

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Haydarpaşa Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği
Koordinatör: Dr. Refik Demirtunç

POSTPARTUM DEPRESYON

Prevalansı ve Sosyodemografik Risk
Faktörleri

Uzmanlık Tezi

Dr. Tijen İ. Eren

İstanbul-2007

TEŐEKKÜR

Öncelikle Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi BaŐhekimini Prof Dr. Yusuf Özertürk'e, eski baŐhekimlerim Prof Dr. Suphi Acar'a ve Doç. Dr. Mücahit Görgeç'e, Aile Hekimliği Koordinatörümüz 3. Dahiliye Klinik Őefi Dr. Refik Demirtunç'a, 5. Dahiliye Emekli Klinik Őefi Dr. Arslan Dağar'a, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Klinik Őefi Dr. Sami Hatipoğlu'na, Psikiyatri Klinik Őefi Dr.Mecit ÇalıŐkan'a, 3. Genel Cerrahi Klinik Őefi Op.Dr. Yılmaz User'e ve 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Őefi Op.Dr. Gültekin Köse'ye;

Asistanlığımız boyunca ve tezlerimiz için danıŐmanlarımız olan Doç.Dr.Zeynep Vural ve Uzm.Dr. IŐık Gönenç'e, beraber çalıŐtıđım tüm asistan arkadaşlarıma ve yardımcı hastane personeline;

Son olarak da öğrenciliğimden beri desteğini, anlayıŐını ve sevgisini esirgemeyen sevgili eŐim Emre Eren'e ve çok değerli ailelerimize en içten Şekilde teŐekkür ederim.

Dr. Tijen İ. Eren

ÖZET

Postpartum Depresyon (PPD), anne ve çocuğun sağlığını ciddi şekilde etkileyen ve dikkate alınması gereken bir hastalıktır.

Bu tezde, antenatal dönemdeki gebeleri doğumdan 4 hafta sonra kontrole çağırarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) yardımı ile postpartum depresyon prevalansını tespit etmek ve demografik değişkenlerle beraber değerlendirerek risk faktörlerini tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu amaçla, Ocak 2007- Mayıs 2007 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeler takibe alınmıştır. Tüm koşulları karşılayan 103 gebe çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda postpartum depresyon görülme sıklığı %17,5 olarak bulunmuştur. Öğrenim durumundaki düşüklük postpartum depresyon ile ilgili bulunmuştur (p:0,033). Kronik hastalık, geçirilmiş depresyon ve sigara kullanımı da PPD gelişimi için risk faktörü olarak tespit edilmişlerdir (sırasıyla p:0,052, p:0,004, p:0,033). Parite ya kısmen ya da tamamen mama ile besleme de PPD ile yüksek ilişkili olarak saptanmıştır (p:0,01 ve p:0,032).

Sezeryan doğum, düşük ekonomik seviye ve aile içi şiddet ile ilişki kurulamamış ve bu, topluluk boyutunun yeteri kadar büyük olmamasına bağlanmıştır.

Ülkemizde, PPD ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Çok merkezli ve büyük sayıda gebenin doğum sonrası takibi ile yapılacak çalışmalar ile Türk toplumuna özgü risk faktörleri daha net saptanabilir. Sağlık çalışanları, anne ve bebek için ciddi bir tehdit oluşturan bu hastalığa karşı daha duyarlı olmalı ve uygun müdahale zamanında yapılmalıdır.

GİRİŞ ve AMAÇ

Her yıl pek çok genç ve orta yaş kadının doğum yaptığı ülkemizde doğum öncesi takip yeni yeni benimsenmekte, doğum sonrası ise anne takibi yeterli anlamda yapılamamaktadır.

Psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olan gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlara psikiyatrik destek ise hiçbir standarda bağlı değildir. Oysa bu dönemin yaratacağı hasar en az anne kadar bebeğe de zarar vermektedir.

Bu sebepten dolayı, 'Postpartum Depresyon', gerek risk grubundaki gebeleri zamanında fark etmek, gerekse uygun yaklaşımı doğru zamanda gösterebilmek için dikkate alınması gereken bir hastalıktır.

Gelen hasta profili hakkında bilinçlenmek, postpartum depresyon adayı olan anneleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmek birinci basamakta görev yapan hekimin primer sorumluluğudur.

Bu tezin amacı, Haydarpaşa Numune EA Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne gelen antenatal dönemdeki kadınlara ait yaş ortalamaları, evlilik durumları, eğitim seviyeleri, gelir düzeyleri, sigara alışkanlıkları, hastalık ve depresyon öyküleri, doğum şekilleri, çocuk sayıları ve emzirme durumları gibi demografik veriler ışığında, postpartum depresyon sıklığı ve risk gruplarını literatür bulguları ile kıyaslayarak belirlemektir.

İÇİNDEKİLER

A. DEPRESYON

B. GEBELİK ve DUYGUDURUM

C. POSTPARTUM DEPRESYON

D. EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

E. METOD

F. BULGULAR

G. TARTIŞMA

H. SONUÇ

EK 1: ANKET FORMU

EK 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

EK 3: EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON SKALASI

KAYNAKLAR

A. DEPRESYON

Duygudurum bozuklukları arasında Majör Depresif Bozukluk, görülme sıklığı açısından grubun diğer hastalıklarının önünde yer alan bir rahatsızlıktır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlar için %10-25, erkekler içinse %5-12 arasında olan bu hastalık gerek hasta gerekse yakın çevresi ve toplum için hayat kalitesinin düştüğü bir durum yaratır. Enerji azlığı başta olmak üzere depresyon semptomları uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, anhedoni, ajitasyon gibi çok farklı şekillerde kendilerini gösterir. Kişi günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır ve genel olarak 'çökkün' bir mizaç içine girer.¹

Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik ve psikososyal etkenler olarak iki farklı etken grubu mevcuttur. Biyolojik etkenler arasında en çok yeri olduğu düşünülen aminler norepinefrin ve seratonindir.¹ Bunların yanı sıra dopamin ve asetilkolin bozuklukları da duygudurum bozukluklarında mevcut olabilir.² Sürekli stres veya çevresel kökenli çökkünlük hali gibi psikososyal olaylar hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtına sebep olup katekolaminlerin seviyelerinde değişiklik yaratabilir.^{3,4} Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, erişkin dönemde eş kaybı ya da boşanma gibi yaşam olayları depresyona sebep olan psikososyal etkenlerin en önemlileri arasındadır.¹

Nöroendokrin düzenleme ve nöroanatomik görüşler de etiyolojide yer alırlar.⁵ Adrenal, tiroid ve büyüme hormonu ile ilişkili nöroendokrin bozuklukların depresyon hastalarında görülmesi nadir değildir. Kortizol hipersekresyonu, tirotropin releasing hormon (TRH)'a tiroid stimüle edici hormon (TSH) yanıtsızlığı ve uykuya rağmen growth hormone'da (GH) artış görülmemesi depresif hastalarda görülen nöroendokrin problemlerden bazılarıdır.^{3,6} Nöroanatomik yapılardaki dejenerasyon veya anomaliler de depresyon sebepleri arasındadır. Limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinin depresif mizaca sebep oldukları tezi, yapılan çeşitli çalışmaların bulguları ve depresyonun belirtileri incelendiğinde netlik kazanır.^{7,8,9}

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa kadar hayatın her döneminde görülebilir. Hastaneye yatırılan bebekte anne yoksunluğuna bağlı anaklitik depresyon görülebileceği gibi ergenlikte karmaşık belirtilerle seyreden, intihar eğiliminin yüksek olduğu şekilde de görülebilir. Annedeki strese bağlı salgılanan kortizolün plasentayı geçmesiyle etkilenen fetal HHA eksenini, fetusun stres cevabını kalıcı olarak değiştirir.¹⁰ Erken yaşlarda gelişen depresyon büyüme/gelişme, okul başarısı, aile ve arkadaş ilişkileri gibi konular üzerinde olumsuz etkiye sahip olur.¹¹ Erişkin ve yaşlılık döneminin depresif bulguları farklılık gösterir. Özellikle ileri yaşlarda sıklaşan kalp yetmezliği ya da Parkinson gibi nörolojik hastalıklar majör depresyon prevalansını arttırmaktadır.¹² Yaşla değişmeyen, hüzünlü mizaç, uyku bozuklukları ve intihar eğilimi gibi temel belirtilerdir.¹³

Üzüntü, ümitsizlik, kaybolmuş ilgi ve zevk alma duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk ve düşünme ve yoğunlaşmada zorlanma gibi bulgularla kendisini gösteren depresif bozukluk, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki misli fazla görülür.¹⁴ Depresyonda cinsler arası fark ergenlikte ortaya çıkar ve menopoza sonrası azalır.³ Cinsiyetler arası farkın olası sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Günümüz koşullarında maddi manevi büyük yük altında olan kadınlar eş, anne, iş kadını ve ev hanımı gibi rollerin ağırlığını yüklenmişlerdir.¹⁵ Kadınların sağlık kuruluşlarına başvurarak yardım alma eğilimlerinin de daha sık olduğu dikkate alınırsa cinsler arasındaki farklılığın bir sebebi daha ortaya çıkar. Kadınlar minör depresyon için de hekimlere başvururken erkekler daha çok ağır depresyonda ve genellikle aile zoru ile doktora başvurmaktadır.^{16,17}

B. GEBELİK VE DUYGUDURUM

Yirmi yılı aşkındır yapılan çalışmaların sonucunda denebilir ki kadınlarda görülen affektif bozuklukların sıklığı perinatal dönemde en az diğer dönemleri kadar ve hatta daha fazladır.^{18,19,20} Birçok araştırmacı gebelik ve postpartum dönemde seks hormon konsantrasyonlarındaki değişikliklerin kadınların ruh halindeki zayıflamaya sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir.^{21,22,23} Diğer kanıtlar ise sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler ve günlük hayattaki stresli olayları işaret etmektedir.^{24,25} Genetik ve hormonal etkenler gibi biyolojik değişkenler, gebelik dönemindeki depresyonu, psikososyal stresörlere ve anksiyete semptomlarına direnci düşürerek dolaylı yoldan etkilemektedir.²⁶ Biyolojik faktörler, gerek genetik, gerekse hormonal, kişinin hayati durumlara stres veya anksiyete duyguları ile cevap vermesine sebep olmaktadır.¹⁵

Genetik etkenlerin üstünde durulmasının sebebi postpartum depresyon (PPD) gelişen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluğu oranının normal populasyona göre daha yüksek olmasıdır.²⁷ Bu veri, kalıtsal ve ailesel etkenlerin postpartum depresyon gelişiminde önemli olabileceğini gösterir.

Hormonal sebepler incelendiğinde, bazı veriler postpartum mizaç değişikliklerinde östrojen hormonunun rolü olduğunu düşündürse de yapılan çalışmalarda PPD gelişen ve gelişmeyen kadınlardaki gonadal hormon seviyeleri arasında bir fark bulunamamıştır.²⁸ Kortizol düzeyinin etkisini değerlendirilen bir çalışma anlamlı çıksa da diğer çalışmalarda bu bulgu doğrulanmamıştır²⁹

Bazı yazarlar doğum sonrası geçici tiroid disfonksiyonunu PPD ile ilişkilendirmişlerdir.³⁰ Tiroid işlevlerindeki patolojiler ve doğum sonrası depresyon ile ilgili yapılan çalışmalar depresif mizacın tiroid bozukluğu ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.³¹

Bazı hormonların geri çekilmeleri de araştırılmış, β -endorfin geri çekilmesi olan kadınların mizaç değişikliğine daha yatkın oldukları bildirilmiştir.³² Östrojen konsantrasyonunun doğum sonrası düşüşü ile

ilgili literatür gözden geçirildiğinde ise ani östrojen düşüşünün postpartum psikiyatrik tablo ile ilgili olabileceği öne sürülmüştür.³³

Postpartum dönemdeki kadınların duygudurumları ve altında yatan etiyoloji hakkında yapılan çalışmaların çoğunun retrospektif metotlarla yapılması birbiriyle çelişen verilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.^{34,35,36,37,38} Fakat çoğu araştırmacı ve klinisyen, perinatal duygudurum değişikliklerinde biyolojik ve psikososyal risk faktörlerinin birleşik etkilerinin sorumlu olduğunda görüş birliği içindedir.³⁹

C. POSTPARTUM DEPRESYON

Gebelik ve postpartum dönem ile ilgili çalışmalar incelendiğinde postpartum depresyonun klasik depresyondan ayrı özel bir bozukluk olduğu ve “atipik depresyon” şeklinde tanımlandığı görülür. Başka yayınlara göre ise, postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluk değil, nonspesifik stresörlere bir cevap olarak değerlendirilir.⁴⁰ Bu görüşü destekleyen araştırmaların çoğunluğunda gebe olan ve olmayan kadınların depresyon prevalanslarının benzer olduğu saptanmış ve çalışmaların önemli kısmında klinik özellikler açısından belirgin bir fark saptanmamıştır.^{41,42,43}

Tanısal ve İstatiksel Akıl Bozuklukları Rehberi'nin dördüncü baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, DSM IV) postpartum depresyon kriterleri net olarak tanımlanmıştır. Buna göre PPD, doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkan ve non-psikotik majör depresyon olarak tarif edilmiştir.⁴⁴ Ağırlık seviyesine göre “baby blues” (lohusalık hüznü), “non-psikotik depresyon” ve “puerperal psikoz” olarak sınıflandırılır.⁴⁵

Son yıllarda, psikiyatrik uygulamalarda tanı ölçütlerinin özgün şekilde geliştirilmeleri, dünyada yapılan çalışmalarda mizaç bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülmesi ve başlangıç pikinin doğurganlık yıllarına denk geldiğinin gösterilmesive uluslararası sağlık gündeminde kadınla ilgili konuların öne çıkarak önem kazanmaları ile postpartum psikiyatrik tabloya gösterilen ilgi giderek artmaktadır.^{46, 47} Peripartum dönemde kadınların %80'inden fazlasında mizaç dalgalanmaları görülebilmekte fakat bunların yalnızca %10-20 kadarında DSM tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk gelişmektedir.^{48, 49}

50

Geçmişte gebelik dönemi sıkça “duygusal iyilik hali” olarak tanımlanır ve psikiyatrik rahatsızlıklara karşı koruma sağladığı düşünülürdü.^{51,52} Doğumun mutluluk veren bir olay olması gerektiği için mutlu anne kalıbına uymayan bir kadın şaşkın, utanç içinde ve suçlu hissederek iç karartıcı duygularını kendisine saklardı.⁵³ Bir kadının

hayatında gelişimsel bir dönüm noktası olarak kabul edilen çocuk doğurma eylemi sosyokültürel bir fantezi haline getirilmişti.⁵⁴ Buna göre doğum eylemi ile mükemmel bir bebek dünyaya getiren anne, hiç vakit kaybetmeden bebekle duygusal bağ kurmakta ve annelik rolünü kusursuz olarak sergilemekteydi.⁵⁵

Yapılan kalitatif çalışmalarda, yeni annenin yaşadığı deneyimler incelendiğinde bulunan sonuçlar ışığında bu geçmiş klişelerden daha farklı bir tablo çizilmektedir.^{56,57} Bunlara göre yeni anne olan bir kadın yoğun bir izolasyon, yalnızlık hissedebilmekte ve günlük işlerin tekrarlayıcılığı, iyi bir anne olamama endişesi ve annelik rolü ile yaşadıkları çatışmalar sebebiyle depresif mizaca sahip olabilmektedir.^{58,59} Bu ruh durumu ile ortaya çıkan postpartum depresyon, kadınlardan mutluluk ve bebeklerine hissetmeleri beklenen sevgiyi çalan bir hırsız olarak tanımlanmıştır.⁶⁰

Anneler postpartum depresyonu kontrol edilemeyen endişe, suçluluk ve obsesif düşüncelerle dolu bir kabus olarak tanımlamışlardır.⁶¹ Kadınlar yalnızca kendilerine değil çocuklarına da zarar vermeyi planlarlar. Hayatlarının bir daha normale dönmeyeceği korkusuyla kuşatılan postpartum depresyon hastaları, çocuğa bakmanın gerektirdiği sorumluluk hissini bunaltıcı bulurlar ve kimi zaman hayatta kalabilmek için kendilerinin çocuklarında fiziksel ve psikolojik olarak tamamen koparılır.⁶² Depresif olmayan annelere göre depresif olanlar çocuklarıyla daha az şefkat içeren temas hareketi sergilerler. Bu sebeple bu annelerin çocuklarının da depresif olmayan anne çocuklarına göre daha sinirli, çekingen ve daha az yüz mimiği kullanan, az konuşan çocuklar oldukları gözlenmiştir.⁶³ Yine bu annelerin çocukları anneleri depresif olmayan çocuklara kıyasla daha sık davranış problemi göstermekte ve kognitif işlevleri daha alt düzeyde bulunmaktadır. Çocukluk dönemi uyku problemleri de postpartum depresyon ile ilişkilendirilmiştir.^{64,65}

Sanayileşmiş ülkelerde kadınların %10-15'inin doğum sonrası dönemde non-psikotik klinik depresyon geliştirdiği ile ilgili kanıtlar mevcuttur.¹⁸ Semptomlar postpartum ilk altı haftada görülür. Mizaçta

labilite, ağlama, irritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma problemleri ile karakterize, nispeten hafif bir bozukluk olan postpartum hüznün aksine ağır olgular 2 seneye kadar devam eden majör depresif semptomlarla seyreder.⁶⁶ Enerji azlığı, işlev kaybı, sosyal izolasyon ajitasyon ve intihar düşünceleri görülebilen bu durum hafif ya da orta şiddette olduğunda sinsisi bir seyir izleyip hastaneye yatışı gerektirecek derecede ağırlaşabilir.²⁷ Erken tanı anne ve bebeğin akut ve ilerleyen dönem fiziksel ve psikolojik sağlık seyirleri açısından önemlidir. Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcıdır.²⁷

Postpartum depresyon için pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Birden fazla çocuğa sahip olma, geçirilmiş depresyon anamnezi, sigara kullanımı, düşük gelir, düşük eğitim seviyesi, evlilik durumu, doğum şekli, emzirme gibi pek çok etken hakkında çeşitli çalışmalar yapılmış ve tüm bu çalışmaların sonucunda farklı etiyolojik faktörler suçlanmıştır.

Bu tezin amacı kliniğimize başvuran gebeler arasında postpartum depresyon prevalansını belirlerken demografik verilere de dayanarak bu hastalardaki risk faktörlerini tespit etmektir.

D. EDİNBURG DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur.⁶⁷

İngilizce ortamlarda ve Anglo-Amerikan ve Avustralya grupları için pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış ve zamanla diğer dillere de uyarlanmıştır.^{68, 69, 70} Lee ve arkadaşları, Çin'de yaptıkları çalışmada, tatminkar sonuçlar elde etmişler ve 9/10 değerlerini kesme değerleri olarak bildirmişlerdir.⁷¹ Yine uzak doğuda, Japonya'da yapılan geçerlilik çalışmasında kesme değeri 8/9 olarak alınmış ve ölçeğin, PPD için kullanımı basit ve yararlı bir tarama aygıtı olduğu sonucuna varılmıştır.⁷²

Düşük gelirli Brezilya'lı kadınlarda da başarıyla kullanılmış ve PPD sıklığı %12 olarak tespit edilmiştir.⁷³ İspanya'da Garcia-Esteve ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada EDSDÖ için %79 duyarlılık, %95.5 özgüllük tespit edilmiş ve 10/11 kesme değeri olarak tespit edilmiştir.⁷⁴ İtalyan sürümü de geçerli olarak bulunan ölçeğin İtalyan kadınları için kesme değeri 11/12 olarak belirtilmiştir.⁷⁵

EDSDÖ'nin İskandinav kültüründe de kullanımda herhangi bir zorluk belirtilmemiş, Berle ve arkadaşları tarafından Norveç'te başarıyla kullanılmıştır.⁷⁶ Righetti ve arkadaşları tarafından da Cenevre'de kullanılan ölçeğin kullanımında hiçbir sorun bildirilmemiştir.¹¹⁹

Kanada'da 594 anne üzerinde yapılan çalışmada kesme değeri 9/10 olarak bulunmuş ve yeni annelerin erken postpartum dönemdeki depresif semptomların tespitinde kullanımı önerilmiştir.⁷⁷ Fransa'da yapılan geçerlilik çalışmasında ölçeğin duyarlılığının %82 olduğu saptanmış ve 10 puanın üzerinde alan kadınların ileri klinik inceleme ve tedavi için uygun olduğu söylenmiştir.⁷⁸

Arapça EDSDÖ'nün geçerlilik çalışmasında iyi güvenilirlik ve kullanılabilirlik gösterilmiş ve kesme değeri 12 olarak alındığında duyarlılık ve özgüllüğün sırasıyla %90 ve %73 olduğu tespit edilmiştir.⁷⁹ Birleşik Arap Emirliklerinde ölçek kullanılmış ve %18 oranında PPD bildirilmiştir.⁸⁰

Nijerya'da 225 kadın üzerinde yapılan geçerlilik çalışmasında duyarlılık %75, özgüllük %97 ve kesme değeri 9 olarak bulunmuştur.⁸¹

Türkiye'de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1997'de yapılan geçerlilik çalışması ile duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %84 ve %88 olarak tespit edilmiş ve kesme puanınının 12-13 olduğu gösterilmiştir.⁸²

E. METOD

Çalışma, Ocak 2007- Mayıs 2007 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeler arasında yapıldı. 119 gebeye önce Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Türkçe kesme puanı olan 17'nin üstü olarak hesaplanan 10 anne adayı depresif kabul edilerek çalışma dışı bırakıldı. Kalan 109 gebeye demografik anket verilerek doğumdan sonraki dördüncü hafta için görüşme planlandı. Anket sonucuna göre yas sürecinde olan 1 gebe çalışma dışında bırakıldı.

Doğum sonrası dördüncü haftada kontrole çağrılan postpartum dönem kadınlara Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) doldurtuldu. Türkiye'de yapılan çalışma puanına göre 12 ve üzerinde puan alanlar depresif kabul edildi.

Kontrol için ulaşılamayan 5 kadın çalışma dışı bırakıldı. Toplam 103 kadının demografik verileri istatistiksel olarak çalışıldı.

Tüm kadınlarla yüzyüze, aynı kişi tarafından görüşme yapıldı.

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Geçerlilik güvenilirlik analizinde ise Reliability analiz kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

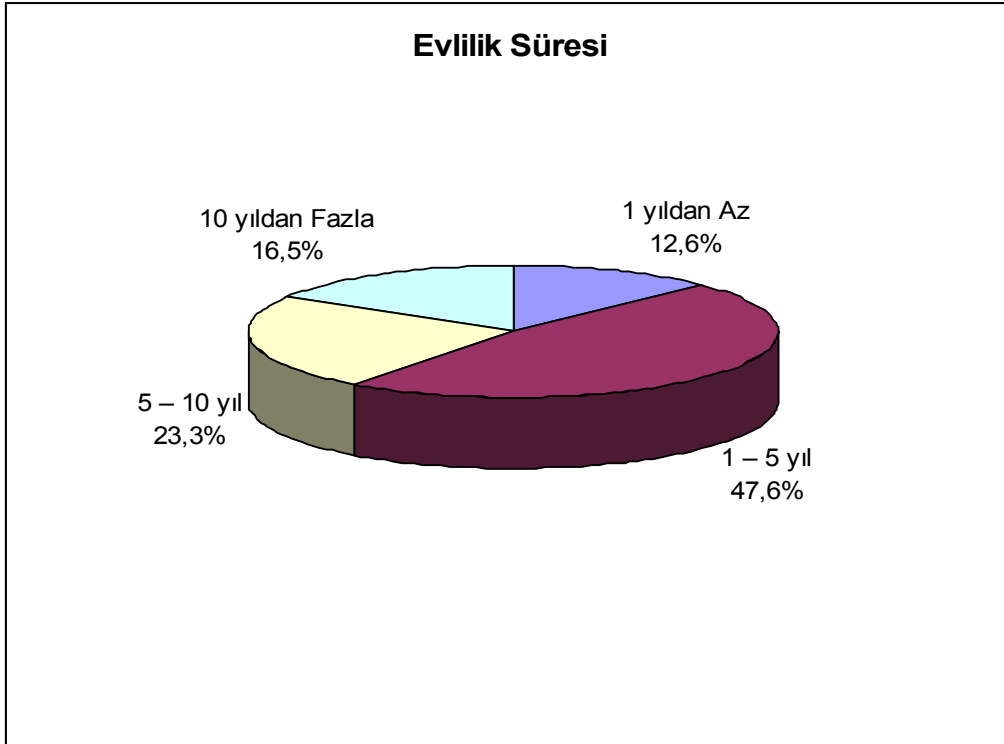
F. BULGULAR

Çalışma Ocak 2007- Mayıs 2007 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde toplam 103 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların yaşları 17 ile 38 arasında değişmekte olup ortalama yaş $26,6 \pm 4,9$ 'dur.

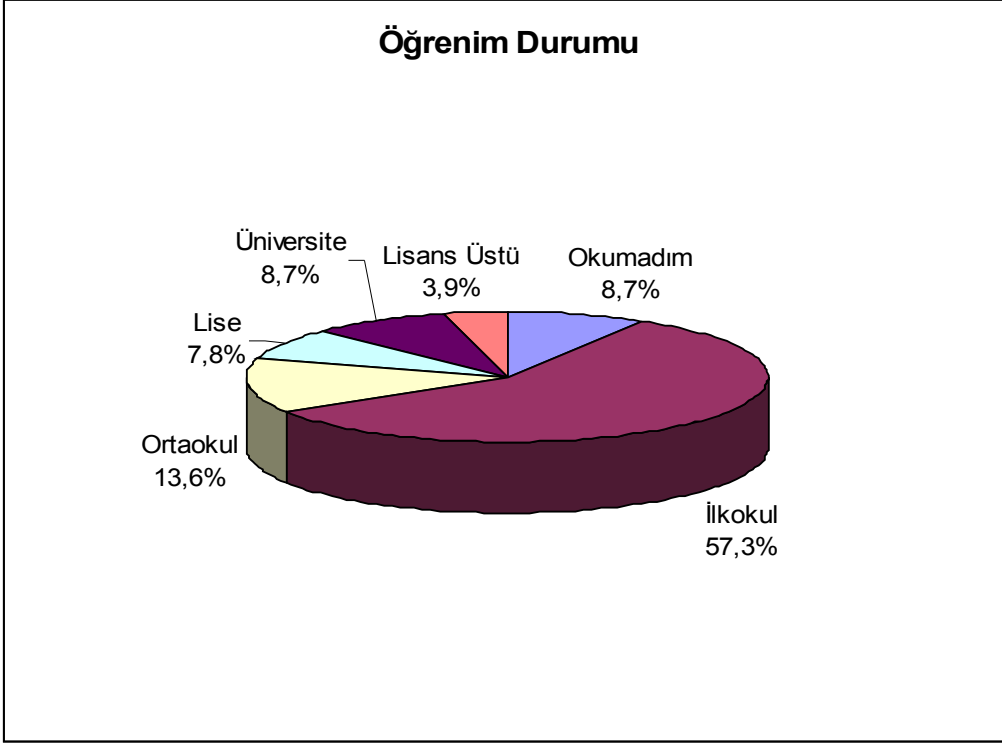
Tablo 1: Çalışmaya alınan olguların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

		Min – Max	Ort±SD
Yaş (yıl)		17 – 38	26,6±4,9
		n	%
Medeni Hal	Resmi Nikah	93	90,3
	Dini Nikah	2	1,9
	Resmi + Dini Nikah	8	7,8
Kaçınıcı Evlilik	1. evlilik	100	97,1
	2. evlilik	3	2,9
Evlilik Süresi	1 yıldan Az	13	12,7
	1 – 5 yıl	49	47,1
	5 – 10 yıl	24	23,5
	10 yıldan Fazla	17	16,7
Öğrenim Durumu	Okumadım	9	8,7
	İlkokul	59	57,3
	Ortaokul	14	13,6
	Lise	8	7,8
	Üniversite	9	8,7
	Lisans Üstü	4	3,9
Çalışma Durumu	Evet	13	12,6
	Hayır	90	87,4
Eş Çalışma Durumu	Evet	99	96,1
	Hayır	4	3,9
Aylık Gelir	500 YTL'den Az	35	34,0
	500-1000 YTL Arası	48	46,6
	1000-5000 YTL Arası	20	19,4

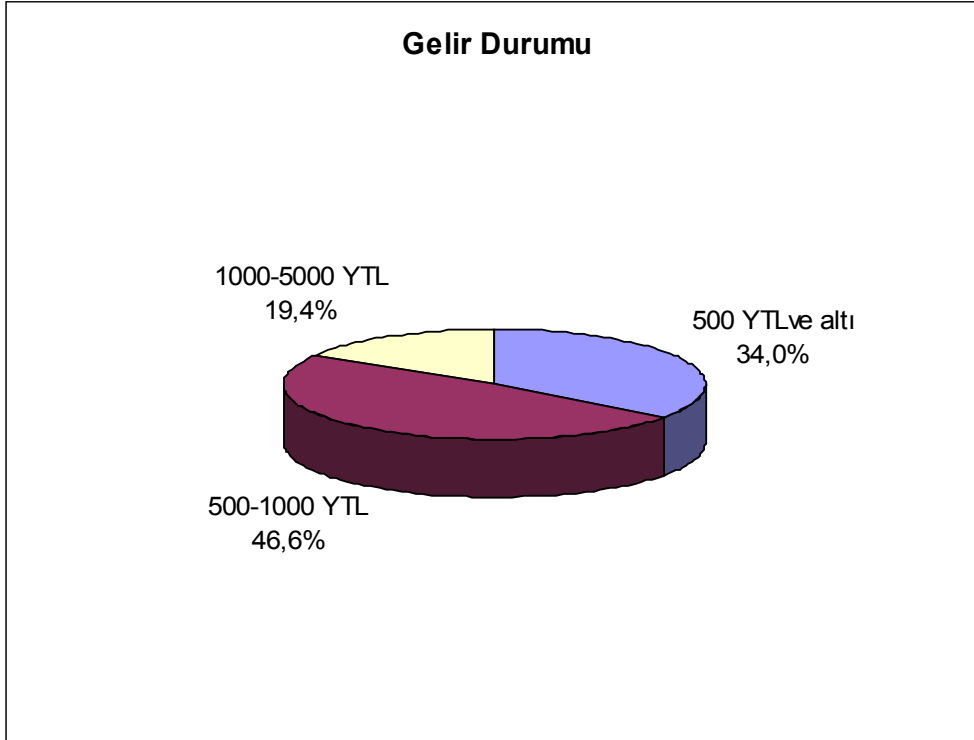
Çalışmaya alınan olguların % 90,3'ü resmi nikahlı; % 1,9'u ise dini nikahlı ve her ikisi birden olan % 7,8 olgu vardır. Birinci evliliği olan %97,1 olgu ve ikinci evlilik yapan ise %2,9 olgu mevcuttur. Evlilik süresi 1 yıldan az olan %12,7 olgu; 1-5 yıl arası olan %47,1 olgu; 5-10 yıl arası olan %23,5 olgu ve 10 yıldan fazla olan ise %16,7 olgu mevcuttur. Öğrenim durumlarına göre dağılımlara bakıldığında, %8,7 okumamış; %57,3'ü ilkokul; %13,6'sı ortaokul; % 7,8'i lise; %8,7'si üniversite ve % 3,9'u lisans üstü eğitimlidir. Çalışan olgu oranı % 12,6'dır; eşin çalışma durumu ise %96,1'dir. Aylık geliri 500 TYL ve altında olan %35,4 olgu; 500-1000 YTL arası olan % 48,5 olgu ve 1000-5000 YTL arası olan ise %16,2 olgu mevcuttur. (Tablo 1)



Şekil 1: Evlilik sürelerinin dağılım grafiği



Şekil 2: Öğrenim durumuna göre dağılım grafiği

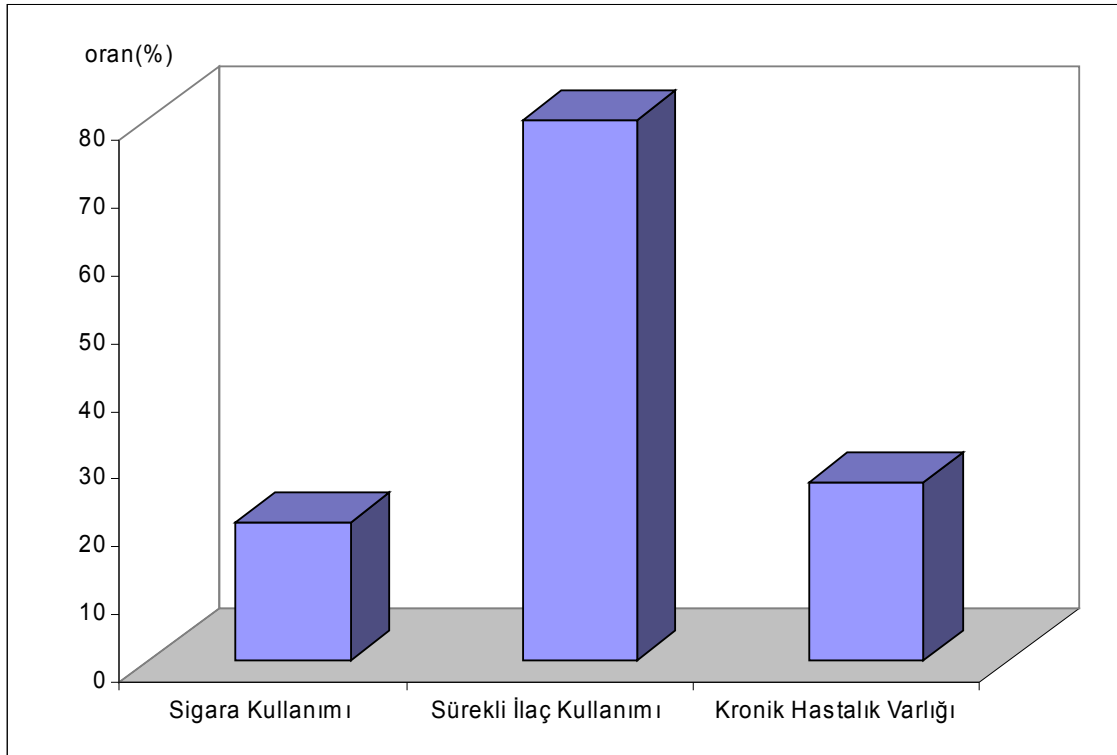


Şekil 3: Gelir durumuna göre dağılım grafiği

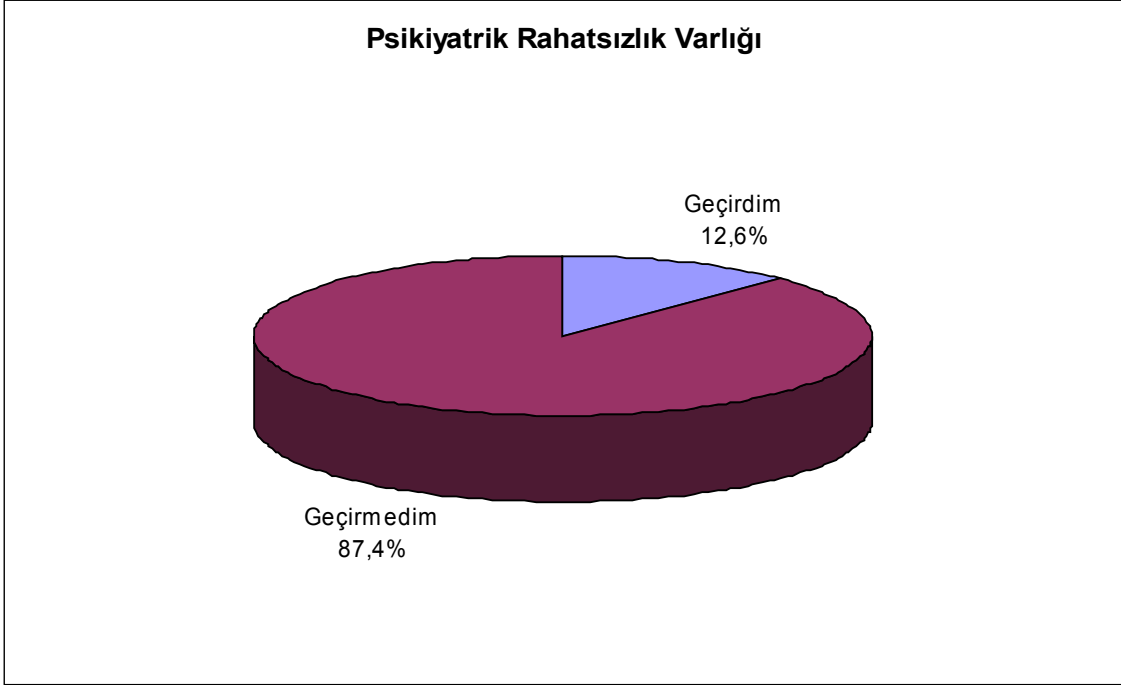
Tablo 2: çalışmaya alınan olgularda sigara, ilaç kullanımı, kronik hastalık ve geçirilmiş depresyon varlığı, çocuk ve önceki doğum durumu, ev bilgileri ve aile içi şiddet durumu

		n	%
Sigara Kullanımı		21	20,4
Sürekli Kullanılan İlaç		82	79,6
Kronik Hastalık Varlığı		27	26,2
Geçirilmiş Derpresyon Varlığı	Geçirdim	13	12,6
	Geçirmediğim	90	87,4
Çocuk Varlığı		64	62,1
Çocuk Sayısı (n=64)	1	41	64,1
	2	15	23,4
	3	6	9,4
	4	2	3,1
Önceki Doğum Şekli (n=64)	Normal	47	73,4
	Doğum Sezaryen	17	26,6
Doğumdan Sonra Yaşanılan Sıkıntı (n=64)	Yaşadım	9	14,1
	Yaşamadım	55	85,9
Hamilelik İsteyerek mi	Evet	84	81,6
	Hayır	19	18,4
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2	32	31,1
	3	33	32,0
	4 ve üzeri	38	36,9
Oturulan Ev	Kendime ait	37	35,9
	Kira	66	64,1
Aile İçinde Şiddet Varlığı		4	3,9

Çalışmaya alınan olgularda sigara kullanım oranı %20,4; sürekli ilaç kullanımı %79,6'dır. Kronik hastalığı olan olgular % 26,2 oranındadır. Daha önceden psikiyatrik rahatsızlık geçiren % 12,6 olgu mevcuttur. Olguların % 62,1'inin başka çocukları da vardır; bunların %64,1'i bir çocuk; %23,4'ü 2 çocuk; % 9,4'ü 3 çocuk ve % 3,1'i 4 çocuk sahibidir. Önceki doğum şekli %73,4'sında normal doğum ve % 26,6'sı sezaryendir. Olguların % 14,1'i doğum sonrası sıkıntı yaşadıklarını söylemiştir. İsteyerek hamile kalma oranı % 81,6'dır. Evde yaşayan kişi sayısı 2 olan % 31,1 olgu; 3 olan % 32 olgu ve 4 ve üzeri olan %36,9 olgu vardır. Oturdukları ev kendisine ait olan % 35,9 olgu vardır; aile içerisinde şiddet olan ise %3,9 olgu mevcuttur. (Tablo 2)



Şekil 4: Sigara kullanımı, sürekli ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığının gruplara göre dağılımı



Şekil 4: Önceden psikiyatrik rahatsızlık varlığının gruplara göre dağılımı

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek; uygulanan geçerlilik güvenilirlik analizi sonuçlarına göre geçerli ve güvenilir bulunmuş olup değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 3: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İç Tutarlılıkları

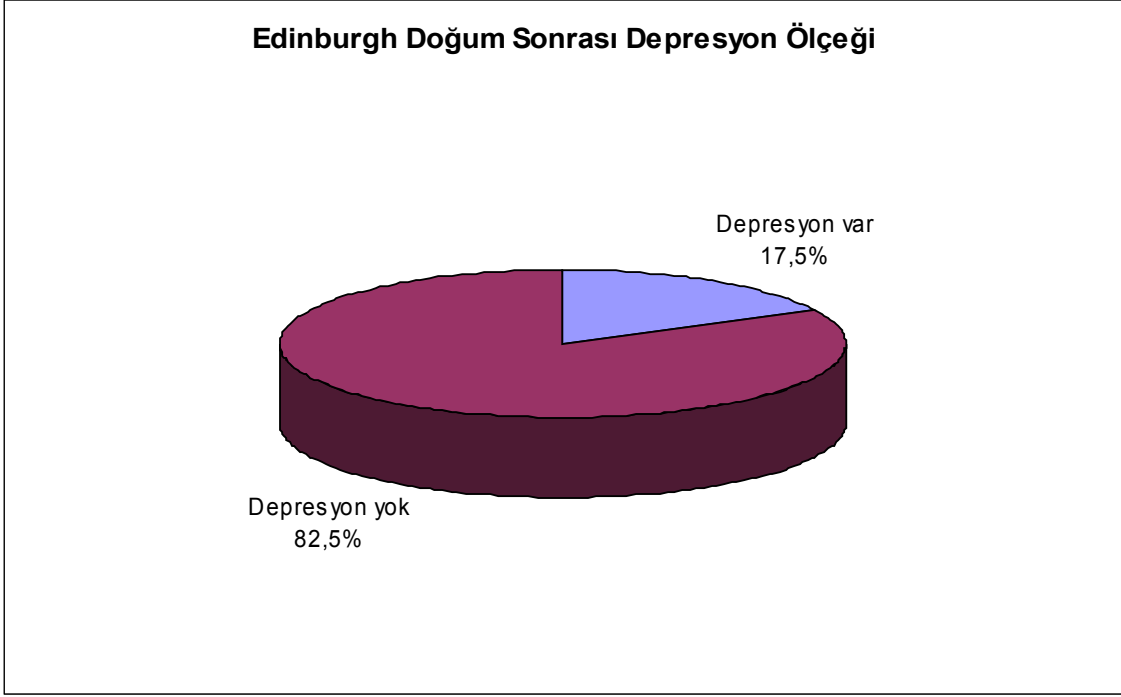
İç tutarlılık (r)	
Edinburgh Doğum Sonrası	
Depresyon Ölçeği	0,897
(10 soru)	

On sorudan oluşan ölçeğin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,897 bulunmuş olup, ölçeğin çok iyi düzeyde güvenilirlik katsayısına sahip olduğu söylenebilir.

Olguların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon puanları 0 ile 28 arasında değişmekte olup ortalama puan $7,0 \pm 7,1$ 'dir. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği puanlarını 12 ve üzerinde olanları depresyon kabul ederek yapılan sınıflamada; depresyonda olan olgular 18 (%17,5) kişi olup ortalama puanı $20,7 \pm 5,1$ 'dir; 85 (%82,5) olgu ise depresyonda değildir ve bunların puanları ise $4,1 \pm 2,8$ 'dir.

Tablo 4: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum			
Sonrası Depresyon	n	%	Ortalama puan
Ölçeği			
Depresyon var	18	17,5	$20,7 \pm 5,1$
Depresyon yok	85	82,5	$4,1 \pm 2,8$



Şekil 5: Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasına göre dağılım

Tablo 5: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği sınıflamasına göre demografik özelliklerin değerlendirmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası		Test Değ; <i>p</i>
		Depresyon Ölçeği		
		Depresyon var	Depresyon yok	
		Ort±SD	Ort±SD	
Yaş (yıl)		26,9±5,0	26,5±4,9	<i>t</i>:0,318 <i>p</i>:0,751
		n (%)	n (%)	
Evlilik Süresi	1 Yıldan Az	1 (%5,6)	12 (%14,1)	χ^2:1,527 <i>p</i>:0,676
	1 – 5 Yıl	8 (%44,4)	41 (%48,2)	
	5 – 10 Yıl	5 (%27,8)	19 (%22,4)	
	10 Yıldan Fazla	4 (%22,2)	13 (%15,3)	
Öğrenim Durumu	Okumadım	4 (%22,2)	5 (%5,9)	χ^2:12,165 <i>p</i>:0,033*
	İlkokul	11 (%61,1)	48 (%56,5)	
	Ortaokul	1 (%5,6)	13 (%15,3)	
	Lise	-	8 (%9,4)	
	Üniversite	-	9 (%10,6)	
	Lisans Üstü	2 (%11,1)	2 (%2,4)	

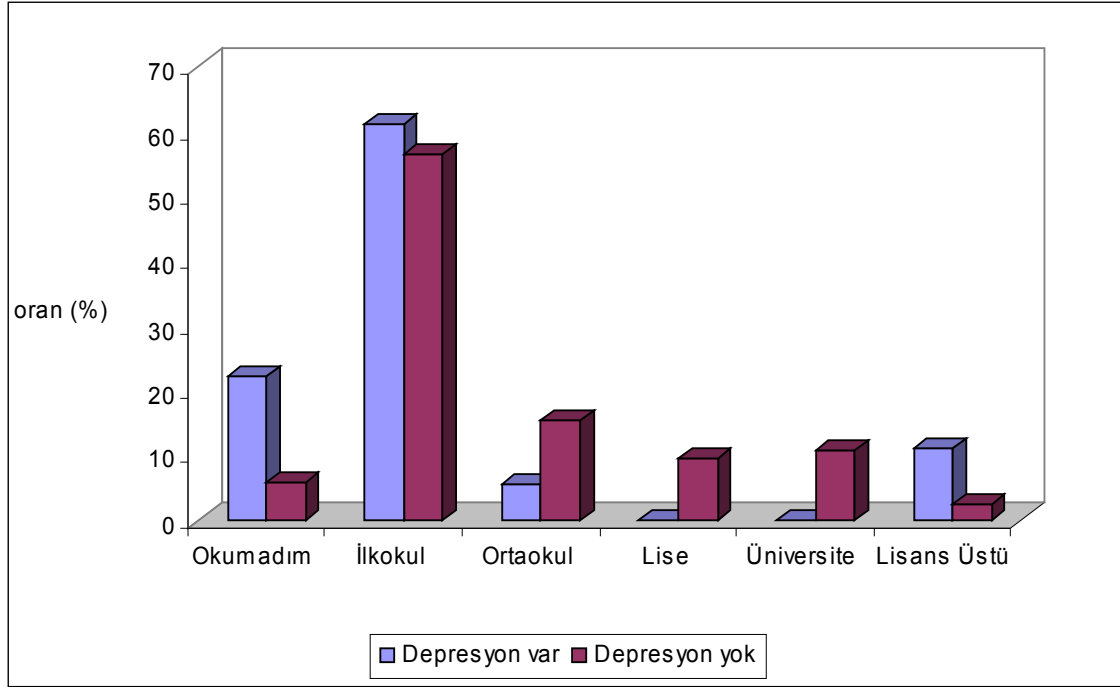
t: student *t* test

χ^2 :Ki kare test

* *p*<0.05

Yaşlara göre depresyon olan ve olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (*p*>0,05). Depresyon durumuna göre evlilik sürelerinin dağılımları arasında da anlamlı farklılık görülmemektedir (*p*>0,05). (Tablo 5)

Depresyon durumuna göre, öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (*p*<0,05); Okumayan ve ilköğretim düzeyinde eğitim alanlarda depresyon görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. (Tablo 5)



Şekil 6: Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasına göre eğitim durumlarının dağılımı

Tablo 6 : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği sınıflamasına göre kronik hastalık varlığı ve önceden geçirilen depresyon değerlendirmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası		Test Değ; p
		Depresyon var n (%)	Depresyon yok n (%)	
Kronik Hastalık Varlığı		9 (%50,0)	18 (%21,2)	$\chi^2:6,380$ p:0,012*
Önceden Geçirilen Depresyon Varlığı	Geçirdim	6 (%33,3)	7 (%8,2)	$\chi^2:8,484$ p: 0,004**
	Geçirmedim	12 (%66,7)	78 (%91,8)	

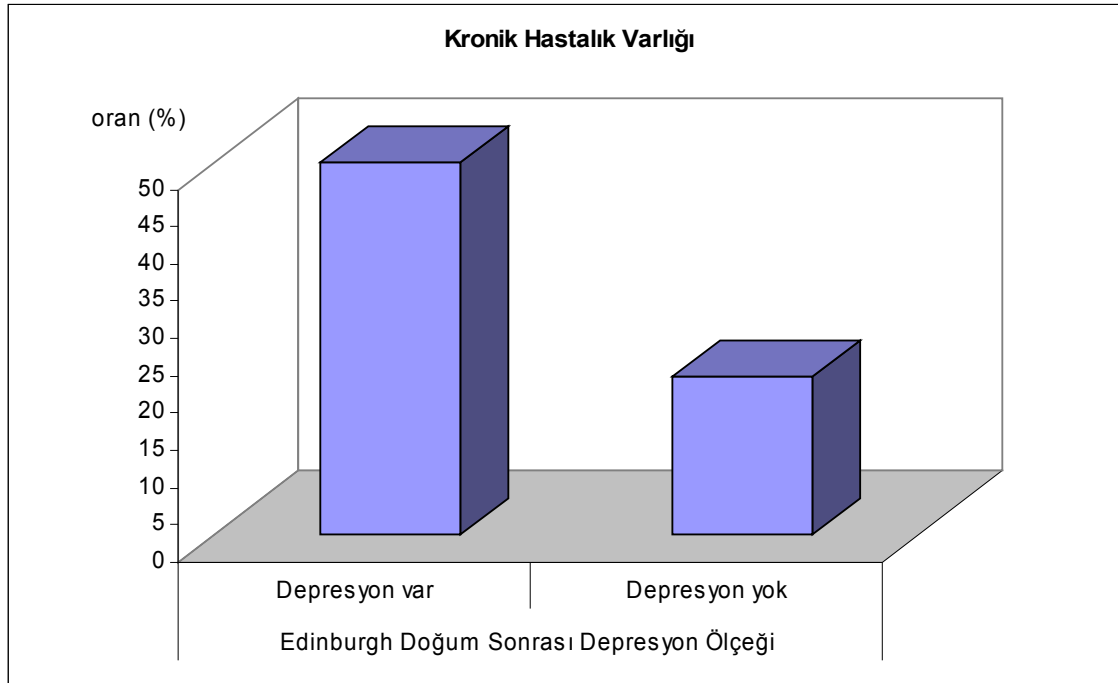
** p<0.01

* p<0.05

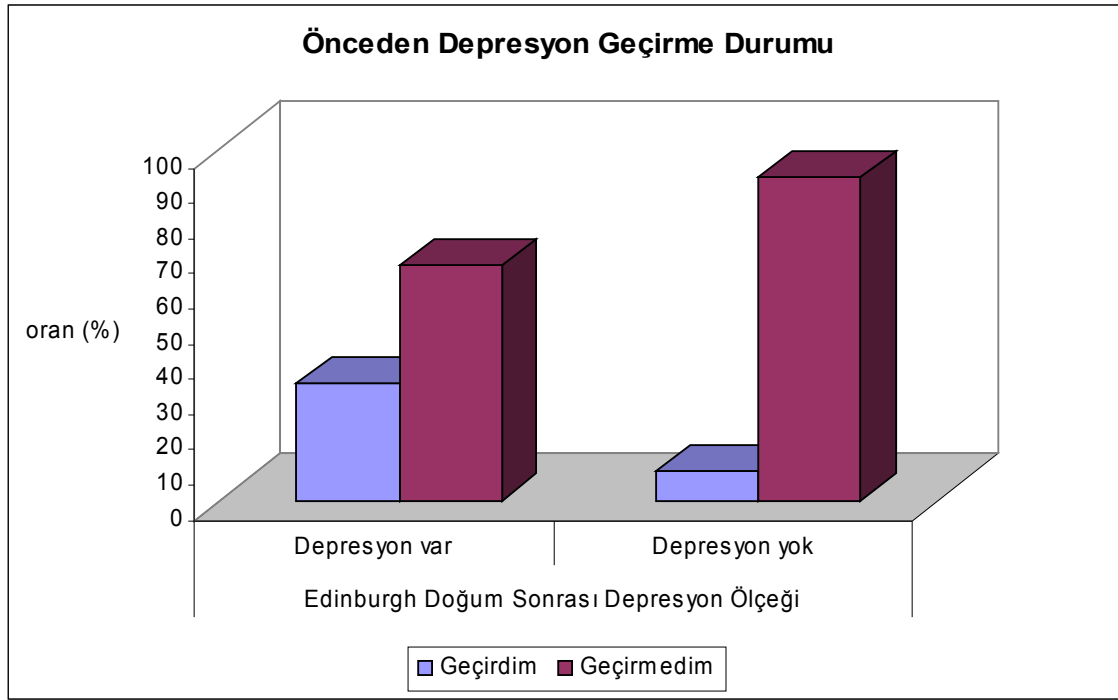
χ^2 :Ki kare test

Kronik hastalık varlığı görülenlerde depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05). (Tablo 6)

Önceden geçirilmiş depresyonu olan olguların doğum sonrası depresyon görülme oranları geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak ileri düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,01). (Tablo 6)



Şekil 7: Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasına göre kronik rahatsızlık varlığı durumlarının dağılımı



Şekil 8: Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasına göre önceden psikiyatrik rahatsızlık geçirme durumlarının dağılımı

Tablo 7: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği sınıflamasına göre sigara kullanımı, çocuk varlığı, eşin çalışma durumu, aylık gelir ve oturulan ev durumunun değerlendirilmesi

		Edinburgh Doğum Sonrası		Test Değ; <i>p</i>
		Depresyon Ölçeği		
		Depresyon var n (%)	Depresyon yok n (%)	
Sigara Kullanımı		8 (%44,4)	13 (%15,3)	$\chi^2:7,776$ <i>p:0,005*</i>
Çocuk Varlığı		16 (%88,9)	48 (%56,5)	$\chi^2:6,635$ <i>p:0,010*</i>
Eş Çalışma Durumu	Evet	17 (%94,4)	82 (%96,5)	$\chi^2:0,163$ <i>p:0,542</i>
	Hayır	1 (%5,6)	3 (%3,5)	
Aylık Gelir	500 YTL'den az	6 (%35,3)	29 (%33,7)	$\chi^2:2,584$ <i>p:0,275</i>
	500-1000 YTL	10 (%58,8)	38 (%44,2)	
	1000-5000 YTL	1 (%5,9)	19 (%22,1)	
	5000 YTL'den fazla	0 (%0,0)	0 (%0,0)	
Oturulan Ev	Kendime Ait	5 (%27,8)	32 (%37,6)	$\chi^2:0,629$ <i>p:0,428</i>
	Kira	13 (%72,2)	53 (%62,4)	

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

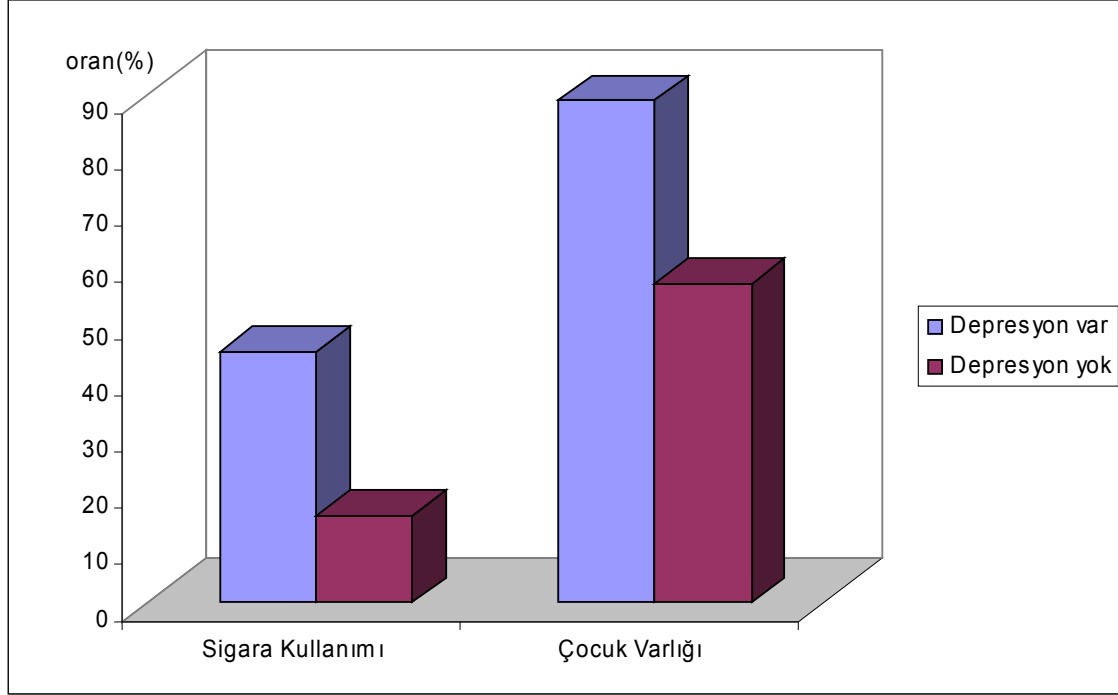
χ^2 :Ki kare test

Sigara kullanan olgularda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0,01$). (Tablo 7)

Çocuğu olan olgularda doğum sonrası depresyon görülme oranları olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Çocuk sayısı ile Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 7)

Eşin çalışma durumu ve oturulan evin kendisine ait olma durumunda depresyon görülme ve görülmemeye düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$). (Tablo 7)

Aylık gelir durumuna göre depresyon görülme ve görülme düzeyleri arasında anlamlıya oldukça yakın olsa da anlamlı değildir. ($p>0,05$) Bunun sebebi yüksek gelir düzeyine sahip olgu sayısının bizim çalışmamızda az olması olabilir. (Tablo 7)



Şekil 9: Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasına göre sigara kullanımı ve çocuk varlığı durumlarının dağılımı

Tablo 8: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği sınıflamasına göre doğum şekli ve emme durumunun değerlendirilmesi

		Edinburgh Doğum		Test Değ; p
		Sonrası Depresyon Ölçeği		
		Depresyon	Depresyon	
		var n (%)	yok n (%)	
Doğum Şekli	Normal Doğum	10 (%55,6)	60 (%70,6)	$\chi^2:1,542$
	Sezeryan	8 (%44,4)	25 (%29,4)	p:0,214
Emme Durumu	Anne Sütü	9 (%12,3)	64 (%87,7)	$\chi^2:5,029$
	Anne Sütü+ Mama	3 (%37,5)	5 (%62,5)	p:0,081
	Mama	6 (%27,3)	16 (%72,7)	
Emme durumu	Anne Sütü Tamamen veya kısmen mama besleyenler	9 (%12,3)	64 (%87,7)	$\chi^2:4,604$ p:0,032 *

χ^2 :Ki kare test

*p<0,05

Doğum yapma şekline göre; edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği sınıflamasının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05). (Tablo 8)

Emme durumuna göre yapılan değerlendirmede de, sadece mama alan olgulardaki depresyon yüksekliği dikkat çekici olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (Tablo 8)

Emme durumu tekrar değerlendirildiğinde, tamamen veya kısmen mama ile beslenenlerde depresyon görülme oranı sadece anne sütü alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05). (Tablo 8)

G. TARTIŞMA

Gebelik ve doğum, normal fizyolojik olgular olsalar da anne sağlığını olumsuz yönde etkileyebilirler.⁸³ Doğum sonrası dönem, kadınlar için hassas ve psikiyatrik rahatsızlık risklerinin arttığı bir dönemdir.^{84, 85} Gebelik ve doğumla ilgili gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere çoğu kadın adapte olabilirken bazı kadınlarda farklı düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır.⁸⁶ Çoğu kez sağlık çalışanları tarafından tespit edilemeyen, ileri dönemde anne için olduğu kadar bebek için de hayati risk taşıyan bu hastalığın ne yazık ki klinik semptomlarının ağırlaşması dahi teşhis şansını arttırmamaktadır.^{87, 88, 89}

Postpartum depresyonun bu çalışmada bulunan prevalansı %17,5'tir. Buna göre 103 kadından 18'inde postpartum depresyon görülmektedir. Literatür incelendiğinde, yeni anne olan kadınların %13'ünde postpartum ilk birkaç ay içinde klinik depresyon gelişebileceği görülür.¹⁸ Ergen annelerde bu oran %26'ya, düşük gelirli ve ilk kez doğum yapmış kadınlarda %38.2'ye kadar yükselmektedir.^{90, 91} Bir diğer çalışmada gebelerin yaklaşık %70'inde depresif semptomlar görüldüğü, ancak bunların %10-16'sının majör depresif tanı kriterlerine uyduğu tespit edilmiştir.⁹² Standardize edilmiş metotlar kullanılan diğer çalışmalarda orta ve üst şiddette depresyonu olan gebelerin oranı %3.5-9, postpartum kadınların oranı %3.5-16 olarak bulunmuştur.⁹³

Boyce P ve ark. tarafından yapılan araştırmada hayat boyu prevalans değeri %33, 6 aylık prevalans değeri %17'dir.⁹⁴ Portekizde yapılan bir çalışmada doğumdan sonraki ilk 3 ayda depresyona giren kadınların neredeyse yarısı 4 ila 12 ay sonrasına kadar depresif olmaya devam etmişlerdir.⁹⁵ Benzer araştırmalarda erken postpartum dönemde depresif olan kadınların %30' la %54 arası değişen oranlarda doğumdan sonraki altıncı aya kadar depresif kaldıkları görülmüştür.^{96,97,98}

Toplum örneklemelerinde anne depresyonu %9.1'le %38.2 arasında değişmektedir. İsveç'te 1558 postpartum kadın arasında yapılan çalışma EDSDÖ ile postpartum 6-8 haftalar arası ölçülen %13'lük bir oran açığa çıkarmıştır.⁹⁹ Postpartum altıncı ayda, aynı prevalans oranı yine %13

bulunmuş ve bu ilk 6 ay boyunca değişmeyen postpartum depresyon oranını göstermiştir.

Çalışmada bulunan %17.5'lük değer 'Ulusal Komorbidite Çalışması' kapsamında incelenen İspanyol kökenli kadınlar gibi mağduriyet içindeki kadınlarda bulunan değerlerle ve Brown ve arkadaşlarının evde çocuğu olan işçi sınıfı kadınlarla benzerlik göstermektedir.^{100, 101} Trabzon il merkezinde yapılan bir çalışmada ise bu oran %28.1 kadar yüksek bulunmuştur.¹⁰² Samsun'da il merkezince yapılan benzer bir çalışmada bu oran %23.1, İzmir ili Bornova ilçesinde %29, Manisa'da, yarı kentsel bir bölgede yapılan bir çalışmada ise prevalans %36.9 bulunmuştur.^{103, 104, 105}

Postpartum depresyon için prevalans değerlerinin Ortadoğu'ya gittikçe yükseldiği düşünülürse, tüm bu çalışmaların yapıldığı bölgelerden daha batıda olan ve gelişme olarak hepsinden ileri bir şehir olan İstanbul'daki değerlerin batıdakilere daha yakın olması anlaşılır bir durumdur. Yine de batıda yapılan çalışmalarda bulunan değerlerden daha yukarıda sonuçlar alınması, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun İstanbul orijinli olmamalarına, şehir yaşantısına tam olarak uyum gösterememiş olmalarına ve sosyoekonomik ve eğitimsel açıdan batıdaki hemcinslerinden daha geri olmalarına bağlı olabilir. Bu, İstanbul gibi göç alan bir şehirde, kendi kültürel inanışlarını eskisi gibi sürdüremeyen ama şehir hayatına da tam uyum sağlayamayan kadınlarla ilgili yeni çalışmaları gerektiren bir durumdur.

Önceden geçirilmiş depresyonu olan olguların doğum sonrası depresyon geçirme oranları geçirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Önceden depresyon geçiren kadınların %33,3'ünde PPD gelişirken depresyon anamnezi olmayan kadınların %91,8'inde postpartum dönemde de depresyon görülmemiştir (p:0,004).

Geçirilmiş depresyon öyküsü olan kadınlarda postpartum depresyon gelişme riskinin 3 kat daha fazla olduğu ileri sürülmüştür.¹⁰⁶ Yapılan pek çok diğer çalışmada da uyumlu sonuçlar alınmış ve depresyon hikayesi olan kadınlarda PPD oranları belirgin olarak yüksek bulunmuştur.^{107, 108, 109} Danimarka'da 5091 kadın üzerinde yapılan çalışma sonucunda, gebelik

öncesi psikiyatrik rahatsızlık geçmişi pozitif kadınlarda postpartum depresyon riski artmış olarak açıklanmıştır.¹¹⁰

Postpartum depresyon ile ilgili 118 makale üzerinde yapılan gözden geçirmede, makalelerce sorgulanan 129 antenatal risk faktörü kanıtlanabilir ilişki açısından değerlendirmeye alınmış, psikiyatrik hastalık öyküsüyle postpartum depresyon ilişkisinin ispatı B sınıfı delil sayılmıştır. Aynı çalışmada antepartum depresyon sınıf A delildir.¹¹¹ Bin dokuzyüz doksantıda 59 çalışmayı baz alarak yapılan bir meta-analizde, geçmiş psikiyatrik ya da psikolojik problemler, doğumdan sonraki birkaç ay içinde görülen depresyonun belirgin habercisi olarak kabul edilmişlerdir.¹⁸

Doğum öncesi depresyon üzerine İsveç'te 259 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada doğum öncesi depresyon öyküsü olan kadınların %46'sında ilk 6-8 hafta arası ve/veya ilk 6 ay içinde postpartum depresyon gelişmiştir.¹¹² Kanada'da 622 kadın üzerinde yapılan çalışmada doğumdan sonraki 8. haftada, kişisel psikiyatrik anamnez veren kadınların depresif semptomlara sahip olma riskinde dört kat artış tespit edilmiştir.¹¹³

Amerika'da Viva Projesi adı altında 1662 katılımcıyla gerçekleştirilen prospektif bir kohort çalışmada, geçirilmiş depresyon anamnezi en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve antenatal depresif semptomlarda dört kata varan bir artışa sebep olduğu öne sürülmüştür.¹¹⁴ Yine Amerika'da yapılan ve 1996-99 yılları arası 3 büyük eyalette doğum yapan 14,609 kadın üzerinde yapılan çalışmada geçirilmiş depresyon öyküsü PPD habercisi olarak kabul edilmiştir.¹¹⁵

Tüm bu verilerin ışığında bu çalışmada geçirilmiş depresyonla PPD arasında çıkan anlamlı sonuç literatürle uyumu açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışmada sigara kullanan kadınların genel olarak PPD geçiren kadınlar içinde oranı %44,4 oranında bulunmuştur. Sigara kullanan olgularda depresyon görülme oranı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p:0,005).

Gebelikte sigara kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda, göze çarpan en önemli değişken anne adayının sosyokültürel durumu olmuştur. Yapılan

farklı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan kadınların sigara içmeye daha meyilli oldukları ve yüksek okul bitiren kadınların aksine, gebelik döneminde sigara bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik göstermedikleri saptanmıştır.^{116, 117}

Yeni Zelanda'da 1265 çocuğun 16-21 sene takibi ile yapılan bir çalışmada DSM IV'e göre majör depresyon kriterlerine uyan genç popülasyonda yükselmiş günlük sigara tüketimi ve nikotin bağımlılığı tespit edilmiştir.¹¹⁸

Amerika'da 2001-2002 yılları arasında Alkol ve İlişkili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Yoklaması için 1516 gebe kadın üzerinde yapılan çalışmada kadınların %21.7'sinde sigara kullanımı saptanmış ve %12.4'si nikotin bağımlılığı kriterlerini karşılamıştır. Sigara kullanan bu kadınların %45,1'inde nikotin bağımlılığı ile beraber en az bir tip akıl bozukluğu, %57,5 gibi büyük oranında da en az bir tip akıl bozukluğu bulunmuştur.¹¹⁹

İngiltere'de, 1997'de yapılan bir çalışmada, 119 gebe erken gebelik döneminden itibaren takibe alınmış ve sigara kullanımının uzun dönem zararları doğumdan sonra 4 seneye kadar takip edilerek tespit edilmeye çalışılmıştır.¹²⁰ Sigara içme davranışı, postnatal depresyon ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir. İki bin senesinde 526 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada sigara içimi ve depresif semptomlar arasındaki ilişki araştırılmıştır ve nikotin bağımlılığı klinik seviyede kendini gösteren depresif semptomlarla belirgin olarak ilişkili çıkmıştır.¹²¹ Çocuk gelişimi ile sigara kullanan ebeveyn arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın sonucunda depresyonun sigara kullanımı ile örtüştüğü bulunmuş ve sigara ile depresyonun iç içe geçen ilgisi için ileri araştırma önerilmiştir.¹²²

Sigara tüketimi ve depresyon arasındaki ilişkide halen cevaplanmayan sorular vardır. Hangisinin tetiği çektiği bilinmese de ileride yapılacak biyodavranışsal analizler ışığında bu yakın ilişki daha da aydınlanacaktır.¹²²

Anne adaylarının eğitim düzeyi beklenen şekilde düşüktü. Yüzüç katılımcıdan 87'si (% 80,9) ya hiç okumamıştı, ya da ancak ilköğretim düzeyinde eğitime sahipti. Depresyon durumlarına göre, öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Okumayan ve ilkokul

düzeyinde eğitim alanların depresyon oranı anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edildi ($p < 0,033$).

Cenevre’de 570 kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında PPD gelişen kadınların profesyonel anlamda eğitimi düşük seviyede aldıkları gösterilmiştir.¹²³ Şubat 2000- Kasım 2001 arasında 774 kadın üzerinde Pensilvanya’da yapılan bir diğer çalışmada da postpartum depresyonu olan kadınlar arasında düşük eğitim düzeyinin oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir.¹²⁴

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesinde 85 yeni doğum yapmış kadınla yapılan bir başka çalışmada düşük derecede eğitimin PPD için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuş ve kısa doğum aralığı, çok çocuk ve çocuk bakımı kalitesinde düşüş gibi yan sonuçlara sebep olarak depresyon açısından bir kısır döngü yaratmakla suçlanmıştır.¹²⁵

Yaşları 1 ay ile 1 yıl arasında bebeği olan 84 kadını çocuklarına yaklaşımlarını gözlemlemek için kameraya alan bir çalışmada, özellikle genç yaş grubundaki annelerde (<21 yaş) eğitim seviyesindeki düşüşle çocuğa karşı duyarsızlık arasında belirgin bir ilişki görülmüştür.¹²⁶

Türkiye’nin doğu ve güneydoğu bölgesindeki 5 ilde 2001 senesinde, 2514 kadın üzerinde yapılan çalışmada eğitimle depresyonda belirgin azalma eğilimi görülmüştür. Yine aynı çalışmaya göre eğitimi olmayan kadınlardaki postpartum depresyon riski, üniversite mezunlarına kıyasla 2 kat daha fazladır.¹²⁷

Anne eğitim düzeyi, çocuğun ilerdeki kognitif ve davranışsal gelişimi açısından pek çok çalışmada önemle üzerinde durulan bir konudur.^{63,64,65} Bu düzeyin düşüklüğü, PPD riskini arttırmaktadır. Bu da hem anne hem de çocuk için ağır bedeller yaratabilir.

Çalışmada anlamlı çıkan bir parametre de birden fazla çocuk sahibi olmaktır. Yüksek parite ile postpartum depresyon arasında belirgin bir ilişki görülmüştür ($p < 0,01$). Buna göre, önceden çocuğu olan olgularda, doğum sonrası depresyon görülme oranları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Birden fazla çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda açığa çıkacak daha büyük ev, araba gerekliliği, artmış tıbbi harcamalar ve bebek malzemeleri gibi masraflar anksiyete sebepleridir.¹²⁸ Çok çocuklu anneler, birden fazla muhtaç bebeğin olmasının besleme ve ilgilenme sürecini zorlaştırdığını ve biriyle ilgilenirken diğerinin ihmal ediliyor durumda olmasının sürekli bir suçluluk hissi yarattığını bildirmişlerdir.¹²⁹

Righetti-Veltema ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada multiparite bir risk faktörü olarak saptanmıştır.¹²³ Gürel ve Gürel'in çalışmasında yüksek parite, yine mutsuz duygudurum ile ilişkilendirilmiştir.¹²⁵ Teksas'ta çeşitli etnik kökenlerden gelen 283 gebe üzerinde yapılan çalışmada, postpartum 6'ncı haftada 2 çocuk sahibi olmanın daha fazla depresif semptomla ilgisi olduğunu gösterilmiştir.¹³⁰

Postpartum depresyon için risk grubu kadınları belirlemek için yapılan 2 büyük çalışma, birden fazla çocuğu sahibi olmayı ve yüksek pariteyi, artmış depresyon riski ile ilişkilendirmişler ve yüksek paritenin PPD riskini 2-3 kat arttırdığını tespit etmişlerdir.^{110, 131}

Anne sütü ile emzirme ve postpartum depresyon arasındaki ilişki mama takviyesi yapan ya da tamamen mama ile besleyen kadınlardaki depresyon oranlarının belirgin şekilde yüksek olması nedeniyle anlamlıdır. Emme durumunda tamamen veya kısmen mama ile besleyenlerde depresyon görülme oranı sadece anne sütü alanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0,05$).

Yapılan pekçok çalışmada emzirme ile postpartum depresyon arasında belirgin bir ilişki tespit edilmiştir.^{132,133,134} Bazı çalışmalarda emzirmenin postpartum depresyonla ilişkisi görülme de, emzirmenin oksitosin salgısı aracılığıyla anne ve bebek arasındaki bağı sağladığı diğer çalışmalarla gösterilmiştir.^{126, 135, 136, 137} Hatta emzirme, postpartum depresyon tedavisi için bile önemli bir konu olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskı ve suçluluk duygusu dolayısıyla başlıbaşına ek bir stresör haline geleceği söylenmiştir.⁵⁰

Bir diğer hipotezde de, emzirmemeyle depresyon arasında orta derece bir ilişki bulunan bir çalışma sonucu ileri sürülmüştür. Gebelikte Risk

Saptanması İzleme Sistemi (PRAMS) bünyesinde Amerika'da 32 eyalette sürdürülen araştırmaların 3 eyaletten 14.609 kadının sonuçlarını değerlendiren bu çalışmada, emzirmemenin depresyon için bir risk faktörü değil, depresyonun sonucu olduğu varsayılmıştır.¹¹⁵ Yaşadıkları deneyimin zorluğu dolayısıyla, doğum sonrası ileri derecede depresif hissettiklerini ifade eden kadınların emzirmeye başlayamamış olabildikleri ve buna ek olarak, bazı kadınların aldıkları anti-depresif ilaç tedavisi sebebiyle emzirmemeyi de seçmiş olabilecekleri dūřünölmüřtür.

Çalışmada anlamlı çıkan bir başka değişken de postpartum depresyon ve kronik hastalık arasındaki ilişkidir. Kronik hastalığı mevcut kadınların %50'sinde PPD görölmüştür (p:0,012).

Fiziksel hastalık ve PPD arasındaki ilgiyi araştıran çok az çalışma vardır. Antenatal risk faktörleri ile postpartum sonuçları tarayan ve 118 makale ve yayının gözden geçirildiği bir eleştiride, fiziksel hastalık ve postpartum depresyon arasında ilişki bulunmuştur.¹¹¹ Johns Hopkins üniversite hastanesinin çeşitli klinikleri tarafından 175 gebe üzerinde yapılan çalışmada, depresyon semptomu gösteren kadınlarda belirgin derecede dūřük sağlık kalitesi tespit edilmiştir.¹³⁸ Amerika'da 1163 kadında yapılan bir başka çalışmada, kötöleşmiş sağlık durumu olan kadınların normal popölyasyona oranla 2 kat daha fazla depresif semptom geliştirme risklerinin olduğu tespit edilmiştir.¹³⁹ Yine aynı konuda Avustralya'da yapılan ve 1336 gebenin dahil edildiği bir çalışmada, annenin ruhsal iyilik hali ile fiziksel sağlığı arasındaki ilişki doğrulanmıştır.¹⁴⁰ Depresyonla başvuran yeni annelerdeki fiziksel sağlığın değerlendirilmesi ve aynı şekilde, herhangi bir fiziksel morbidite ile başvuran yeni annelerin psikolojik değerlendirilmesinin doğumdan sonra annelerle temas halinde olan klinisyenler için öncelik olması gerektiği öne sürölmüştür.

Ekonomik gelir, katılımcılarda birkaç anabaşlık halinde sorgulanmıştır. (kira, kendisinin ve eşinin iř durumu, aylık gelir) Pek çok çalışmada ileri derecede anlamlı bir risk faktörü olan dūřük ekonomik seviye, bu çalışmada anlamlılığa yakın bir sonuç verse de 1000Ytl üzerinde

kazanan popülasyonun oldukça az olması dolayısı ile anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Literatürde ise düşük gelir ile PPD arasındaki ilişki defalarca kanıtlanmıştır.^{141, 142} Daha büyük bir topluluk üzerinde yapılacak bir çalışmada anlamlı bir sonuç çıkabilir.

Sezeryan doğum ile postpartum depresyon arasında da bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu risk faktörünün literatürdeki yeri de değişkendir.^{143, 144, 145} Kimi çalışmada ilişki görülmüşken kiminde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.^{125, 146, 147}

Yaş, evlilik durumu (resmi/imam nikahı, evlilik süresi, kaçınıcı evlilik olduğu), önceki doğum ve sonrasında yaşanan sıkıntı ve gebeliğin istenerek mi gerçekleşip gerçekleşmediği yönünde yapılan sorguların sonucunda elde edilen oranlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu konuların literatürde sosyal destek varlığı, eşle duygusal iletişim değişkenleri eklenerek detaylı şekilde incelendiğinde sonuçların anlamlı oldukları görülmüştür.^{125,141,148} Aile içi şiddete maruz kalma ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir sonuç çıkmaması bu grubun sayıca azlığına bağlanabilir. Büyük çalışmalarda anne istismarı ve PPD arasında anlamlı derecede yüksek oranda ilişki bulunmuştur.^{149, 150}

H. SONUÇ

Postpartum Depresyon (PPD), anne ve çocuğun sağlığını ciddi şekilde etkileyen ve dikkate alınması gereken bir hastalıktır.

Bu tezde, antenatal dönemdeki gebeleri doğumdan 4 hafta sonra kontrole çağırarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) yardımı ile postpartum depresyon prevalansını tespit etmek ve demografik değişkenlerle beraber değerlendirerek risk faktörlerini tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu amaçla, Ocak 2007- Mayıs 2007 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeler takibe alınmıştır. Tüm koşulları karşılayan 103 gebe çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda postpartum depresyon görülme sıklığı %17,5 olarak bulunmuştur. Öğrenim durumundaki düşüklük postpartum depresyon ile ilgili bulunmuştur (p:0,033). Kronik hastalık, geçirilmiş depresyon ve sigara kullanımı da PPD gelişimi için risk faktörü olarak tespit edilmişlerdir (sırasıyla p:0,052, p:0,004, p:0,033). Parite ya kısmen ya da tamamen mama ile besleme de PPD ile yüksek ilişkili olarak saptanmıştır (p:0,01 ve p:0,032).

Sezeryan doğum, düşük ekonomik seviye ve aile içi şiddet ile ilişki kurulamamış ve bu, topluluk boyutunun yeteri kadar büyük olmamasına bağlanmıştır.

Ülkemizde, PPD ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Çok merkezli ve büyük sayıda gebenin doğum sonrası takibi ile yapılacak çalışmalar ile Türk toplumuna özgü risk faktörleri daha net saptanabilir. Sağlık çalışanları, anne ve bebek için ciddi bir tehdit oluşturan bu hastalığa karşı daha duyarlı olmalı ve uygun müdahale zamanında yapılmalıdır.

EK 1: ANKET FORMU

İsim, Soyad:

Yaş:

Medeni Hal (dini nikah ise lütfen belirtiniz):

Evli iseniz kaçınıcı evliliğiniz?

Evli iseniz süresi: (çarpı koyunuz)

1yıldan az:

1-5 yıl:

5-10 yıl:

10 yıldan fazla:

Öğrenim durumunuz nedir?

Okumadım: İlkokul: Ortaokul: Lise: Üniversite: Yüksek okul:

Çalışıyor musunuz? Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

Herhangi bir hastalığınız var mı? (yüksek tansiyon, diyabet, guatr, vb.) Varsa süre belirtiniz.

Hiç depresyon geçirdiniz mi? Lütfen açıklayınız.

Alkol, sigara veya madde kullanımınız var mı? (Varsa doz belirtiniz)

Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Varsa doz belirtiniz.)

Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?

Çocuğunuz varsa doğum şeklini belirtiniz.(normal doğum, sezeryan)

Doğumdan sonra herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı? Lütfen açıklayınız:

İsteyerek mi hamile kaldınız? (Açıklayınız)

Eşiniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa mesleği nedir?

Aylık gelirinizi belirtiniz:

500Ytl'den az:

500-1000Ytl arası:

1000-5000Ytl arası:

5000Ytl'den fazla:

Evde yaşayan kişi sayısını belirtiniz:

Oturduğunuz evin kendinize ait mi kira mı olduğunu belirtiniz:

Aile içinde huzursuzluk/şiddet varsa lütfen açıklayarak belirtiniz:

Son 6 ay içinde 1. dereceden yakınınızı kaybettiniz mi?

BU BÖLÜM DOĞUMDAN SONRA DOLDURULACAKTIR:

Sağlıklı bir çocuk dünyaya getirdiniz mi?

Doğum şekliniz:

Bebeginizi emzirdiniz mi?

Doğum sonrası herhangi bir sıkıntı yaşadınız mı? (Lütfen açıklayınız.)

EK 2:BECK DEPRESYON ENVANTERİ

ÖLÇEĞİN ÖZELLİKLERİ

Ölçtüğü nitelik: Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek.

Ölçek türü: Kendini değerlendirme ölçeği

Uygulanacak grup: Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları

Kapsamı: Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

UYGULAMA İÇİN PRATİK BİLGİLER

Uygulama: Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

Yönerge: yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.

Puanlama: Her madde 0-3 arasında giderek aran puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmiştir. Toplam 0-63 arasında değişir.

Yorumlama: Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

Uygulayıcının niteliği: Özellik yok

ÖLÇEK BİLGİLERİ

Özgün adı: Beck Depression Inventory (BDI)

Geliştirenler: Beck

Özgün makale: Bek AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961;4:561-71.

Türkçe formunun adı: Beck Depresyon Envanteri

Uyarlayanlar: Nesrin Hisli

Türkçe formunun güvenilirliği: Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.08 olarak bulunmuştur. Yarıya bölünme güvenilirliğinde, $r=0.74$ olarak belirlenmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon altölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0.050$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmıştır ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duyguları yer almaktadır.

Türkçe formunun makalesi: Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 1989;7:3-13.

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir, çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (a)Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b)Kendimi üzgün hissediyorum.
(c)Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d)Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a)Gelecekte umutsuz değilim.
(b)Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d)Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a)Kendimi başarısız görmüyorum.
(b)Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c)Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a)Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b)Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c)Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d)Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a)Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b)Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c)Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d)Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a)Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.

- (b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
- (c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.
- (b) Kendimden pek hoşnut değilim.
- (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- (d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
- (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- (c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
- (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
- (c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
- (d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- (b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
- (c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
- (d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
- (b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
- (c) Çoğu zaman sinirliyim.
- (d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

- 13.(a)Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b)Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c)Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d)Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.(a)Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b)Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c)Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d)Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15.(a)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b)Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c)Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d)Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16.(a)Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b)Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c)Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a)Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b)Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c)Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d)Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
- 18(a)İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b)İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c)Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d)Artık hiç iştahım yok.
19. (a)Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b)Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

(c)Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

(d)Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20.(a)Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

(b)Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

(c)Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

(d)Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21.(a)Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

(b)Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

(c)Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

(d)Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 3: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Özellikleri: Doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şisset değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanır. Toplam 10 soru içermekte ve depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulaması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve deneklere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler gidelek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır.

Özgün adı: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Geliştirenler: Cox ve Holden

Özgün makale: Cox JL, Holden JM: Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry, 1987;150:782-6.

Türkçe formunun adı: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Uyarlayanlar: Nur Engindeniz, Levent Küey, Savaş Kültür

Türkçe formunun yayını: Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara: 51-2.

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

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 taraflarını 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

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Birşeyler 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 neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Herşey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.

Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

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, bazen

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

KAYNAKLAR

- ¹ Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, “Depresif Bozukluklar” Tamamlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Yayıncılık; 2004;253-77
- ² Brunswick DJ, Amsterdam JD, Mozley PD, et al. Greater availability of brain dopamine transporters in major depression shown by [^{99m}Tc]TRODAT-1 SPECT imaging. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1836–41.
- ³ Gobbard GO. Mood disorders.: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Saock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp;1995. pp.1116-23.
- ⁴ Plotsjy PM, Owens MJ, Nemeroff CB. Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychiatr Clin North Am*. 1998 Jun;21(2):293-307.
- ⁵ Drevets WC, Videen TO, Price JL, et al. A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci*. 1992;12:3628–41.
- ⁶ Bahls SC, de Carvalho GA. The relation between thyroid function and depression: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 Mar;26(1):41-9
- ⁷ Krishnan KR, McDonald WM, Escalona PR, et al. Magnetic resonance imaging of the caudate nucleus in depression: preliminary observations. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:553–7.
- ⁸ Husain MM, McDonald WM, Doraiswamy PM, et al. A magnetic resonance imaging study of putamen nuclei in major depression. *Psychiatry Res*. 1991;40:95–9.
- ⁹ Baumann B, Danos P, Krell D, et al. Reduced volume of limbic system-affiliated basal ganglia in mood disorders: preliminary data from a postmortem study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:71–8.
- ¹⁰ Colman I, Polubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. A Longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biol Psychiatry*. 2007;Aug 8.
- ¹¹ Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*. 2007 Jan 1;75(1):73-80.
- ¹² Jiang W, Kuchibhatla M, Clary GL, Cuffe MS, Christofer EJ, Alexander JD, Califf RM, Krishnan RR, O’Connor CM. Relationship between depressive symptoms and long-term mortality in patients with heart failure. *Am Heart J*. 2007 Jul;154(1):102-8.

- ¹³ Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1225
- ¹⁴ Stewart DE, Gucciardi E, Grace SL. Depression. *BMC Women's Health* 2004, 4(Suppl I):S19
- ¹⁵ Savrun MB. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 1999;2-3 Aralık:11-17
- ¹⁶ Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Third Edition. Oxford University Press, Oxford, 1996
- ¹⁷ Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In *Depression and Mania*, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988.
- ¹⁸ O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression- A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54
- ¹⁹ Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Goldin J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60
- ²⁰ Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samulsen SO, Opj-Ordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:426-33.
- ²¹ Harris B, Johns S, Fung H et al. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J psychiatr* 1989;154:660-667.
- ²² Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between estradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 200;101:167-9.
- ²³ Dalton K. *Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness*, 4th edn. New York: Oxford University Press, 2001.
- ²⁴ Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA et al. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med* 1998;28:63-79.
- ²⁵ Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-85.
- ²⁶ Ross LE, Sellers Em, Gilbert Evans SE, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:457-66.
- ²⁷ Steiner M, Yonkers K. Depression in women. *Martin Dunitz LTD*. 1998:26-47
- ²⁸ Williams KE, Casper RC. *Reproduction and its psychopathology*. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behaviour.*, Casper RC (Ed), 1st ed., Cambridge

University Press, 1998:14-35.

²⁹ O'hara MW, Sclechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch gen Psychiatry*, 1991a;48:801-6.

³⁰ Pedersen CA, Stern RA, Pate J ve ark. Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. *J Affect Disord*, 1993;29:201-211.

³¹ Harris B. A hormonal component to postnatal depression. *Br J psychiatry*, 1993;163:403-5.

³² Smith R, Cubis J, Binsmead M et al. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta endorphine and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and puerperium. *J Psychosom Res*, 1990;34:53-69.

³³ Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM et al. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry*, 1995;38:814-8.

³⁴ MacArthur C, Lewis M, Knox E. Health after childbirth. *Br J Obstet Gyneacol*; 1991;98:1193-5.

³⁵ Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *Br J Obstet Gyneacol* 1992;160:777-80.

³⁶ Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in puerperium. *Psycho Med*, 1981;11:341-50.

³⁷ Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Aust J Public Health*, 1994;18:176-84.

³⁸ Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust*, 1997;167:244-7.

³⁹ Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002;287:762-5.

⁴⁰ Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. *Kriz Dergisi* 10 (1): 11-18.

⁴¹ Field T, Sandberg D, Garcia R. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Dev Psychol*, 1985;21(6):1152-1156

⁴² Cutrona CE. Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev*, 1986;57:1507-1518

⁴³ Cooper PJ, Campbell EA, Day A. Nonpsychotic psychiatric disorders after childbirth. *BR J Psychiatry*, 1988;152:799-806

- ⁴⁴ American Psychiatric Association. Postpartum onset specifiers. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 386-387
- ⁴⁵ Mehta A, Sheth S. Postpartum Depression: How to Recognize and Treat This Common Condition. *Medscape Psychiatry & Mental health*. 2006;11(1).
- ⁴⁶ Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science*, 1995;269:799-801.
- ⁴⁷ Mongella G. Global approaches to the promotion of women's health. *Science*, 1995;269:789-790.
- ⁴⁸ Carothers AD, Murray L. Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: application to post-natal depression in a community sample. *Psychol Med*, 1990;20:695-702.
- ⁴⁹ Bromet EJ, Dunn LO, Connell MM et al. Long term reliability of diagnosing lifetime major depression in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 1986;43:435-440.
- ⁵⁰ Karamustafaoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzn ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000;2:64-71
- ⁵¹ Zajicek E Psychiatric problems during pregnancy. In: Wolkind S, Zajicek E (eds), *Pregnancy: a psychological and social study*. Academic Press, London, 1981;57-73.
- ⁵² Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-673
- ⁵³ Unterman R, Posner N, Williams K. Postpartum depressive disorders: Changing trends. *Birth*, 1990;17(3):131-137.
- ⁵⁴ Mason WA, Rice MJ, Records K. The Lived Experience of Postpartum Depression in a Psychiatric Population. *Perspectives in Psychiatric Care*, April-June, 2005;41(2):52-61.
- ⁵⁵ Wood A, Thomas S, Droppleman P, Meighan M. (1997) The downward spiral of postpartum depression. *Maternal-Child Nursing*, 22:308-16.
- ⁵⁶ Oakley A. *Women Confined*. Martin Robertson, Oxford. 1980.
- ⁵⁷ Romito P.) *La Naissance du Premier Enfant. Etude Psycho-sociale de l'Experience de la Maternité et de la Dépression Postpartum*. Delachaux et Niestlé, Lausanne. 1990b

- ⁵⁸ Mauthner N. Postnatal depression. The significance of social contacts between mothers. *Women's Studies International Forum* 18 1995;(3): 311-23.
- ⁵⁹ Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J. Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. *Journal for Reproductive and Infant Psychology* 1994;12:89-103.
- ⁶⁰ Beck CT. Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, 1993;42:42-48.
- ⁶¹ Beck CT. The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research*, 1992;41:166-170.
- ⁶² Beck CT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 1996;45:98-104.
- ⁶³ Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behaviour and Development*, 1995;18:1-13.
- ⁶⁴ Armstrong K, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: Association with prenatal factors and maternal distress/depression. *Journal of Pediatric and Child Health*, 1998;34:260-62.
- ⁶⁵ Armstrong K, van Haeringen A, Dadds M, Cash R. Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: Separating the chicken from the egg. *Journal of Pediatric and Child Health*, 1998;34:260-62.
- ⁶⁶ Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. *Postpartum Mood Disorders*, Miller RJ (ed.) 1st ed. Washington DC, American Psychiatric Press:1999;3-19.
- ⁶⁷ Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatr*, 1987;150:782-6.
- ⁶⁸ Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year.: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders*, 2004;80:37-44.
- ⁶⁹ Matthey S, Henshaw C, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale- implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*, 2006;9:309-15.
- ⁷⁰ Small R, Lumley J, Yelland J, Brown S. The performance of the Edinburgh postnatal Depression Scale in English speaking and non-English speaking populations in Australia. *Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 2006;134(3)

- ⁷¹ Lee DT, Yip SK, Chiu HF et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 1998;172:433-7.
- ⁷² Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 2000;58:145-54.
- ⁷³ Da Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, 1998;31:799-804.
- ⁷⁴ Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorder*, 2003;75:71-6.
- ⁷⁵ Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale. Validation for an Italian sample. *J Affect Disord*, 1999;53:137-41.
- ⁷⁶ Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 2003;76:151-6.
- ⁷⁷ Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective disorders*, 2004;78:163-9.
- ⁷⁸ Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, Goudemand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):169-76.
- ⁷⁹ Ghubash R, Abou Saleh MT, Daradken TK. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1997;32:474-6.
- ⁸⁰ Abou Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 1997;95:423-32.
- ⁸¹ Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr*

Scand. 2003 Apr;107(4):251-9.

⁸² Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara:1997;51-2.

⁸³ Chaudron LH. When and how to use mood stabilizers during breastfeeding. Prim Care Update. Obs Gyns, 2000;7(3):113-7.

⁸⁴ Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. J Clin Psychiatry, 2000;61(2):79-90.

⁸⁵ Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depression: a cross-cultural perspective. Obs Gyns, 1999;6(3):82-7.

⁸⁶ Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999;10(1):58-67

⁸⁷ Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein REK. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? Pediatrics, 2000;106:1367-73

⁸⁸ Cummings E, Davies P. Maternal depression and child development. J Child Psychol Psychiatry, 1994;35:73-112.

⁸⁹ Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. Arch Intern Med. 1990;150:1083-8.

⁹⁰ Troutman b, Cutrona C. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. Journal of Abnormal Psychology, 2000;99:67-78.

⁹¹ Hobfoll SE, Ritter C, Lanvin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995;63(3):445-53.

⁹² Klein MH, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in second trimester. Depression, 1995;2:308-14.

⁹³ Gotlib IH, Whiffen VE. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. J Consult Clin Psychol, 1987;144:188-293.

⁹⁴ Boyce P, Harris M, Silove D, Morgan A, Wilhelm K, Hadzi-Pavlovic D. Psychosocial factors associated with depression: a study of socially disadvantaged women with young children. J Nerv Ment, 1998;186(1):3-11.

- ⁹⁵ Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueredo E. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 1996;169:30-5.
- ⁹⁶ Beeghly M, Weinberg MK, Olson K et al. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 2002;71:169-80.
- ⁹⁷ Campbell SB, Cohn JF. The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. *Postpartum Depression and Child Development*. PJ Cooper (Ed.) New York, Guilford; 1997:165-97.
- ⁹⁸ Zelkowitz P, Milet TH. The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001;189(9): 575-82.
- ⁹⁹ Cox L, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 1993;163:27-31.
- ¹⁰⁰ Blazer D, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 1994;151:879-86.
- ¹⁰¹ Brown GW, Craig TKJ, Haris TO. Depression: distress or disease? Some epidemiological considerations. *Br J Psychiatry*, 1985;147:612-22.
- ¹⁰² Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;17(4):243-51.
- ¹⁰³ Sünter AT, Hüz H, Ordulu F ve ark. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu Prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002:855-8.
- ¹⁰⁴ Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002:858-61.
- ¹⁰⁵ Erbay DP. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2002:862-5.
- ¹⁰⁶ Henshaw C, Foreman DM, Coz J. Postpartum blues: a risk factor for postpartum depression. Marce Society Biennial Conference. 2000,4-6 September, Hulme Hall. Manchester, UK.

- ¹⁰⁷ Stein A, Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Altham PM. Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *BMJ*, 1989;289:1073-4.
- ¹⁰⁸ Kelly A, Deakin B. Postnatal depression and antenatal morbidity. *Br J Psychiatry*, 1992;161:577-8.
- ¹⁰⁹ Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res*, 1994;38:539-45.
- ¹¹⁰ Forman N, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000;107:1210-7.
- ¹¹¹ Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Can Med Assoc J*, 1996;154:785-99.
- ¹¹² Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetr Gynecol*, 2004;104:459-66.
- ¹¹³ Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression.
- ¹¹⁴ Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, 2006;60:221-7.
- ¹¹⁵ Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. *Maternal and Child Health Journal*, 2002;6(4):247-53.
- ¹¹⁶ Reitzel LR, Virdine JI, Li Y, Mullen PD, Velasquez MM, Cinciripini PM, Ota-Woerpel L, Greisinger A, Wetter DW. The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *Am J Public Health*, 2007;97(8):1476-82.
- ¹¹⁷ Kahn RS, Certan L, Whitaker R. A reexamination of smoking before, during and after pregnancy. *Am J Public Health*, 2002;92(11):1801-8.

- ¹¹⁸ Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med.* 2003 Nov;33(8):1357-67.
- ¹¹⁹ Goodwin GD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstet Gynecol.* 2007 Apr;109(4):875-83.
- ¹²⁰ Morales AW, Marks MN, Kumar R. Smoking in pregnancy: a study of psychosocial and reproductive risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997 Dec;18(4):247-54.
- ¹²¹ Brown C, Madden PA, Palenchar DR, Cooper-Patric L. The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(1):15-26.
- ¹²² Leftwich MJT and Collins, J FL. Parental smoking, depression, and child development: persistent and unanswered questions. *Pediatr. Psychol.* 1994; 19: 557-70.
- ¹²³ Righetti-Veltema M, Conne-Perreard e, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders.* 1998;49:167-80.
- ¹²⁴ Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics.* 2004 Jun;113(6):e523-9.
- ¹²⁵ Atar Gürel S, Gürel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance if parity and inter-pregnancy interval.
- ¹²⁶ van Doesum KT, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Hoefnagels C. Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Jun;46(6):747-56.
- ¹²⁷ İnandı T, Elçi OC, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology* 2002;31:1201-7.
- ¹²⁸ Fisher J. Psychological and social implications of multiple gestation and birth. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.* 2006;46(Suppl. 1):29-37.

- ¹²⁹ Garel M, Salobir C, Blondel B. Psychological consequences of having triplets: a four year follow-up study. *Fertil Steril* 1997;67: 1162-5.
- ¹³⁰ Walker L, Timmerman GM, Kim M, Sterling B. Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women Health*, 2002;36(3):101-21.
- ¹³¹ Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:316-21.
- ¹³² Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 1996;168:607-11.
- ¹³³ Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*, 2001;158:1856-63.
- ¹³⁴ McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, persistence and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;40:1316-23.
- ¹³⁵ Edhborg M, Matthiesen AS, Widström AM. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum- a study of new mothers and fathers. *Arch Womens Ment Health*, 2005;8:221-31.
- ¹³⁶ Nissen E, Lilja G, Widström AM, Uvnäs-Moberg. Elevation of oxytocin levels early postpartum women. *Acta Obstet Scand.* 1995;74:530-3.
- ¹³⁷ Uvnäs-Moberg K. Neuroendocrinology of mother-child interaction. *TEM.* 1996;4:126-31.
- ¹³⁸ Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics & Gynaecology*, 2006;107:798-806.
- ¹³⁹ Orr St, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*, 2007;16(4):535-42.
- ¹⁴⁰ Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG.* 2000 Oct;107(10):1194-201.
- ¹⁴¹ Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science and Medicine*, 2001;53:441-53.

- ¹⁴² Goodman, JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn*, 2004;33:310-20.
- ¹⁴³ Ryding E, Wijma K, Wijma B. Psychologic impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1998;19:135-44.
- ¹⁴⁴ Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby L. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 1980;136:339-46.
- ¹⁴⁵ Gjerdingen D, Chaloner K. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *The Journal of Family Practice*, 1994;38(5):465-72.
- ¹⁴⁶ Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*, 1992;157(3):172-4.
- ¹⁴⁷ Gottlieb SE, Barrett DE. Effects of unanticipated caesarean section on mothers, infants and their interaction in the first month of life. *J Dev Behav Pediatr*, 1986;7:180-5.
- ¹⁴⁸ Seguin L, Potvin L, StDenis M, Loisele J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 1999;26(3):157-63.
- ¹⁴⁹ Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. *Victimol Int J*, 1978;2:460-70.
- ¹⁵⁰ Hilliard PA. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1985;66:185-90.