hasta bebeğe sahip annelerde depresyon riskinin yüksek olabileceği depresyon taraması sırasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda bebeği yoğun bakımda kalmış olan annelerde PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Demir ve arkadaşlarının 3 farklı merkezde yaptıkları çalışmada yenidoğanın yoğun bakımda kalmasının annede PPD riskini 4,3 kat arttırdığı saptanmıştır (95). Yenidoğan bebeğin yoğun bakımda

kalması anne ve bebek arası duygusal bağın oluşamamasına ve annede strese neden olarak depresyon için risk faktörü olabilir.

Çalışmamızda bebek yaşı ile PPD riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Durukan ve arkadaşlarının Ankara’da 2 hafta-18 aylık bebeği olan 708 annede yaptıkları çalışmada da bebek yaşı ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (65). O’hara ve Swain’in postpartum depresyon riskini belirlemek için yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında PPD doğumdan sonraki ilk haftalarda daha yüksek iken ilerleyen haftalarda azalma eğilimindedir (45). Özcan ve arkadaşlarının 2017 yılında Türkiye’de 52 çalışmayı dahil ettiği bir meta-analiz çalışmasında PPD riskinin doğumdan sonraki ilk haftalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (43). Yeni anne olmuş kadının anneliğe alışmaya çalıştığı günlerde karşılaştığı zorluklar ve hormonal faktörlere bağlı olarak postpartum erken dönemde depresyon riski daha yüksek olabilir.

Çalışmamızda eşi ile ilişkileri orta-kötü olan katılımcılarda iyi olanlara göre PPD riski anlamlı olarak yüksek saptandı. Aynı zamanda gebelikte eş desteği ile PPD riski arasında da anlamlı bir fark saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Dindar ve arkadaşlarının 9 farklı merkezde 679 kadında yaptıkları çalışmada eş ile ilişkileri kötü olan kadınlarda PPD riski 3,49 kat daha yüksek saptanmıştır (68). Gümüş ve arkadaşlarının Çanakkale’de 3 farklı ASM’de 221 postpartum kadında yaptıkları çalışmada eşi ile ilişkisi olumsuz olarak değerlendiren kadınlarda depresif belirti düzeyi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (96). Aydın ve arkadaşlarının Erzurum’da postpartum 1 yıl içerisindeki kadınlarda yaptıkları çalışmada eş desteğinin olmamasının PPD riskini 1,9 kat arttırdığı belirtilmiştir (67). Durukan ve arkadaşlarının 2 hafta-18 ay bebeği olan annelerde PPD ve yaşam kalitesini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada gebeliği sırasında eşinden yeterince destek görmemiş kadınlarda PPD riski daha yüksek saptanmıştır (65). Kolukırık ve arkadaşlarının 2018 yılında İzmir’de yaptıkları toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada postpartum depresyon riskinin eş desteği az olan kadınlarda 2,8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (89).

Çalışmamızda aile ilişkileri iyi olmayanlarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Durukan ve arkadaşlarının Ankara’da 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde yaptıkları çalışmada aile ilişkilerinin kötü olması PPD riskini arttıran bir

faktör olarak belirlenmiştir (65). Arslantaş ve arkadaşlarının Aydın il merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan annelerde yaptıkları çalışmada aile ilişkileri kötü olan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (70). Ege ve arkadaşlarının Malatya’da yaptıkları çalışmada doğum sonrası dönemde aile desteği ile EPDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (101).

Ülkemizde Yağmur ve Ulukoca’nın yaptığı kesitsel çalışmada sosyal destek ayrıntılı bir şekilde ölçekle değerlendirilmiş ve sosyal destek azlığının postpartum depresyon riskini arttırdığı saptanmıştır (102). Norhayati ve arkadaşlarının yaptıkları güncel birçok çalışmayı inceleyen derlemede sosyal destek eksikliği ve aile içi ilişkilerde sorunlar olması PPD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (42).

Kim ve arkadaşlarının Kanada’da yaptıkları çalışmada postpartum dönemde sosyal destek almayan ya da çok az alan annelerde PPD riski 5,10 kat daha fazla saptanmıştır (103). Kettenun ve Hintikka’nın Finlandiya’da doğum sonrası depresyonun risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (98). Sosyal destek, sorunların paylaşılmasında ve çözülmesinde önemli bir faktördür. İnsanlar sorun ve sıkıntılarını öncelikle en yakınları olan aileleri ve eşleriyle paylaşma eğilimindedirler. Eşi ve ailesiyle ilişkileri kötü olan ve çevresinden sosyal destek göremeyen kadınlarda postpartum depresyon riskinin arttığı bilinmektedir. Sosyal destek görmek kişinin yaşadığı stres faktörünü tamamen ortadan kaldırmasa da stresle başa çıkmasına yardımcı olarak kendini yalnız ve çaresiz hissetmesini önleyebilir.

Çalışmamızda annelere bebek bakımına yardım eden birinin varlığı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Çalışmamızla benzer şekilde Yıldırım ve arkadaşlarının doğum sonrası depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırdıkları 0-12 ay bebeği olan 197 kadının dahil edildiği çalışmada bebek bakımına yardım eden birinin varlığı ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Efe ve arkadaşlarının Ankara’da 214 kadında yaptıkları çalışmada bebek bakımında destek alma durumu ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (105).

Tambag ve arkadaşlarının Hatay’da yaptıkları bir çalışmada çocuk bakımı için destek alan annelerin EPDÖ ortalama puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu

saptanmıştır (106). Özdemir ve arkadaşlarının Konya’da yaptıkları çalışmada bebek bakımına yardım eden birinin olmamasının PPD riskini 2,21 kat arttırdığı saptanmıştır (107). Yağmur ve Ulukoca’nın Malatya’da yaptıkları kesitsel çalışmada postpartum ilk yıl içerisindeki kadınlar değerlendirildiğinde eşlerinden ve diğer aile üyelerinden yardım alan kadınlarda daha düşük EPDÖ puanı bildirilmiştir (102). Filha ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptığı çalışmada bebek bakımına yardım almak ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmış olup bebek bakımına yardım alan annelerde PPD riski daha düşük bulunmuştur (108). Yeni doğum yapmış kadın hayatındaki değişikliğe ve annelik sorumluluğuna alışmaya çalışırken yanında bebek bakımında yardımcı ve tecrübeli birinin olması anneyi rahat ve güvende hissettirecektir. Annenin üzerindeki yükün azaltılması hem annenin ruhsal sağlığı hem de bebekle arasındaki bağın güçlenmesi için çok değerlidir. Çalışmamızda bebek bakımında yardımcı birinin olması ile PPD riski arasında anlamlı bir fark çıkmamasının nedeni yardım eden kişinin çoğunlukla aileden biri olması ve kötü aile ilişkileri gibi karıştırıcı faktörlerin sonucu etkilemiş olması olabilir.

Çalışmamızda bebeğin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünen kadınlarda PPD riski daha yüksek saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Durukan ve arkadaşlarının 2 hafta-18 aylık bebeği olan 708 anne ile yaptıkları çalışmada bebeğinin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünmek ile PPD riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (65).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak gebelikten önce herhangi bir zamanda depresyon öyküsü olan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kadınlarda peripartum dönem dışındaki depresyon öyküsü postpartum depresyon için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (109). Durukan ve arkadaşlarının Ankara’da 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde yaptıkları kesitsel çalışmada depresyon ya da psikiyatrik hastalık geçmişi olan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (65). Aydın ve arkadaşlarının Erzurum’da yaptıkları toplum tabanlı kesitsel çalışmada da depresyon öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon riski daha yüksek saptanmıştır (67). Kolukırık ve arkadaşlarının İzmir’de yaptıkları doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenleri araştıran toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada depresyon öyküsüyle PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (89). Dindar ve Erdoğan’ın Edirne’de 9 farklı merkezde 679 kadında

yaptıkları kesitsel çalışmada depresyon öyküsü olan katılımcılarda EPDÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (68).

İngiltere’de Mitra ve arkadaşlarının gebe izlem sistemi verileri ile yaptıkları kohort araştırmasında ve Japonya’da 1133 kadında doğum sonrası depresyonun antenatal risk faktörlerini araştıran yapılan kohort çalışmasında daha önce depresyon tanısı almış ya da psikiyatrik tedavi geçmişi olanlarda PPD riski anlamlı olarak fazla bulunmuştur (87,110). Rich-Edwards ve arkadaşlarının Amerika’da 1662 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, geçirilmiş depresyon öyküsü PPD için en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (111). Lanes ve arkadaşlarının Kanada’da yaptığı çalışmada geçmiş depresyon öyküsü PPD için risk faktörü olarak saptanmıştır (112). Robertson ve arkadaşlarının yaptıkları PPD ile ilişkili risk faktörlerini araştıran meta-analizde, gebelik öncesi depresyon ve gebelik dönemindeki depresyonun PPD ile orta veya güçlü derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (113). O’hara ve Swain’in postpartum depresyon riskini belirlemek için yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında gebelik döneminde depresyon öyküsü PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir (45). Psikiyatrik hastalıklar tekrarlama eğiliminde olduğu için geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü depresyon için risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Çalışmamızda daha önceki doğumlarından sonra postpartum depresyon geçirme öyküsü olan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Çalışmamızla uyumlu şekilde Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada PPD öyküsü olan kadınlarda PPD riski daha yüksek saptanmıştır (65). Gümüş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada önceki doğumda PPD öyküsü olan katılımcılarda EPDÖ puanı ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (96). Robertson ve arkadaşlarının yaptıkları PPD ile ilişkili risk faktörlerini araştıran meta-analizde geçirilmiş postpartum depresyon öyküsünün, sonraki doğumlarda PPD geçirme riskini %50 oranda artırdığı belirtilmektedir (113).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması postpartum depresyon için orta derecede majör risk faktörüdür (114). Ancak çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmadı. İnandı ve arkadaşlarının Türkiye’de 5 farklı merkezde yaptıkları çalışmada PPD riski ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan kadınlarda 1,75 kat artmaktadır (46). Özcan ve arkadaşlarının

yaptıkları derlemede 15 çalışmanın 7'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü PPD ile pozitif ilişkili bulunmuştur (43). Aile ve ikiz çalışmaları aile öyküsünün depresyon için risk faktörü olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda aile öyküsü ile PPD riski arasında ilişki bulunmamasının nedeni ruhsal hastalıklara yönelik toplumun tutumu ve dışlanma gibi endişelerden dolayı psikiyatrik hastalıkların saklanma eğiliminde olması olabilir.

Çalışmamızda gebeliği planlı ve istemli olmayan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızla uyumlu şekilde İnandı ve arkadaşlarının 5 farklı merkezde 2514 katılımcıda yaptıkları çalışmada istemeden gebe kalan annelerde PPD'nin 1,56 kat daha sık olduğu saptanmıştır (46). Arslantaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeliğin istenen bir gebelik olmasının postpartum depresyon riskini anlamlı olarak azalttığı görülmüştür (70). Ege ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada planlanmamış gebelik postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirlenmiştir (101). De Castro ve arkadaşlarının Meksika'da 604 kadını dahil ettikleri çalışmada, gebeliğin planlı olması ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olduğu, gebeliği plansız olanlarda PPD riskinin 2,4 kat daha fazla olduğunu saptanmıştır (115). Fransa'da Gaillard ve arkadaşlarının 264 kadında yaptıkları çalışmada planlanmamış gebelik PPD için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (74).

İstenmeyen veya planlanmamış gebelikler postpartum depresyon için risk faktörlerindendir (116). Dietz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma sonuçlarına göre, istenmeyen gebeliğin annenin benlik duygusunu bozabileceği, stresör faktörlerle başa çıkma gücünü azaltabileceği ve depresyona zemin hazırlayabileceği belirtilmiştir (117). Planlanmamış gebelik kadının hayatında eğitim ve kariyer planlarında ya da farklı alanlarda aksaklıklara yol açarak stres, hayal kırıklığı ve olumsuz duygular yaşamasına neden olabilir. Böylece annenin gebelikte veya doğum sonrası dönemde depresyona yatkınlığı artabilir (118). İstenmeyen gebelik durumu, anneliğe hazır olmayan kadının bebeğe ve annelik rolüne uyumda ve olası sorunlarla başa çıkmakta zorluklar yaşamasına neden olabilir.

Sağlık Bakanlığının doğum öncesi bakım yönetim rehberinde, bir kadının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi için en az 4 kez tıbbi sağlık kontrolü önerilir. Gebeliğe bağlı ya da gebelik dışı şikâyeti olan gebeler için daha sık takip

muayenelerinin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (119). İnandı ve arkadaşlarının 5 farklı merkezde yaptıkları çalışmada gebelik sırasında düzenli medikal takip eksikliği ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (46). Öztora ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gebelikte düzenli takip ve takip sayısı ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (120). Sağlık bakanlığının önerileri doğrultusunda çalışmamızdaki tüm katılımcıların gebelik süresince en az 4 kez sağlık hizmeti aldığı belirlendi.

Çalışmamızda birden fazla çocuğu olan katılımcılarda ilk çocuğu olanlara göre PPD riski anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çocuk sayısı arttıkça annenin yaşadığı biyolojik ve ruhsal değişimler ile artan sorumluluklara bağlı postpartum depresyon riskinin artması beklenen bir sonuçtur. Çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Ankara’da Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan ve primipar annelerde postpartum depresyon riski arttığı saptanmıştır (65). Dindar ve Erdoğan’ın çalışmasında çocuk sayısının fazla olması ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (68). Aslan ve arkadaşlarının 2014 yılında Erzurum’da yaptıkları çalışmada da 3 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda postpartum depresyon riski daha yüksek saptanmıştır (94).

Mathisen ve arkadaşlarının Arjantin’de yaptığı çalışmada daha yüksek psikolojik yük nedeniyle iki veya daha fazla çocuğa sahip olmanın postpartum depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (121). Asya kültüründe postpartum depresyonu araştıran bir derlemede ekonomik sıkıntıların yaşandığı ülkelerde çok çocuk sahibi olmanın ekonomik ve ruhsal zorluklarına bağlı PPD riskini arttırdığı bildirilmiştir. Ancak aynı çalışmada Birleşik Arap Emirlikleri gibi çok çocuk sahibi olmanın istenen ve üstünlük olarak görüldüğü ülkelerde ise tam tersi sonuçlar elde edilmiştir (122). Tachibana ve arkadaşlarının Japonya’da yaptıkları kohort araştırmasında ilk doğumu olan kadınlarda PPD risk sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (110). Palumbo ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada çocuk sayısının PPD ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (116).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda çocuk sayısı ile postpartum depresyon riski arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmalardan çıkardığımız sonuca göre; ekonomik sıkıntıların olduğu toplumlarda çocuk sayısının artması anne üzerinde maddi ve duygusal stresin artmasına neden olarak ve annenin tecrübeleri doğrultusunda karşılaşılabileceği zorlukları ön görmesiyle PPD riskini arttırabilir. Diğer taraftan ilk bebeği olan annelerde bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmamak da PPD riskini arttırabilir.

Doğum şekli ile PPD ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Hergüner ve arkadaşlarının doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisini inceleyen Konya’da yaptıkları çalışmada doğum şekli ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (123). Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da doğum şekli ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (65). Göker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada doğum şeklinin PPD üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir (81).

Gümüüş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada normal vajinal doğum yapanlarda PPD riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (96). Sünter ve arkadaşlarının Samsun’da yaptıkları çalışmada normal vajinal doğumun sezaryen doğuma göre PPD riskini 2,2 kat arttırdığı saptanmıştır (91). Patel ve arkadaşlarının, sezaryen doğum ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları kohort çalışmasına 10.934 kadın dahil edilmiş ve doğum şeklinin PPD üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (124). Gaillard ve arkadaşlarının Fransa’da yaptıkları kohort çalışmasında postpartum depresyonun doğum şekli ile değil, doğumda ve doğum sonrasında yaşanan ağrı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (74). Çalışmamızda doğum şekli ile PPD riski arasında anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni sezaryen doğum oranının yüksek olması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda gebelikten önce sigara kullanımı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmazken, gebelik süresince sigara kullananlarda PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Kolukırık ve arkadaşlarının yaptıkları toplum tabanlı kesitsel çalışmada sigara kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (89). Örün ve arkadaşlarının doğum sonrası 2. ayda maternal psikopatolojileri araştırdıkları çalışmalarında sigara kullanan annelerde PPD riski sigara kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (80).

Lee ve arkadaşlarının Kore’de yaptıkları çalışmada sigara içme öyküsü ile PPD sıklığı arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (125). Brown ve arkadaşlarının 526 kişiyi dahil ettikleri çalışmada sigara kullanımı ile depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik düzeyde ortaya çıkan depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili bulunmuştur (126). Çocuk gelişimi ile sigara kullanan ebeveyn arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış ve sigara kullanımı ile depresyonun iç içe geçen ilişkisini analiz için ileri araştırma yapılması önerilmiştir (127). Sigara kullanımı ve depresyon arasındaki neden sonuç ilişkisi hala tam olarak net değildir ve ileride yapılacak biyodavranışsal analizler sonucunda bu ilişki açığa çıkabilir.

Çalışmamızda gebelikten önce alkol kullanımı ile PPD riski arasında anlamlı bir fark saptanmamasının nedeni alkol kullanan katılımcı sayısının çok az olması olabilir. Lin ve arkadaşlarının Tayvan’da yaptıkları çalışmada alkol kullanımı ile postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (128). Filha ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptıkları çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (108).

Çalışmamızda gebelikte sağlık sorunu yaşamak ile PPD riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sünter ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeliği süresince herhangi bir tıbbi sorun yaşayan kadınlarda PPD riski ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (91). Kolukırık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelikte sağlık sorunu yaşamış olmak ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (89).

Gebelik süresince yaşanan sağlık sorunlarının PPD için risk faktörü olabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşamış olmak ile PPD riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (65). İnandı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşamamanın PPD riskini 1,6 kat arttırdığı bulunmuştur (46). Kanada’da 2014 yılında yapılmış 6421 kişinin dahil edildiği çalışmada gebelikte sağlık problemi yaşamamanın PPD riskini 1,45 kat artıran bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (103). Riskli gebelik geçiren ya da gebeliği süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınlarda kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili duyduğu endişe depresyona yatkınlık yaratabilir. Çalışmamızda gebeliğinde sağlık

sorunu yaşıyan kadınlarda PPD riskinin anlamlı olarak yüksek çıkmamasının nedeni sağlık sorununu genel olarak sorgulamamız ve kişilerce algılanan sağlık sorunu kapsamının farklılıkları olabilir.

Çalışmamızda gebelikten önce ya da gebelikte hayatında ciddi bir stres faktörü olan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak yüksek saptandı. Çalışmamızla benzer şekilde Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelik sırasında yaşanan stres PPD sıklığını arttıran bir faktör olarak saptanmıştır (65). Kolukırık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hayatında ciddi bir stres olan annelerde PPD riski 9,4 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur (89). Ülkemizde Özcan ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları derlemede gebelikte stresör faktör olması ile PPD arasındaki ilişkinin değerlendirildiği 22 çalışmanın 11'inde pozitif ilişki saptanmıştır (43). Japonya'da yapılan bir kohort çalışmasında hayatında ciddi bir stres faktörü olan kadınlarda PPD riski anlamlı olarak fazla bulunmuştur (110). Postpartum depresyonun hormonal değişiklikler dışındaki risk faktörleri majör depresif bozukluk ile benzerdir ve postpartum depresyon majör depresyon atağı olarak da değerlendirilebilir (37). Ciddi bir stresör varlığı depresyon gibi PPD için de risk faktörüdür. Annenin bebeğine ve yeni yaşam şartlarına uyum sağlamaya çalıştığı dönemde yaşadığı stres faktörleri, doğum sonrası döneme adaptasyonunu zorlaştırarak depresyona zemin hazırlayabilir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları:

Çalışmamıza dahil edilen kadınların postpartum 0-12 aylık dönemde farklı günlerde değerlendirilmesi ve katılımcıların farklı özellikler taşıması nedeniyle örneklemimiz kısmen heterojen özelliktedir.

Postpartum depresyon değerlendirmesinde kullandığımız EPDÖ tanı testi olmayıp postpartum depresyon taraması ve risk değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olup postpartum depresyonun uzun dönem risk faktörlerini değerlendirmede yetersiz kalmış olabilir.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri:

Çalışmamızı birinci basamak sağlık kuruluşu olan, farklı yerleşim yerlerindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütmüş olmamız sebebiyle çalışma grubumuzun toplumu iyi yansıttığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızı yürüttüğümüz aile sağlığı merkezlerinin farklı sosyoekonomik özelliklere sahip yerleşim yerlerinde olması sosyoekonomik faktörlerin etkisinin daha net ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Çalışmamızı aile sağlığı merkezlerine çocuklarının aşı ya da sağlık sorunları nedeniyle başvuran annelerde yapmış olmamız, annelerin kendi sağlık sorunları gibi karıştırıcı faktörlerin etkisini azaltmış olabilir.

Araştırma anket verileri ve EPDÖ, araştırmayı yapan hekim tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır ve çalışma grubundaki bütün katılımcılara standart ve eşit davranılmıştır.

Postpartum depresyon riskini belirlemek için kullandığımız EPDÖ'nün en sık kullanılan tarama testi olması ve sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olması güvenilirliği arttırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda doğum sonrası 0-12 aylık süreçte olan annelerin postpartum depresyon riskini ve ilişkili olabilecek faktörleri incelemek amacıyla sosyodemografik verileri içeren anket ve Türkiye’de güvenilirlik çalışması yapılmış olan EPDÖ’yü uyguladık. EPDÖ kesim noktası 13 alındı ve ölçekten 13 puan ve üzeri alan katılımcılar PPD açısından riskli olarak kabul edildi. Çalışmamızın ana bulgusu olarak 196 katılımcıda PPD risk sıklığını %16,3 olarak bulduk.

Çalışmamızda annenin evlenme yaşı, aylık gelir düzeyi ve eş mesleği ile PPD riski arasında anlamlı bir fark bulunmuşken; anne yaşı, evlenme şekli, akraba evliliği olma durumu, yaşanılan yer, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler PPD risk faktörü olarak saptanmadı. Erken yaşta evlenme ve erken yaşta gebeliklerin neden olacağı olumsuz sonuçlar konusunda toplumda farkındalık oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda birden fazla çocuğu olan katılımcılarda, gebeliği planlı ve istemli olmayanlarda ve bebeğinin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünen katılımcılarda PPD riski daha yüksek saptandı. Ayrıca gebelikte aldığı sağlık hizmetinden memnun olmayan, eş ile ilişkisi ve gebelikte eş desteği iyi olmayan ve aile ilişkileri iyi olamayan katılımcılarda PPD riski anlamlı olarak yüksekti.

Annelerin gebe, lohusa ve bebek izlem takiplerine yalnız gitmeleri babaları bu sürecin dışında bırakabilir. Tüm bu takiplere babaların da aktif olarak katılması teşvik edilmeli ve babalar gebelik süreci hakkında bilgilendirilmelidir. Ebeveynler birlikte iken gebelik ve postpartum süreçte meydana gelebilecek fizyolojik, ruhsal ve bedensel değişiklikler anlatılmalıdır. Gebelik ve postpartum dönem anne için fiziksel ve ruhsal olarak stresli ve hassas bir dönem olup bu dönemde öncelikle eşinin, ailesinin, hekim ve sağlık personelinin desteği ve bilgilendirmesi ile PPD riski azaltılabilir.

Planlanmayan ve istenmeyen gebelikler annenin yaşam tarzında değişikliklere, ekonomik ve ruhsal yükümlülöklere neden olarak PPD riskini arttıran bir faktör olabilir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından üreme çağındaki kadınlara

üreme sağlığının korunması ve aile planlaması danışmanlığının daha etkin biçimde verilmesi oldukça önemlidir.

Bebeğinde hastalık öyküsü ve yoğun bakımda yatış öyküsü olan annelerde PPD riski daha yüksek iken; bebeğin doğum haftası, doğum şekli, doğumda bebekte komplikasyon gelişmiş olması PPD için risk faktörü olarak saptanmadı.

Annenin depresyon öyküsü olması ya da daha önceki doğumda PPD tanısı almış olması PPD için risk faktörü olarak saptandı. Psikiyatrik hastalıkların tekrarlama riski olduğundan, psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin yakın takibe alınması ve risk faktörlerine yönelik önlemlerin alınmasına dikkat edilmelidir.

Gebelikte sigara kullananlarda, gebelikten önce ve gebelikte hayatında ciddi bir stresör faktör olan annelerde PPD riski anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Bireylerin ilk ve sürekli başvuru noktası olan birinci basamakta sigara bırakma ile ilgili bilgilendirmenin ve müdahalelerin yapılması, sigaranın bebek üzerindeki olumsuz etkilerinin anlatılması postpartum depresyon riskini azaltmaya yönelik etkili olabilir.

Postpartum depresyonun anne ve bebeğin ruh ve beden sağlığı üzerine etkileri düşünüldüğünde çalışmamızda saptadığımız PPD risk sıklığı çok önemlidir. Annenin ruh sağlığı bebeğini, yakın çevresini ve dolaylı olarak toplumu etkilediği için postpartum depresyonun erken tanı ve tedavisi ile ana çocuk sağlığı ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi önerilir. Yeni doğum yapmış annenin hayat tarzındaki değişiklikler, bebeğe alışma döneminde hissettiği olumsuz duygulardan dolayı kendini suçlu hissetmesi ve toplum tarafından damgalanmaktan korkması hekime başvurmasını geciktirebilir ve bu nedenle tanı alması gecikebilir. Aile hekimleri kişilerin sosyokültürel faktörleri ve sağlık durumları hakkında en fazla bilgiye sahip olan ve kişilerin yaşadığı toplumu en yakından tanıyan hekimlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının toplumla ilk temas noktası olması, kolay ulaşılabilirliği ve sürekliliği göz önünde bulundurulduğunda aile hekimleri postpartum depresyonun tarama, tanı ve takibinde önemli role sahiptir.

Postpartum depresyon riski olan annelerin çoğunluğunun hastalıklarının farkında olmadığı, tanı almadığı ve bu durumu nasıl yönetmeleri gerektiğini bilmedikleri gözlemlendi. Birinci basamakta hizmet veren sağlık personeli ve aile

hekimlerinin, anneyi PPD risk faktörleri açısından değerlendirmesi, gözlemlemesi, sorgulaması ve gerektiğinde uygun tarama ölçeğiyle risk taraması yapması gerekmektedir. PPD riski olan annelere bilgilendirme, tanı ve tedavi için gerekli birimlere yönlendirme, aile desteğinin sağlanması ve sağlık eğitimi verilmesi konularında aile hekimleri kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca aile hekimi postpartum depresyonu önlemek amacıyla anne adayına postpartum dönem hakkında bilgi vermeli ve gerekirse eğitimler düzenlemelidir. Gebe kadınlar arasında destek grupları oluşturulması teşvik edilerek doğum öncesi ve sonrasında benzer süreçlerden geçen annelerin birbirlerine destek olmaları sağlanabilir.

Postpartum depresyon anne ve bebek dışında tüm aileyi hatta toplumu ilgilendiren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle postpartum dönemdeki annenin duyu durum değişiklikleri yakından izlenmeli ve olası risk faktörleri değerlendirilmelidir. Postpartum depresyonun erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması ile tablonun ağırlaşması önlenabilir, anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkileri azaltılır, iyi bir anne bebek bağlanması ile sağlıklı nesillerin yetişmesi sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Yalçın B, Öztürk O. The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(4):250–8.
2. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan 1;77:153–66.
3. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak I. The incidence of postpartum depression in Trabzon province and the risk factors during gestation. *Turk Psikiyatr Derg*. 2006;17(4):243–51.
4. Erdem Ö, Bucaktepe G. The prevalence and screening methods of postpartum depression. *Dicle Med J*. 2012 Sep 1;39(3):458–61.
5. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon. *Türkiye Klin*. 2009;29(1):206–14.
6. Nur N, Çetinkaya S, Bakır D, Demirel Y. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Cumhur Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2004;26(2):55–9.
7. Aktaş M, Şimşek Ç, Aktaş S. Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect. *J Acad Res Nurs*. 2017;3:10–3.
8. Patel M, Bailey R, Jabeen S, Ali S, Barker N, Osiezagha K. Postpartum depression: A review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23(2):534–42.
9. Stowe Z, Nemeroff C. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(2):639–45.
10. Yükseloğlu E, Uğraş S, Karamustafalıoğlu K. Duygudurum bozuklukları ve genetik. *Türkiye Klin*. 2019;(December):17–21.
11. Özder A, Kayalı Y. Depresyon (Çökkünlük). *Türkiye Klin*. 2018;9(3):173–8.
12. Kaya B, Kaya M. 1960 ' lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klin Psikiyatr*. 2007;10:3–10.

13. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018.
14. Köroğlu E. DSM-V-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. 1. Baskı. Köroğlu E, editor. 2013. 194–197 p.
15. Malhi G, Mann J. Depression. Lancet. 2018;392:2299–312.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). 2013.
17. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2010;
18. Kessler R, Bromet E. The Epidemiology of Depression Across Cultures. Annu Rev Public Health. 2013;34.
19. Remick R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. CMAJ. 2002;167(11):1253–60.
20. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. ‘ Major Depresif Bozukluk ’ Tanımı , Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi : Bir Gözden Geçirme. J Contemp Med. 2016;6(1):51–66.
21. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication. JAMA - J Am Med Assoc. 2003;289(23):3095–105.
22. Heim C, Binder EB. Current research trends in early life stress and depression : Review of human studies on sensitive periods , gene – environment interactions , and epigenetics. Exp Neurol. 2012;233(1):102–11.
23. Roberts R, Shema S, Kaplan G, Strawbridge W. Sleep Complaints and Depression in an Aging Cohort : A Prospective Perspective. Am J Psychiatry. 2000;(January):81–8.
24. Sözeri Varma G. Major Depresif Bozuklukta Nöroinflamatuvar Hipotez. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1):1–9.
25. Hamilton J, Etkin A, Lemus M, Johnson R, Gotlib I. Functional Neuroimaging

- of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis and New Integration of Baseline Activation and Neural Response Data. *Am J Psychiatry*. 2012;(7):693–703.
26. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara. 2003;20–32.
 27. Fava M, Kendler K. Major Depressive Disorder Review. *Neuron*. 2020;28:335–41.
 28. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*. 2000;1(1):29–38.
 29. Lorant V, Croux C, Weich S, Mackenbach J, Anseau M, Delie D. Depression and socio-economic risk factors : 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry*. 2007;3–8.
 30. Yüksel İ. İşsizliğin Psikososyal Sonuçlarının İncelenmesi (Ankara Örneği). *CÜ İktisadi ve İdari Bilim Derg*. 2003;4(2):21–38.
 31. Feldner M, Babson K, Zvolensky M. Smoking , traumatic event exposure , and post-traumatic stress : A critical review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:14–45.
 32. Mykletun A, Overland S, Edvard L, Liabø H, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression : Evidence from a large population survey : The HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008;23:77–84.
 33. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters E. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
 34. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th Editi. Philadelphia, United States: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
 35. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed

- mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001;323(August):257–60.
36. Gülseren L. Postpartum depression: A review. *Türk Psikiyatr Derg*. 1999;10(1):58–67.
 37. O’Hara M, Mc Cabe J. Postpartum Depression : Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379–407.
 38. Dilbaz N, Enez A. Women and psychiatry: postpartum mood disorders. *Turkiye Klin J Int Med Sci*. 2007;3:32–40.
 39. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier : prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Heal*. 2014;17:171–3.
 40. Campbell S, Cohn J. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-Time Mothers. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(4):594–9.
 41. Cooper P, Campbell E, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-Psychotic Psychiatric Disorder After Childbirth A Prospective Study of Prevalence , Incidence , Course and Nature. *Br J Psychiatry*. 1988;152:799–806.
 42. Norhayati M, Nik Hazlina N, Asrenee A, Wan Emilin W. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms : A literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34–52.
 43. Özcan N, Boyacıoğlu N, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):420–8.
 44. Bobo W, Yawn B. Concise Review for Physicians and other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(6):835–44.
 45. O’Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8(1):37–54.
 46. Inandi T, Elci O, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin T. Risk factors for depression in postnatal first year , in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002;31:1201–7.
 47. Lee D, Yip A, Chiu H, Chung T. Screening for Postnatal Depression Using the

- Double-Test Strategy. *Psychosom Med*. 2000;62:258–63.
48. Beck C. Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–85.
 49. Bloch M, Daly R, Rubinow D. Endocrine Factors in the Etiology of Postpartum Depression. *Compr Psychiatry*. 2003;44(3):234–46.
 50. Kennedy R, Malabu U, Jarrod G, Nigam P, Kannan K, Rane A. Thyroid function and pregnancy : Before , during and beyond. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2010;30(8):774–83.
 51. Johnstone S, Boyce P, Hickey A, Morris-yates A, Harris M. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2001;35:69–74.
 52. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*. 1996;168:607–12.
 53. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2007;48:343–7.
 54. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Disord*. 1995;33:11–22.
 55. Beck C. Postpartum Depression : A Metasynthesis. *Qual Health Res*. 2002;12:453–72.
 56. Erdem Ö, Çelepkolu T. Risk Factors and Causes of Postpartum Depression. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2014;8(3):93–9.
 57. Stewart D, Robertson E, Dennis C, Grace S, Wallington T. Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. *Toronto Public Heal*. 2003;(October).
 58. Brockington I, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety , obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health*.

2006;253–63.

59. Grof P, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, et al. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2000;61:31–9.
60. Yonkers K, Vigod S, Ross L. Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2011;117(4):961–77.
61. Bener A, Gerber L, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period : a major public health problem and global comparison. *Int J Women's Heal.* 2012;4:191–200.
62. Demirkol M, Şimşek L, Yılmaz H, Tamam L. Gebelik ve Postpartum Dönemde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Curr Approaches Psychiatry.* 2018;10(1):118–29.
63. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi.* 2011;86(1):39–47.
64. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(JUNE):782–6.
65. Durukan E, İlhan M, Bumin M, Aycan S. Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months. *Balkan Med J.* 2011;28(4):385–93.
66. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği : Türkçe ’ de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatr Derg.* 2008;
67. Aydın N, İnandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum Province in Eastern Turkey. *Women Heal.* 2005;41(2):1–12.
68. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish Women for Postpartum Depression Within the First Postpartum Year: The Risk Profile of a Community Sample.

Public Heal Nurs. 2007;24(2):176–83.

69. Alkar Ö, Gençöz T. Critical Factors Associated With Early Postpartum Depression Among Turkish Women*. *Contemp Fam Ther.* 2005;27(2):263–75.
70. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya N. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Vol. 10, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. Klinik Araştırma; 2009.
71. Turkcapar A, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 May 3;15(1).
72. Danacı A, Dinç G, Deveci A, Şen F, İçelli İ. The Prevalence of Postpartum Depression in Manisa Province and Influencing Factors. *Turkish J Psychiatry.* 2000;11(3):204–11.
73. Walker M, Davis C, Al-Sahab B, Tamim H. Reported Maternal Postpartum Depression and Risk of Childhood Psychopathology. *Matern Child Health J.* 2013;17:907–17.
74. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* 2014 Feb 28;215(2):341–6.
75. Gjerdincjen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: Validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med.* 2009;7(1):63–70.
76. Ballestrem C-L, Strauß M, Kächele H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany-implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Heal.* 2005;8:29–35.
77. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *J Obstet*

Gynaecol Res. 2007 Jun 1;33(3):333–40.

78. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 1;8.
79. Kozinszky Z, Dudas R, Csator dai S, Devosa I, Tóth E, Szabó D, et al. Social dynamics of postpartum depression: A population-based screening in South-Eastern Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 May;46(5):413–36.
80. Örün E, Yalçın S, Mutlu B. Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: A sample of Turkish mothers. *World J Pediatr*. 2013 Nov 21;9(4):350–5.
81. Goker A, Yanikkerem E, Demet M, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu F. Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *Obstet Gynecol*. 2012;
82. Glavin K, Smith L, Sør um R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):705–10.
83. Quelopana A, Champion J, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in chilean women. *Health Care Women Int*. 2011 Oct;32(10):939–49.
84. Bottino M, Nadanovsky P, Moraes C, Reichenheim M, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord*. 2012 Dec 15;142(1–3):219–24.
85. Ahmed H, Alalaf S, Al-Tawil N. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 May;285(5):1249–55.
86. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Tuncay S. Knowledge and attitudes of women regarding

the situations affecting their own health in the postpartum process. *Florence Nightingale J Med.* 2016;2(2):90–9.

87. Mitra M, Iezzoni L, Zhang J, Long-Bellil L, Smeltzer S, Barton B. Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Symptoms Among Women with Disabilities. *Matern Child Health J.* 2015 Feb 1;19(2):362–72.
88. Üst Z, Pasinlioğlu T. Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi Determination of Anxieties Related to Delivery and Postpartum Period in Primiparous and Multiparous Pregnant Women. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg.* 2015;2(3):306–17.
89. Kolukırk Ü, Şimşek H, Ergör A. Doğum sonrası dönemdeki annelerde depresif belirtilerle ilişkili etmenler: Toplum tabanlı kesitsel bir çalışma. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg.* 2018;33(1):1–8.
90. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med Obstet Gynecol.* 2004 Nov;49(11):908–14.
91. Sünter A, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı ve Risk Faktörleri. *J Turk Obs Gynecol.* 2006;3(1):26–31.
92. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* 2005 Jun;8(2):97–104.
93. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord.* 2002;70(3):291–306.
94. Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy A, Kirkan T, Daloglu G. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry.* 2014 Dec 27;60(8):809–17.

95. Demir S, Şentürk M, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Med Bull Haseki*. 2016;54:83–9.
96. Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. *New Symp J*. 2012;3:145–54.
97. Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychol Heal Med*. 2010 Feb;10(1):96–107.
98. Kettunen P, Hintikka J. Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. *Nord J Psychiatry*. 2017 Jul 4;71(5):355–61.
99. Gungor I, Oskay U, Beji N. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: A case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *J Clin Nurs*. 2011 Mar;20(5–6):653–65.
100. Silverman M, Reichenberg A, Savitz D, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman C, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017 Feb 1;34(2):178–87.
101. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008 Aug;34(4):585–93.
102. Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health*. 2010;55(6):543–9.
103. Kim T, Connolly J, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 7;14:162.
104. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. The relationship between postpartum depression and social support and affecting factors. *J Hum Sci*. 2011 Jan 3;8(1):31–45.

105. Efe Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc.* 2009;10:14–20.
106. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Niger J Clin Pract.* 2018 Nov 1;21(11):1525–30.
107. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull.* 2008;7(5):391–8.
108. Filha M, Ayers S, Da Gama S, Carmo Leal M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016 Apr 1;194:159–67.
109. Yim I, Tanner Stapleton L, Guardino C, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015 Mar 1;11:99–137.
110. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: Psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. *PLoS One.* 2015 Dec 1;10(12).
111. Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, Harlow B, McLaughlin T, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Mar;60(3):221–7.
112. Lanes A, Kuk J, Tamim H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011 May 11;11(1):1–9.
113. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289–95.

114. Anderson E, Kim D. Psychiatric Consultation to the Postpartum Mother. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Apr 1;17(4):1–10.
115. De Castro F, Place J, Billings D, Rivera L, Frongillo E. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health.* 2015 Nov 22;18(3):463–71.
116. Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *Eur Psychiatry.* 2017 May 1;42:77–85.
117. Dietz P, Williams S, Callaghan W, Bachman D, Whitlock E, Hornbrook M. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry.* 2007 Oct;164(10):1515–20.
118. Lancaster C, Gold K, Flynn H, Yoo H, Marcus S, Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Vol. 202, *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Mosby; 2010. p. 5–14.
119. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014;
120. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren H. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract.* 2019 Jan 1;22:85–91.
121. Mathisen S, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *Int J Womens Health.* 2013 Nov 21;5(1):787–93.
122. Klainin P, Arthur D. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. Vol. 46, *International Journal of Nursing Studies.* Int J Nurs Stud; 2009. p. 1355–73.
123. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *J Psychiatry Neurol Sci.* 2014;27(1).
124. Patel R, Murphy D, Peters T. Operative delivery and postnatal depression: A

- cohort study. *Br Med J*. 2005 Apr 16;330(7496):879–81.
125. Lee Y, Yi S, Ju D, Lee S, Sohn W, Kim I. Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. *Obstet Gynecol Sci*. 2015;58(5):353–8.
 126. Brown C, Madden P, Palenchar D, Cooper-Patrick L. The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med*. 2000;30(1):15–26.
 127. Leftwich M, Collins F. Parental smoking, depression, and child development: Persistent and unanswered questions. *J Pediatr Psychol*. 1994 Oct;19(5):557–70.
 128. Lin P, Chiu T, Ho M, Chang J, Chang C, Su K. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2019 Nov 1;118(11):1551–9.

8. EKLER

Ek-1. Demografik Bilgiler Anketi



Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Birinci Basamakta Postpartum Depresyon Riski ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Demografik Bilgiler Anketi

- 1) Yaşınız? ...
- 2) Medeni durumunuz?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Boşanmış/ Dul
- 3) Evlenme şekliniz?
 - 1) Anlaşarak
 - 2) Görücü usulü
 - 3) Aile zoruyla
- 4) Akraba evliliği mi?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 5) Evlenme yaşıınız? ...
- 6) Eğitim durumunuz?
 - 1) Okuryazar
 - 2) İlköğretim
 - 3) Lise
 - 4) Üniversite
 - 5) Y.Lisans/Doktora
- 7) Nerede yaşıyorsunuz?
 - 1) Köy
 - 2) İlçe
 - 3) İl
- 8) Mesleğiniz nedir?
- 9) Çalışıyor iseniz;
 - 1) Tam zamanlı
 - 2) Yarı zamanlı
 - 3) Doğum izni/Ücretsiz izin
- 10) Eşinizin eğitim durumu?
 - 1) Okuryazar
 - 2) İlköğretim
 - 3) Lise
 - 4) Üniversite
 - 5) Y.Lisans/Doktora

- 11) Eşinizin mesleği nedir?
- 12) Aylık gelir düzeyiniz?
- 13) Kaç çocuğunuz var?
- 14) Kaç kez gebe kaldınız?
- 15) Planlanmış (istemli) bir gebelik miydi?
- 1) Evet 2) Hayır
- 16) Doğum şekliniz?
- 1) Vajinal doğum 2) Sezaryen doğum
- 17) Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?
- 18) Bebeğiniz şu an kaç aylık?
- 19) Doğum sırasında bebekte komplikasyon oldu mu?
- 1) Evet 2) Hayır
- 20) Bebeğin hastanede/ yoğun bakımda kalması gerekti mi?
- 1) Evet 2) Hayır
- 21) Bebeğin kronik hastalığı var mı?
- 1) Evet 2) Hayır
- 22) Bebek bakımına yardım eden biri var mı?
- 1) Yok 2) Aileden biri 3) Ücretli çalışan
- 23) Babanın bebekle günlük ilgilenme süresi ne kadar?
- 1) Hiç 2) 15-60 dk 3) >60 dk
- 24) Babanın bebekle geçirdiği zamanı yeterli görüyor musunuz?
- 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım
- 25) Varsa diğer çocuklar okula/kreşe gidiyor mu?
- 1) Evet 2) Hayır
- 26) Eşinizle olan ilişkinizi /evliliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?
- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 27) Gebelik süresince eşinizin size desteğini nasıl değerlendirirsiniz?
- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 28) Bebeğinizin evliliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?
- 1) Evet, olumlu 2) Evet, olumsuz 3) Hayır

29) Aile ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

30) Gebelik döneminde kaç kez gebelik takibine gittiniz?

31) Gebelik takiplerinde aldığınız hizmetten memnun kaldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

32-37 arasındaki soruları gebelik öncesi ve gebelik süresince olarak cevaplayınız.

32) Sigara kullandınız mı?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

33) Alkol/madde kullandınız mı?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

34) Sağlık sorunu yaşadınız mı?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

35) Hayatınızı etkileyecek stres faktörü var mıydı?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

36) Şiddet görünüz mü?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

37) Depresyon tanısı aldınız mı?

Gebelik öncesi

Gebelik süresince

- 1) Evet 2) Hayır

- 1) Evet 2) Hayır

38) Kronik bir hastalığınız var mı?

39) Daha önce doğum sonrası depresyon tanısı aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

40) Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

Ek-2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

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

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 zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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