

**AFYONKARAHİSAR KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**POSTPARTUM DEPRESYONUN ANNELERİN BEBEKLERİNİ
EMZİRMELERİ VE BEBEK BÜYÜMESİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ**

Hatice BAŞ DÖNMEZ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yrd. Doç. Dr. Ayşegül BÜKÜLMEZ
DANIŞMAN**

2007-AFYONKARAHİSAR

ÖZET

Postpartum Depresyonun Annelerin Bebeklerini Emzirmeleri Ve Bebek Büyümesi Üzerine Olan Etkisi

Gebelik ve doğum normal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedenidir. Annelerin bir çoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlarken bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir. Bu çalışmada, postpartum depresyon (PPD) açısından risk altında olan anneler ve risk altında olmayan annelerin bebeklerini besleme konusundaki tutumları ve PPD' nin emzirme ve bebek büyümesi üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları Kliniğinde 01.01.2006-30.06.2006 tarihleri arasında yapıldı. Bu çalışmaya gönüllü 131 anne dahil edilmiştir. Annelerin ve bebeklerin sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı 25 sorudan oluşan bir anket aynı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulandı. Annelere postpartum 5.gün ve ilk birinci ayın sonunda EPDS uygulandı. Annelerin EPDS' den aldıkları puanlara bakılarak iki gruba ayrıldı: I. Grup(PPD açısından Risksiz): ≤ 12 puan anneler, II Grup(PPD açısından riskli) ≥ 13 alan anneler . Bebekleri doğumdan 4. aya kadar poliklinik randevularına çağırılarak vücut ölçüleri takip edildi. Elde edilen veriler Mann-Whitney U, Fisher's Exact Ki-kare bağımlılık testleri kullanılarak değerlendirildi.

Annelerin PPD oranı % 22,9 olarak bulundu. PPD açısından risk altında olan annelerin risk altında olmayan annelere göre bebeklerini emzirme oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$). Riskli ve risksiz gruptaki annelerin bebeklerinin büyümeleri karşılaştırıldığında PPD' açısından riskli anne bebeklerinin 2. aydan itibaren büyümelerinin belirgin bir şekilde geri kaldığı tespit edildi. Annelerin postpartum depresyon açısından risk altında olmaları kendi yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemenin yanında bebeklerin de büyümesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Dönem, Depresyon, Anne, Emzirme, Büyüme

SUMMARY

Effects of Postpartum Depression on Breastfeeding and Infant Growth

Although pregnancy and birth seem to be a normal life event, these are more stressful for women. These emotional changes affect negatively women's life activities, their social life and individual relationships. While many women are able to cope with physiological, psychological and social changes of pregnancy, some women experience intense psychiatric syndrome. In this work, we aimed to study feeding attitudes of mothers with and without postpartum depression (PPD) and to investigate the effects of PPD on breastfeeding and infant growth.

This work was carried out at Ahmet Necdet Sezer Hospital of Afyonkarahisar Kocatepe University between 01.01.2006-30.06-2006. A total of 131 women in Ahmet Necdet Sezer Hospital of Afyonkarahisar Kocatepe University were interviewed. The questionnaire which consists of 25 questions was used, asking in detail about socio-demographic properties of infants and their mothers. During 1 and 5 months postpartum all mothers were asked to complete the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Considering the EPDS score of mothers, two groups were studied, a risk group scored ≤ 12 and a control group scored ≥ 13 . Infant weights were reported during the visit from birth to 4 months. Data were analyzed using Mann-Whitney U and Fisher's Exact Chi-Square tests.

The rate of PPD for mothers was found to be 22.9 %. Significant relationships was found between risk group and control group for feeding attitudes and breastfeeding ($p < 0.05$). When it is compared the infant growth according to PPD scores between two groups, infants of mothers in risk group have clearly poor weight gain compared with control group. So, postpartum depression affects negatively mother's life activities, social life and their relationships, and also infant growth.

Keywords: Postpartum, Depression, Mothers, Breastfeeding, Growth.

1.GİRİŞ

Gebelik ve doğum normal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın hafif yada yoğun kaygı yaşayabilir. Bir yere kadar olan bu duygu durum değişikliği, bir noktadan sonra kişinin yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkiler. Annelerin bir çoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, annelerin bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir. (1).

Doğum sonrası dönem, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü 6-8 haftalık süreci kapsar(2). Postpartum Depresyon (PPD) ise doğumdan sonraki 2. ve 3. haftadan sonra başlayıp 2 yıla kadar uzayabilen psikiyatrik değişiklikler dönemidir(1). Bu dönemde annede; bedensel yakınmalar, aşırı yorgunluk, bebek beslenmesi ve uykusuyla ilgili endişeler vardır. Aynı zamanda bebeğe şiddet uygulama ile ilgili obsesyonel düşünceler, özkıyım, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, ağır anksiyete, panik ataklar, kendiliğinden ağlamalar, iştahsızlık ve uykusuzluk gibi yakınmaları olabilir(3).

PPD gebelik öncesi psikiyatrik rahatsızlıklar geçirenler, menstürasyon dönemlerinde sınırlı gerginlik semptomları yaşayanlar, gelir düzeyi düşük ve bebeğine yeterince bakım veremediğini düşünen annelerde görülme oranının fazla olduğu bilinmektedir. PPD her yedi kadından birinde görülmesine rağmen çoğunlukla % 50' sinin teşhis edilemediği ortaya çıkmaktadır. Cox ve arkadaşları(4), PPD ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçek kullanıldığı zaman daha sağlıklı sonuçlara ulaşılacağını ortaya çıkarmışlardır. Bu düşünceden yola çıkarak toplam 10 sorudan oluşan Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği' ni (EPDS) geliştirmişlerdir. Doğum yapan tüm kadınlarda tarama aracı olarak kullanılabileceği bildirilen EDPS'nin farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda zaman içindeki duygusal değişikliklere duyarlı olduğu bildirilmiştir(1).

PPD annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olan ve anneliği çalan bir hırsız olarak adlandırılmaktadır. Anne çocuk arasındaki ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir. Annelerin

kendilerine ayıracak zamanın az oluşu, uykusuz kalmaları, ilaç kullanmaları gerektiğinde bebeğe zararlı olacağı endişesi taşımaları negatif duygu durumu yaşamalarına neden olmaktadır. (1)

Anne bebek ilişkisi, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde PPD' nin ihmal edilmemesi gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Özellikle PPD' nin önceden düşünülenin aksine daha sık görüldüğünün anlaşılması, araştırmacıların dikkatini bu alana bu alana yönelmesine neden olmuştur.

Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere PPD, sadece anne sağlığı açısından değil, bebek sağlığı açısından da oldukça önemli bir problemdir. Annenin yaşamış olduğu depresyon bebeğin büyüme ve gelişmesini tehdit altına almaktadır. Bu çalışma. Bu çalışmada, PPD açısından risk altında olan anneler ve risk altında olmayan annelerin bebeklerini besleme konusundaki tutumları ve buna paralel olarak bebek büyümesinin nasıl etkilendiğine bakılarak PPD' nin emzirme ve bebek büyümesi üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar, doğum sonrası dönemde psikiyatrik hastalıklar açısından riskli hale gelmektedir (2).

Birçok kadın gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde ağır psikolojik tablolar görülebilmektedir (1).

Post partum dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sendromların sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte konuyla ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar üç ana bölümde incelenebilir; doğum sonrası hüzün, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak (2).

Postpartum hüzün kadınların %50-80' ninde görülürken, ağlama, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişkenlik, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, bitkinlik ve kayıp duygularının yaşandığı, uykusuzlukla karakterize bir tablodur. Genellikle doğumdan sonraki 3. ve 5. günlerde ortaya çıkan ve ilaç tedavisi gerektirmeksizin 7-10 gün içerisinde kendiliğinden iyileşebilmektedir(1).

Postpartum psikoz ise genellikle tüm gebeliklerin % 0.1-0.2'sinde görüldüğü ve sonraki doğumlarda tekrarlama riskinin 1/3 olduğu bildirilmektedir. Çoğunlukla doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde başlamaktadır. Daha önce doğum sonrası psikiyatrik bozukluk yaşayan ve bipolar bozukluk öyküsü olanlarda görülme oranı yüksektir. Hastalar genellikle manik belirtiler gösterirler. Manik belirtilerin yanında ajitasyon, huzursuzluk, öforinin gözleendiği oynak duygu durumu, uyuyamama, ağlama nöbetleri ve konfüzyonu eşlik etmektedir. Tedavisinde anne sütü kesilerek antipsikotik kullanımı vardır. Fakat bu bozuklukta hastaların %10'nunda tedavi aşamasında özkıyım ve bebeğini öldürme görülebilmektedir.(2) Bu nedenle doğum sonrası psikiyatrik bozukluklardan en ağır seyredeni doğum sonrası psikoz olarak kabul edilmektedir(3).

Postpartum bozukluklardan üçüncüsü ve tanı konulması aşamasında oldukça zorlanılan, tedavi edilmesi anne, bebek ve aile sağlığı açısından oldukça önemli olan doğum sonrası bozukluk ise postpartum depresyondur(PPD) (5).

2.1.1. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklarda Tarihçe

Postpartum psikiyatrik bozukluklar ilk olarak Hipokrat zamanında doğum sonrası akıl bozuklukları olarak tanımlamıştır. Celsius ve Golden bu dönemdeki bozuklukları ayrı bir tanı grubu olarak belirlemiştir. Fransız doktor Lours Victor Morce 1858’ de doğum sonrası ruhsal bozuklukları tanımlayarak önemli tıp adamları arasına girmiştir. Morce, doğum sonrası duyuşal bozukluk belirtilerinin değişken olduğunu, sürecin remisyon ve alevlenmelerle sürdüğünü belirtmiştir. Gebelik boyunca, kadın anatomisinde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin, duyuşal bozuklukların oluşmasında etkili olduğunu ileri sürmüştür. Bunun yanı sıra 1960 yılında Pitt ilk olarak PPD’ nin diğer depresif hastalıklardan ayrı, özel bir bozukluk olduğunu ileri sürerek klinik terimini kullanmıştır. PPD’nin doğum sonrası psikozdan daha hafif şiddette ve daha kısa sürdüğünü belirtmiştir (5). Geçmişten günümüze yapılan tüm çalışmalar sonrasında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM- IV de doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar için yapılan tanımda “ doğum sonrası başlangıçlı” terimi kullanılarak diğer depresif bozukluklar ve kısa süreli psikotik bozukluklardan ayrılmıştır(6). Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırmasında ise “loğusalık bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” adı altında ayrı bir bölüm olarak alınmıştır(5,6).

2.1.2. Postpartum Depresyon

Çocuk doğurma, birkaç büyük hayat olaylarından biridir. Bu duruma paralel olarak doğum yapan kadınlarda psikiyatrik hastalanma ve depresyon görülme oranı oldukça artmıştır(2-3). Kadınlarda doğum sonu dönem olarak tanımlanan süre, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü 6-8 haftalık süreyi içermektedir. Bu süre kadında meydana gelen ilerleyici ve gerileyici değişimlerle karakterizedir. Fizyolojik olarak uterus, vajina ve diğer genital organlar gerileme sürecine girerek gebelik öncesi duruma dönerler. Diğer yandan laktasyonla birlikte annede

ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların kazanıldığı zor ve ilerleyici bir süreç yaşanmaktadır(7). Kazanılan yeni roller annede belli düzeyde stres ve kaygı yaratmaktadır. Bir yere kadar sağlıklı olan bu kaygı ve stres duygu durumu, bir noktadan sonra kişinin sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini etkilemektedir. Bu aşamadan sonra kaygı, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak görülmeye başlar(5). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, doğumdan sonra ilk 2.-3. haftalarda sinsice başlayan ve iki yıla kadar uzayabilen depresif duygu durum bozukluğu postpartum depresyon olarak tanımlanmaktadır(1-5). PPD' da anneler genelde bedensel yakınmalardan şikayetçidirler. PPD'li annelerde bebeklerini yeterince sevedikleriyle ya da beslenmeleriyle ilgili endişeleri ve bebeğe şiddet uygulamayla ilgili obsesyonel düşünceleri vardır(1). Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyon anneyi, bebeği ve aileyi olumsuz yönde etkilemektedir(1-3). Aileyi ve anne-bebek ilişkisini bu denli olumsuz olarak etkilemesine rağmen çoğunlukla tanısı konulamamaktadır. Yapılan çalışmalarda PPD görülme oranı tüm doğumların %13' ünü oluşturduğu bildirilmiştir(1-3,7). Ülkemizde Samsun ilinde, 380 anne ile yapılan bir çalışmada PPD görülme oranı % 23 olarak bulunurken(8), Manisa il merkezinde yapılan diğer bir çalışmada bu oran %19.8 olarak bulunmuştur(9). PPD oldukça sık görülmesine rağmen etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Kadının yada eşinin işsizliği, sosyal desteğin olmaması, evlilikle ilgili sorunlar, beklenmedik yaşamsal olaylar, planlanmamış gebelikler, multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi, anne sütü ile beslenme, kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri gibi faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunların yanı sıra yapılan çalışmalarda PPD' da birçok psikolojik ve fizyolojik olaylarında etkili olduğu düşünülmektedir(10).

2.1.2.1. Postpartum Depresyonda Fizyopatoloji

Postpartum dönemde, annede ani ve hızlı birçok değişiklik olmaktadır. Birçok araştırmacı PPD'nin etyolojisini araştırmak için birçok biyolojik değişkeni incelemiştir. Gebelik döneminde yükselen östrojen ve progesteron düzeylerinin doğumdan sonra aniden düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuştur. Ancak hormon düzeyleri ile duygu durum değişiklikleri arasında doğrudan bir ilişki net olarak gösterilememiştir(1, 11).

Progesteron ile ilgili yapılan çalışmalarda, progesteron ve duygu durum arasındaki ilişkinin değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. Haris ve arkadaşları (11) PPD ile tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon sağaltımının farklı olabileceği öne sürülmüştür (1).

Östrojen ve duygu durum arasındaki ilişki incelendiğinde, östrojenin merkezi sinir sisteminden dopamin geçişini etkilediği görülmüş ve doğum sonrası ani düşüşün psikoz ataklarından sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür(5). Serum kortizol düzeyine bakıldığında ise, gebeliğin son üç ayında yükseldiği ve doğum sonrası dönemde düştüğü görülmüş. Bu nedenle serum kortizol düzeyi ile psikiyatrik belirtiler arasında bir ilişkinin bulunabileceği düşünülmüştür (12).

Yapılan başka bir çalışmada ise geç başlangıçlı PPD' da tiroid bozuluklarının sorumlu olabileceği düşünülmüştür. Tiroksin düzeyleri doğumdan sonra tiroid stimüle edici hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşer. Gebelik öncesindeki değerlerin altına incek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda belirtilerin gelişmesine yol açabilmektedir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtilerin sık görülmesi bu durumu desteklemektedir (1, 12).

PPD' nun fizyopatolojisinde prolaktin, triptofan, β endorfinler, oksitosin , folat eksikliği ve bazı nörotransmitterlerin de ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (5).

PPD'nin fizyopatolojisinde genetik nedenlerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Avustralya' da her ikisi de doğum yapmış ikiz 838 kardeş ile yapılan bir çalışmada, depresif belirtilerdeki varyansın %38, depresyonun ise %25 oranında genetik etmenlele açıklanabileceği bulunmuştur (2).

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenleri de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (5).

Nicolsan' a göre çocuk sahibi olma kadın için bir kazanç olmakla birlikte, vücut imajında değişme, entelektüel yetilerde kayıp algısı, mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı değişikliklerin PPD' na neden olabileceğine dikkat çekmektedir(5). Brown' a (12)göre ise 11 yaşından önce annenin kaybı, üç yada daha fazla çocuk sahibi olma, yakın ilişkilerin olmaması ve kadının bir mesleğinin olmamasının önemli olduğunu varsaymaktadır. Aynı zamanda doğumla birlikte kadın yüklenen roller ve kadının doğumdan sonra bebeğini koşulsuz bir şekilde seveceğinin, bundan sonra hep mutlu bir şekilde yaşaması gerektiği gibi toplum içinde kalıplaşmış düşünceler vardır. Bu düşünceler kadının yaşamış olduğu duyguları ifade edememesi ile birlikte anne üzerinde dayanılmaz bir baskı oluşturmaktadır(1).

2.1.2.2. Postpartum Depresyonun Belirtileri

PPD, doğumdan sonraki 2-3 haftadan sonra olguların çoğunda ilk 6hafta içinde sinsiçe başlar, başlangıç doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilir. Klinik tablo hafif depresif duygu durumdan, melankoniye kadar değişebilir(2). Sıklıkla bedensel yakınmalar özellikle aşırı yorgunluk vardır. Hastalarda bebeklerini yeterince sevediklerini ya da bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilgili endişeler, bebeğe şiddet uygulamayla ilgili obsesyonel tarzda düşünceler, özkiyim düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor ajitasyon, ağır anksiyete, panik ataklar, kendiliğinden ağlamalar, iştahsızlık ve uykusuzluk yakınmaları olur. PPD' de dalgalı seyir ve oynak duygulanım yaygındır. Sanrılar 500 doğumda bir ve ilk doğum yapanlarda daha sık görülüp, sıklıkla yeni doğan bebekle ilişkilidir. Çoğu kadın mutlu olmaları gerekirken çökkün duygulara sahip oldukları için suçluluk yaşarlar. Belirtilerini ve bebeğe yönelik olumsuz duyguları taşımak istemezler. PPD' u doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırmak için yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin doğum sonrası normal uyum sürecinde de görülebileceği; suçluluk duyguları, bilişsel affektif belirtilerin sadece depresyonda görüldüğü belirtilmiştir(1, 2, 3).

2.1.2.3. Postpartum Depresyonda Tanı Konulması

PPD, anne, çocuk ve aile için olumsuz sağlık sonuçları nedeniyle dünya üzerindeki bir çok kadın için önemli bir sorundur (5). Cox ve ark. (4) PPD' de ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara

ulaşmasını sağlayacağı düşüncesiyle Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini (EPDS- Edinburgh Postnatal Depression Scale) geliştirmişler ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır(5). Annenin depresyon düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan, 10 maddeden oluşan ve her maddede 4 seçeneğin bulunduğu bir ölçektir. Bu 10 maddeden her birinin puanlaması farklıdır. 3-5-6-7-8-9- ve 10. sorular giderek azalan şiddet gösteririler ve puanlama 3-2-1-0 biçimindedir. Diğer yandan 1-2 ve 4. maddeler ise 0-1-2-3 biçiminde puanlandırılırlar. Ölçeğin toplam puanı bu puanların bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmiştir. Elde edilen toplam puan 12 ve altı ise normal, 13 ve üzeri ise depresif bozukluk açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir(4). EPDS' nin zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmıştır. Doğum yapan kadınlarda bir tarama aracı olarak kullanılabileceği bildirilmektedir. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996' da yapılmıştır(5).

2.1.2.4. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

PPD' nin yaygınlığını saptamak amacıyla yapılan çalışmaların bazılarının depresyonun tanısal değerlendirilmesine bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, birbirini tutmayan verilerin elde edilmesine neden olmuştur(1, 3). Affonso ve ark.(1) Postpartum dönemde ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme yapılmadan ya da sadece kendini değerlendirme ölçeklerinden elde edilen bilgilere dayanılarak yapılan değerlendirmelerin gereksiz yere depresyon tanısı konmasına ya da tedavi gerektiren ciddi durumların gözden kaçmasına neden olacağını vurgulamışlardır(1-5).

Kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılan değerlendirmelerde gebelikteki depresyon ve PPD için % 20-30' a ulaşan oranlar elde edilirken, yapılandırılmış post partum görüşme teknikleri ve tanısal ölçütler kullanıldığında bu oranın düştüğü, dönemde depresyon yaygınlığının genel popülasyonda kadınlar için saptanan orandan daha fazla olmadığı bildirilmiştir (13). Kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yöntemleriyle yapılan çalışmalarda ise gebelik dönemindeki depresyon yaygınlığı için % 9-10, PPD için %6-16, PPD'nin yaygınlığı için 10-14 arasında değişen oranlar bulunmuştur(1). Ayrıca dünyaki tüm gebeliklere bakıldığında PPD' nin görülme

sıklığı %5-15 olarak bulunurken, Japonya, Çin, ABD, Kanada, Avrupa, İsrail, Türkiye gibi karşıt kültür ve topluluklarda da benzer oranlar tespit edilmiştir(5).

2.1.2.5. Postpartum Depresyonda Tedavi

PPD yaygın bir bozukluk olmasına rağmen halen farmakolojik ya da farmakoloji dışı tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır(1). Tedaviye yaklaşımda birinci ilke diğer organik nedenlerle ayırıcı tanının yapılmasıdır. Sheehann sendromu, Hipotiroidizm vb...). Diğer önemle üzerinde durulması gereken nokta, anne bebek ilişkisi açısından risk oluşturduğundan erken tanı koymak ve hızlı bir şekilde tedaviye başlamaktır. Erken tanı koyulmazsa belirtiler kronikleşerek tedaviye dirençli hale gelebilir. Riskli görülen annelerden ayrıntılı öykü alınması ve fiziksel değerlendirme yapılması doğru tanıya yol gösterici olacaktır(1, 2, 3).

Kadında PPD tanısı konulunca; bireysel psikoterapi ya da aile terapisi, farmakolojik tedavi ve sosyal servislerin desteğinden yararlanılabilir. Aynı zamanda planlanmamış gebelikler ya da işsizlik gibi risk etkenleri aile planlaması yöntemleri ve iş olanaklarının sağlanması ile azaltılabilir. Hastalara farmakolojik tedavide, tedavinin fayda ve zararları eşler ile birlikte ayrıntılı bir şekilde konuşulmalıdır. Tüm psikiyatrik ilaçların süte geçebileceği bu nedenle anne sütünün kesilmesi gerekebileceği hastalar ile tartışılmamalıdır. Ayrıca önceden doğum sonrası duygu durum bozukluğu yaşayan annelerde, önceden kullandığı ilacın seçilmesinin daha uygun olduğu yapılan çalışmalarda dikkat çekmektedir. Hastaların bir kısmında antidepresan kullanmaksızın yaşamış oldukları durumun tedavi edilebilen ruhsal bir rahatsızlığa bağlı olduğunu açıklamak bile hasta ve ailesini rahatlatmaktadır. Ayrıca hasta ve ailesini, bebeğin bakımı, sosyal destek kaynakları gibi konularda bilgilendirme, bilişsel yapılandırma, eğitim, evlilik danışmanlığı, destek, aile terapisi, yeni annelik durumunun sosyal yönden kabulü diğer farmakoloji dışı tedavide etkili olduğu yönünde bilgiler mevcuttur(1,2,3,5).

2.1.2.6. Postpartum Depresyonlu Anne Bebeği

DSD saptanan kadınların bebeklerinin bilişsel ve duygusal gelişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği günümüzce yapılan çalışmalarla ortaya konmuş bir gerçektir(5). Yapılan araştırmalar annedeki depresyonun, bebek üzerinde önemli etki yaptığı üzerine durmaktadır. Depresyonlu annelerin, beslenme esnasında bebeklerin

yüzüne daha kısa süre baktıkları ve daha az olumlu tutum gösterdikleri, annelik becerilerinin ve bebeğe karşı olan sorumluluklarının zayıfladığı görülmektedir. Bebeklerin ise bilişsel ve heyecansal yönden zayıflık ve pasiflik gösterdikleri; bebeklerdeki görülen bu davranışın ise annenin çökkün duygulanımını ve annelikte kendini etkisiz olarak algılamasını şiddetlendirdiği belirtilmiştir(3). Ayrıca çocukların yaratıcı oyunlar yerine basit fiziksel oyunları seçtiği, oyunda diğer çocuklardan gelen sosyal girişimlere olumsuz yanıt verdiği belirlenmiştir. DSD'nin çocukların uyum yeteneği üzerine olumsuz etkiler yaptığı bilinmekle birlikte, genel popülasyonda saptanan davranış çeşitliliği göz önüne alındığında bu etkilerin boyutlarının oldukça küçük olduğu da unutulmamalıdır (5).

2.2. Bebek Büyümesi

Büyümenin izlenmesi sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla standart büyüme eğrilerinde değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp çocukta kalıcı etkiler yapmadan ve daha ekonomik olarak önlenmesi amaçlanarak yapılmaktadır. Beslenme bozukluğunun erken dönemleri anne-babanın hatta hekimin gözünden kaçabilmektedir. Fark edildiği zaman ise bebekler de malnütrisyona kalıcı komplikasyonları oluşmuş olabilmektedir (14). Bu nedenle büyümenin izlenmesi sadece malnütrisyona saptamak için değil, büyümedeki duraklamaları fark etmek için de yapılmaktadır. Büyüme duraklaması gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanan sağlık problemidir(15). “Büyümenin izlenmesi (Growth Monitoring) UNISEF’in dünya çocuklarına yaşam sloganı olan” GOBİ-FFF’ in en başında yer almaktadır (14, 16).

Büyüme değerlendirilmede en sık kullanılan antropometrik ölçümler vücut ağırlığı, boy uzunluğu-yüksekliği, baş çevresi, üst-orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı ve vücut kısımlarının birbirlerine oranıdır (15, 16).

Yeni doğan bir bebeğin vücut ağırlığına bakıldığında ortalama olarak 3200 gramdır. Doğumu takiben ilk günlerde vücut sıvısının azalmasına bağlı olarak ağırlığının %5-6'sını kaybederler. Bu duruma fizyolojik ağırlık kaybı denir. Bebek 10-14 günlük olduğunda doğum ağırlığını yeniden kazanır(14). Bundan sonraki dönemlerde vücut ağırlığı; ilk üç ayda 30 gram/gün, 3-6. ayda 20 gram/gün, 6-9. ayda 15 gram/gün, 9-12. aylar arasında 12 gram/gün artar. Böylece 4-5 aylık bir bebek doğum ağırlığının iki katına, bir yaşında üç katına, iki yaşında ise dört katına

ulaşır(14).

Boy uzunluğu ise yeni doğan bir bebekte ortalama 50 cm' dir. Bebeğin boyu ilk üç ayda ortalama 8 cm (3.5 cm/ay), ikinci üç ayda 8 cm (2 cm/ay), üçüncü üç ayda 4 cm (1.5 cm/ay), dördüncü üç ayda ise (1.2 cm/ay) artar. Böylelikle bir yaşında bebeğin boyu doğum boyunun 1.5 katına ulaşmış olur(p14). Boy çok yavaş değişiklik gösteren bir parametridir. Yetersiz beslenme ve akut enfeksiyon geçirilmesi gibi değişikliklere duyarlı değildir. Kronik hastalık ve malnütrisyonnun boyu etkilemesi için en az altı aylık bir süre geçmesi gerekmektedir (14, 15).

Bebeklerde baş büyümesi ise santral sinir sisteminin büyümesini gösteren bir parametredir. Doğumda 35 cm olan baş çevresi, ilk iki ayda ortalama 2cm/ay (0.5 cm/hafta), 2- 6. aylarda 1cm/ay (0.25 cm/ay), 6- 12. aylarda 0.5 cm/ay, 1- 3 yaşları arasında0.25 cm/ay artar. Sonuç olarak ilk üç ayda 5cm, ikinci üçüncü ayda 3- 4 cm, üçüncü üç ayda 2cm, dördüncü üç ayda 1cm artarak 1 cm artarak 1 yaşında bir çocukta baş çevresi 46 cm olur (14, 15).

Çocuklarda büyümenin yeterliliği, benzer yaş ve cinsteki diğerleri ile karşılaştırılması ve büyüme parametreleri arasında uyum ve zaman içinde büyüme parametrelerinin tutarlılığı ile belirlenir. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ulaşılan büyümenin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır. Ulaşılan büyümenin değerlendirilmesinde üç yaklaşım söz konusudur; persentiller, median yüzdesi ve standart sapma skoru olmak üzere. Büyümenin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yaklaşım persentiller ve standart sapma skorudur(14).

Persentiller, büyümenin aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların persentil eğrileri ile karşılaştırılır. Çocuğun antropometrik ölçümleri büyüme eğrisinde bulunduğu persentile göre değerlendirilir. Daha önce büyüme parametreleri bulunmayan çocukta üç persentilin altındaki bir ağırlık araştırmayı gerektirir. Tek bir ölçümün değerlendirilmesi ile sadece malnütrisyon vakaları tespit edilebilir. Büyüme duraklaması olan vakalar gözden kaçır. Sadece o andaki büyüme parametrelerine dayanarak çocuğun büyümesinin yeterliliği hakkında yorumlar yapmak hatalıdır(14).

Büyüme değerlendirilmesinin diğer yönü çocuğun büyüme parametreleri arasındaki ilişkinin gözlenmesini içerir. Çoğu bireyde ağırlık, boy, ve baş çevresi persentilleri arasında genel uyum gözlenir. Yetersiz beslenme süresi ve şiddetine bağlı olarak lineer büyüme ve baş çevresi etkilenebilir. Büyüme parametrelerinin

persentilleri arasında majör farklılıklar çeşitli spesifik büyüme problemlerini akla getirir. Ağırlığın boya göre iki majör persentil düşük olması büyüme değerlendirilmesinde kaygı duyulması gereken bir durumdur (14, 16).

Standart sapma skoru ise antropometrik ölçümlerin referans ortanca değerden sapmaları standart deviasyon skoru (SDS) veya başka bir deyişle "z skor" şeklinde değerlendirilmektedir. Bu yöntemle antropometrik ölçümün bulunduğu referans dağılımı görülmektedir. Sınır değerler olarak + 2SD ve -2SD alınmaktadır. İki SD'nin altı büyüme geriliği olarak değerlendirilir. Hesaplama referans grubun SD değerlerinin bulunduğu bir tabloya ihtiyaç duyması ve hesaplamanın zaman alması nedeni ile kullanımı pratik değildir (14, 17).

2.2.1. Büyüme Hızına Göre Büyümenin Değerlendirilmesi

Çocuğun büyümesinin ayrıntılı değerlendirilmesinde en önemli durum, büyüme eğrisinin zaman içindeki seyridir. Seri ölçümler, fizik büyümenin verilen birey için normal ilerleyip ilerlemediğini göstermektedirler. Burada çocuk kendisi ile karşılaştırılmaktadır. Büyümenin izlenmesi programlarında değerlendirme büyüme hızına göre yapılmaktadır (14).

Çoğu çocuk genetik olarak belirlenmiş persentili takip ettiği için daha önce stabil olan büyüme eğrisinden önemli sapmalar kaygıya yol açmalıdır. Değerlendirme aşağıdaki şekilde yapılır; (14,16)

- Belli bir zaman içinde kilo, boy ve baş çevresinde artma incelenir. Büyüme duraklaması demek için takip dönemi içinde kilo alım hızında yavaşlama olması gerekmektedir (örneğin; 6. ayda 6 kg olan bir çocuğun 8. ayda da 6 kg tartılması) (14).

- Herhangi bir zaman dilimi içinde bulunduğu persentili koruması istenir. Büyüme duraklaması demek için bulunduğu persentilden 2 majör persentil düşme olması gerekmektedir (örneğin; 75p'den 25p'e veya 50p'den 10p'ye düşüş). Sadece tek ölçümle değerlendirilen ve 50 persentilde bulunan bir çocuk, o andaki büyümenin değerlendirilmesi ile ideal kiloda iken büyüme hızına göre izlemde daha önceki ölçümü 90 persentil olup büyüme duraklaması tanısı alabilir. Böylece büyüme duraklamasının tedavisi erkenden verilerek çocuğun malnütrisyona girmesi önlenir (14).

Büyümesi izlenen bir çocuğun izleminde, her iki kontrolünde de kilo alması yoksa bu tıpkı ateş veya karın ağrısında olduğu gibi bir belirti olarak kabul edilmeli ve mutlaka nedeni bulunarak düzeltilmelidir. Ağırlığın sürekli azalıp çoğalması da araştırılması gereken bir durumdur (14, 16).

Sağlıklı bir büyüme takibi yapılması için sadece ölçümlerin yapılması yeterli değildir. Aynı zamanda yapılan bu ölçümlerin kaydedilmesi ve persentil değerlerine bakılarak yorumlanması gerekmektedir. Çünkü zaman içerisinde yapılan ölçümlerde bir sorun saptanmayan çocuklarda ilerleyen yaşlarda büyüme ile ilgili bir sorun yaşandığında, yapılan bu ölçümler ve yorumlar referans olarak kullanılabilir (17).

2.2.2. Büyüme İzlemi Programı

Büyüme İzleminin her çocuk için gerekliliğinin anne ve her sağlık personeline anlatılması ve toplumda duyarlılığın sağlanması gerekmektedir. Düzenli aralıklarla rutin ölçümlerin yapılması, çocuklarda büyüme sorununun erken evrede saptanabilmesi, yeterli zaman olduğu için sorunun çözümlenebilme şansının olması yönünden önemlidir. Sadece ölçüm yapmak ve bu ölçümleri persentil eğrilerine işaretlemek yeterli değildir, ek olarak büyümenin yorumlanması da gerekir. Rutin ölçümlerde bir sorun saptanmayan çocuklarda da rutin izleme ve ölçümlerin kaydedilmesi bir referans oluşturması açısından önemlidir. İleride büyüme ile ilgili bir risk belirdiğinde bu kayıtlar yeni ölçümlerin yorumlanmasında referans olarak kullanılır(40).

2.2.3. Büyümenin İzlenmesinde Kullanılan Standartlar Ve Kartlar

Büyüme değerlendirilmesinde ilk gereksinim, karşılaştırma için temel oluşturabilecek standartlara sahip olunmasıdır. Bu standartlar büyüme dönemindeki yaş dağılımı içinde yer alan ve normal kabul edilen geniş bir toplulukta ölçümlerin dağılımını, büyüme persentil eğrileri olarak gösterir. Büyüme eğrileri çan eğrisi biçimindedir ve normal dağılıma uymaktadır. Eğrideki her çizgi, benzer toplulukta o çizginin altında kalan erkek ya da kız çocukların yüzdesini gösterir. Normal dağılım içinde yüz vakadan en alttan üçüncü değer olduğu yere 3 persentil, 97.sinin olduğu yere 97 persentil denir. En sık 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97. persentiller kullanılır. Normal

ve normal olmayan arasında ayırım yapabilecek özel bir persentil çizgisi yoktur. Bu nedenle 25 p'deki çocuk da sağlıklıdır, 10 p'deki çocuk da sağlıklıdır(14, 16).

2.2.4. Büyümede Anne Sütünün Önemi

Bebeğin beslenmesi emzirme ile başlar. Anne sütü ile bebeklerin ilk ve vazgeçilmez besin kaynağıdır(29). Beslenme konusunda bebekler için en iyi ve ideal gıda anne sütüdür(42).

Günümüzde anne sütünün vazgeçilmezliği tüm dünyaca benimsenmiştir. Bebek beslenmesi çocukların sağlık durumunu belirleyen bir gösterge olup, çocukluk döneminde görülebilen ölüm riskini etkilemektedir. Anne sütü yaşamın ilk aylarında bebeğin ihtiyacı olan tüm besinleri içerdiğinden emzirmenin bebek beslenmesindeki önemi büyüktür(38)

Anne sütü düşük doğum ağırlıklı, prematüre ya da normal doğum ağırlığındaki bebeklerin en üst düzeyde büyüme ve gelişmelerini sağlayacak özelliindedir. İlk 3-4 ay anne sütü alan bebekler, anne sütü almayan bebeklere oranla 10-15 kat yaşama şansına sahiptirler. Her yıl altı milyon çocuğun yaşamı anne sütü sayesinde kurtulmaktadır.(42)

Tüm bebekler doğumdan sonra 4-6 aya kadar sadece emzirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de bebeklerin iki yaşına kadar emzirmelerini önermektedir. Çünkü anne sütünün içeriği ve miktarı sabit olmayıp bebeğin yaşına ve fizyolojik durumuna göre değişiklik gösterir(44, 45).

Doğum yapmış kadınların % 96-99 gibi büyük bir bölümünün bebekleri için yeterli süt salgılama yeteneğine sahip oldukları yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konmuştur. Günümüzde böyle bir bilgi herkes tarafından biliniyor olmasına rağmen, annede postpartum dönemde gelişebilecek psikiyatrik rahatsızlıklar, yanlış inanç ve tutumlar pek çok bebeğin anne sütünden yoksun olarak büyümektedir. Bu durum özellikle eğitim ve yaşam düzeyinin düşük olduğu toplumlarda yüksek bebek ölüm oranlarına, yaşayanlarda beslenme bozukluklarına ve hastalıklara yol açmaktadır(46)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma doğum sonrası depresyonun, annelerin emzirme yeteneği ve bebek büyümesi üzerine olan etkisinin araştırılması için yapılmış prospektif bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi kadın doğum ve hastalıkları, yenidoğan yoğunbakım ve pediatri servisinde yapılmıştır.

Bu çalışma Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi' inde yapılabilmesi için kurum izni ve Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı alınarak yürütülmüştür. Çalışma 01.01.2006-30.06.2006 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın katılımcıları 01.01.2006-30.06.2006 tarihleri arasında doğum yapmak için hastaneye başvuran ve canlı doğum yaparak taburcu olan anne ve bebeğinden oluşmaktadır. Aynı zamanda bebeği tedavi olmak amacıyla yenidoğan yoğun bakım ve pediatri servise yatırılan, beslenme problemi olmaksızın taburcu olan bebeklerin anneleri de katılarak, gönüllülük esasına göre, araştırma toplam 131 katılımcı ile yürütülmüştür.

Araştırmaya alınacak katılımcılarda, beslenme ile ilgili sorun oluşturabilecek; Respiratuar Distres Sendromu (RDS), Hipoksik İskemik Ensefalopati, kongenital kalp hastalıkları olan bebeklerin anneleri alınmamıştır. Aynı zamanda 34 haftanın altında gestasyon yaşı olan bebeklerin anneleri ve anket sorularını yanıtlamada mental yetersizliği olan anneler de araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri anketleri, araştırmacı tarafından konuyla ilişkili kaynaklardan yararlanılarak hazırlanan iki anket formu ve bir tane depresyon ölçeğinden oluşmaktadır.. Birinci formda hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için hazırlanmış (yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi vb.)toplam 20 adet sorudan oluşmaktadır. Ayrıca bu 20 adet soru içerisinde annelerin gebelikten doğuma kadar olan; daha önceki gebelik öyküsü, bu gebeliğinde kaç kez kontrol

olduğu, nasıl bir kurumdan yardım aldığı ve ne şekilde doğum yaptığı gibi gebelik öyküsünü inceleyen sorular da bulunmaktadır. İkinci form ise bebeklerin doğumdan itibaren beslenmelerinin ve vücut ölçülerinin 4. aya kadar takip edilebilmesi amaçlanarak hazırlanmış bebeğe ait anket formudur.

Üçüncü olarak, annedeki depresyonun varlığını ve derecesini belirlemek için kullanılan, 10 maddeden oluşan EPDS kullanılmıştır. EPDS' nin ilk olarak ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1996 da Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 10 maddeden oluşan EPDS hastalardaki duygu durum değişikliğini ölçebilecek nitelikte olup, her maddenin kendi içerisinde puanlandırılması farklıdır. 3-5-6-7-8-9 ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3-2-1-0 biçimindedir. Diğer yandan 1-2 ve 4. maddeler ise 0-1-2-3 biçiminde puanlandırılırlar.

Ölçeğin toplam puanı bu maddedeki puanların toplanması ile elde edilmektedir. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta PPD açısından risksiz grup, 13 ve üstünde ise PPD açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir.

Türkiye' de yapılan diğer çalışmalarda da bu kesme puanı 12-13 olarak belirlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda doğum eyleminin başlaması ve doğumun gerçekleşmesi sürecinde yaşanan stres durumu, kadının yeni kazandığı kimliğe uyum sürecinde zorluklar oluşturabilmektedir. Bu nedenle hastalardaki kendine güven ve sorunlarla baş etmedeki yeterliliklerini değerlendirmek üzere kurulan EPDS' de doğumdan sonra yapıldığında yanılmalara neden olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında 1. ayda uygulanan EPDS puanı daha anlamlı olmaktadır. Bu nedenle EPDS, 1. ayda da tekrarlanmış ve 1. ayda yapılan EPDS puanları kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Hastaneye doğum yapmak için başvuran anneler, doğumdan sonra ilk 5. günde hasta odasında, birebir görüşmeler yapılarak, çalışma hakkında bilgiler verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere gönüllü olur formu imzalatılarak EPDS uygulandı. Bebeklerin doğum boy, baş çevresi, vücut ağırlıkları ve beslenme özellikleri kaydedildi.

. Katılımcı anneler doğumdan sonraki 1., 2., 3., ve 4. ay da bebeklerin boy, baş çevreleri, vücut ağırlıklarını ölçmek ve beslenme şeklinin değerlendirilmesi için polikliniğe gelmeleri gerektiği konusunda bilgi verildi.

Polikliniğe gelen annelere doğumdan sonra 1. aylarında duygu durumlarındaki değişimleri tespit etmek amaçlı 2. kez EPDS uygulandı. Bebekler ise, aynı kişi tarafından, bütün kıyafetleri çıkartılarak çıplak bir şekilde bebek tartısına yatırılarak ölçüldü. Aynı zamanda bebekler aynı boy ve baş çevresi ölçer aletini kullanılarak supine pozisyonunda, düz bir zeminde boy uzunluğu ve baş çevreleri de ölçüldü.

Katımcı annelere 1. aydan itibaren 4. aya kadar bebeklerin vücut ölçülerinin ve beslenme şekillerinin takip edileceği, bu takiplerin ise Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi pediatri polikliniğinde yapılacağı hakkında bilgilendirilip, katılımcı annelere poliklinik randevusu verildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler; iki grup karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, kategorik verilerde Fisher's Exact Ki-kare bağımlılık testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Aynı zamanda $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik özellikleri, bebeklerin vücut ölçülerindeki değişimler ve beslenme şekillerinin aylara göre dağılımları istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Yapılan anket sonuçlarına göre çalışmada; araştırmaya katılan annelerin %77.1'inin EDPS puanları 12 ve altında olup PPD açısından risksiz grup olarak kabul edilmiştir. EDPS puanları 13 ve üzerinde olan yani PPD açısından riskli grup olarak kabul edilen anneler, tüm kadınların %22,9'unu oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. EPDS Puan Dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde (%)	p
EPDS 12 ve↓ olanlar (Risksiz Grup)	101	77,1	>0,05
EPDS 13 ve↑ olanlar (Riskli Grup)	30	22,9	>0,05

Tablo4. 2. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Risksiz grupta sayı (n)	Risksiz grupta yüzde%	Riskli grupta sayı (n)	Riskli grupta yüzde%	Toplam sayı (n)	Toplam yüzde %	p
Annelerde yaş dağılımı							>0.05
20 ve ↓	18	17,8	4	13,3	22	16,8	
21-25	43	42,6	13	43,3	56	42,7	
26-30	23	22,8	6	20	29	22,1	
31 ve ↑	17	16,8	7	23,3	24	18,3	
Toplam	101	100	30	100	131	100	
Annelerde Eğitim düzeyleri							>0.05
Okur-yazar değil+ilkokul	58	57,4	18	60	76	58	
Ortaöğretim	16	15,8	6	20	22	16,8	
Lise ve üstü	27	26,7	6	20	33	25,2	
Toplam	101	100	30	100	131	100	
Annelerde çalışma durumu							>0.05
Çalışıyor	16	15,8	4	13,3	20	15,3	
Çalışmıyor	85	84,2	26	86,7	111	84,7	
Toplam	101	100	30	100	131	100	
Annelerde gelir düzeyi							>0.05
Asgari ücret	46	45,5	11	36,7	57	43,5	
500-1000 YTL	30	29,7	12	40	42	32,1	
1000 YTL ↑	25	24,8	7	23,3	32	24,4	
Toplam	101	100	30	100	131	100	

Çalışmaya katılan annelerin yaş grupları ile EPDS puan dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Risksiz gruptaki kadınların %17.8'ini 20 yaş ve daha küçük, %42.6'sını 21-25 yaş, %22.8'ini 26-30 yaş ve %16.8'ini ise 31 yaş ve üzerindeki kadınlardan oluşmaktadır. Riskli grup incelendiğinde annelerin %13.3'ünü 20 yaş ve altı, 43.3'ünü 21-25 yaş arası, %20'sini 26-30 yaş arası ve %23.3'ünü ise 31 yaş ve üzerindeki kadınlardan oluşmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte riskli grupta 31 yaş ve üstü grubunda bulunma oranı yüksek bulunmuştur.($p>0.05$)

Çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri ve EPDS puan dağılımlarına bakıldığında, eğitim düzeyi ilkokul ve okur yazar olamayan annelerde depresyon görülme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Risksiz gruptaki annelerin %57.4' okur-yazar değil yada ilkokul, %15.8'i ortaokul ve % 26.7'si ise lise ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. Riskli gruptaki annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında, annelerin, %60'ı okur-yazar değil yada ilkokul mezunu, %20'si ortaokul mezunu ve % 20 ise lise ve üstü eğitim seviyesinde çıkmıştır.

Annelerin çalışma durumları ve EPDS puanları arasında ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Risksiz gruptaki annelerin, % 15.8' i çalışıyor, % 84.2'si çalışmıyor. Diğer depresyon açısından riskli grup olarak kabul edilen grupta ise annelerin % 13.3 çalışmaz iken, annelerin %86.7' si çalışmaktadır. ($p>0.05$)

Annelerin gelir düzeyleri ile EPDS puan dağılımları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.($p>0.05$).

Tablo4. 3. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri

	Risksiz grupta sayı (n)	Risksiz grupta yüzde %	Riskli grupta sayı (n)	Riskli grupta yüzde %	Toplam sayı (n)	Toplam yüzde %	p
Bebeklerin Doğum Kilosu(gr)							
1500 gr↑	100	99	29	96,7	129	98,5	>0.05
1500 gr↓	1	1	1	3,3	2	1,5	
Toplam	101	100	30	100	131	100	
Bebeklerin Cinsiyeti							
Kız	37	36,6	11	36,7	48	36,6	>0.05
Erkek	64	63,4	19	63,3	83	63,4	
Toplam	101	100	30	100	131	100	
Bebeklerin Doğum Şekilleri							
Normal	35	34,7	9	30	44	33,6	>0.05
Sezeryan	66	65,3	21	70	87	66,4	
Toplam	101	100	30	100	131	100	

Tablo 4.2. ye bakıldığında araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarına göre depresyon puanları verilmiştir. Riskli grupta risksiz grup arasında doğum ağırlığına göre bir bağımlılığın olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin, gruplara göre cinsiyet dağılımlarına bakıldığında, her iki grupta da kız ve erkek bebekler aynı oranlarda bulunmaktadır. İstatistiksel olarak EPDS ile bebeğin cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Risksiz gruptaki % annelerin 36.6'sı kız bebek sahibi olurken, %63.4'ü erkek bebeğe sahiptirler. Riskli grup bu açıdan değerlendirildiğinde annelerin %36.7'si kız bebek sahibi olurken %63.3'ü erkek bebek sahibi olmuştur

Annelerin doğum yapma şekillerine göre EPDS puan dağılımlarına bakıldığında kadınların normal doğum yapan kadınların %34.7 si risksiz grupta yer alırken, %30' u ise depresyonlu grupta yer almaktadır. Müdahaleli /zor doğum yapan kadınların ise %65.3'ü risksiz grupta yer alırken, kadınların % 70'i riskli grupta yer almaktadır.

İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde EPDS ile doğumun gerçekleşme şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Bebeklerde Vücut Ağırlığı Değişimi

Bebeklerde vücut ağırlığı (gr)	Risksiz grupta kilo ortalaması	Riskli grupta kilo ortalaması	p
Doğumda	3210±501	3200±691	>0.05
1. ayda	4300±745	4325±863	>0.05
2. ayda	5300±816	5100±877	>0.05
3. ayda	6100±853	5850±906	>0.05
4. ayda	7000±849	6675±807	>0.05

Araştırmaya katılan bebeklerin Tablo 4.3.' te doğum kiloları verilmiştir. Risksiz gruptaki kilo ortalaması 3210±501 gr olarak bulunurken, riskli grup incelendiğinde doğumdaki kilo ortalaması 3200±691 gr olarak bulunmuştur. Gruplar arasında vücut ağırlığı dağılımı açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0.05$)

Bebekler kilo alımı açısından bir ay sonrasında değerlendirildiklerinde; risksiz gruptaki bebeklerin vücut ağırlığı ortalaması 4300±745 gr olarak bulunurken, riskli olan gruptaki bebeklerin vücut ağırlığı ortalaması incelendiğinde 4325±863 gr olarak bulunmuştur. Gruplar arasında birinci ayda vücut ağırlığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Araştırmaya katılan gruplar ikinci aylarındaki vücut ağırlıkları açısından karşılaştırıldıklarında risksiz gruptaki bebeklerin kilo ortalaması 5300±816 gr olarak bulunurken, riskli grubun ikinci aydaki, kilo ortalaması 5100±877 gr olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında ikinci aydaki kilo alımları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($p>0.05$) İstatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte 2. ayda risksiz grupta vücut ağırlığı daha yüksek görülmektedir.

Gruplar kilo alımı açısından üçüncü aydaki kontrollerinde risksiz grubun vücut ağırlığı ortalaması 6100±853 olarak bulunurken, riskli grupta bu ortalama 5850±906 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. ($p>0.05$) İstatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte 3. ayda risksiz grupta vücut ağırlığı daha yüksek görülmektedir.

Gruplar vücut ağırlığı açısından dördüncü aylarında değerlendirildiklerinde; risksiz gruptaki bebeklerin vücut ağırlığı ortalaması 7000 ± 849 gr olarak bulunurken, riskli grup vücut ağırlığı açısından incelendiğinde ortalaması 6675 ± 807 gr olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dördüncü ayda risksiz grupta vücut ağırlığı daha yüksek olarak gözükmemektedir. ($p>0.05$)

Tablo 4.5. Bebeklerin Boyları

Bebeklerde boy uzaması (cm)	Risksiz grupta boy ortalaması	Riskli grupta boy ortalaması	P
Doğumda	$50\pm 2,415$	$50\pm 2,867$	>0.05
1. ayda boy	$53\pm 2,824$	$53\pm 3,354$	>0.05
2. ayda boy	$57\pm 3,140$	$57\pm 3,408$	>0.05
3. ayda boy	$60\pm 3,051$	$60\pm 2,955$	>0.05
4. ayda boy	$63\pm 2,757$	$62,5\pm 4,822$	>0.05

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin doğumdaki boy ölçüleri açısından değerlendirildiklerinde risksiz gruptaki bebeklerin boy ortalaması $50\pm 2,415$ cm olarak kabul edilirken, riskli gruptaki bebeklerinde boy ortalamaları da $50\pm 2,867$ cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında doğumda boy açısından anlamlı farklılık görülmemektedir. ($p>0.05$)

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin bir ay sonraki kontrollerinde bebeklerin boy uzaması açısından değerlendirildiklerinde; risksiz gruptaki bebeklerin boy ortalamaları $53\pm 2,824$ cm olarak bulunurken, riskli olan grup incelendiğinde bebeklerin boy ortalaması da $53\pm 3,354$ cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında birinci ayda boy uzaması açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0.05$)

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin, ikinci aydaki kontrollerinde boy uzaması açısından incelendiklerinde; risksiz gruptaki boy ortalaması $57\pm 3,140$ cm olarak bulunurken, riskli gruptaki kontrollerdeki boy ortalaması da $57\pm 3,408$ cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ikinci ayda boy uzaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin, üçüncü ay kontrollerinde boy uzaması açısından değerlendirildiklerinde risksiz gruptaki boy ortalaması $60\pm 3,051$ cm olarak bulunmuştur. Riskli grup incelendiğinde boy ortalaması onlarda da

60±2,955 cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir.(p>0.05)

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin, dördüncü aydaki boy uzaması açısından yapılan kontrollerinde risksiz gruptaki bebeklerin boy ortalaması 63±2,757 cm olarak bulunurken, riskli gruptaki bebeklerin boy ortalaması 62.5±4,822 cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.(p>0.05)

Tablo 4.6. Bebeklerin Baş Çevresi

Bebeklerde Baş çevresi (cm)	Risksiz grupta baş çevresi ortalaması	Riskli grupta baş çevresi ortalaması	P
Doğumda	34,45±1,725	34,43±2,212	>0.05
1.ayda	37±1,801	37±2,153	>0.05
2. ayda	38,5±1,666	39±2,164	>0.05
3. ayda	40±1,480	40±2,003	>0.05
4. ayda	41,5±1,552	41,75±1,966	>0.05

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin doğumdaki baş çevreleri açısından incelendiklerinde; risksiz gruptaki baş çevresi ortalaması 34,45±1,725 cm olarak bulunurken, riskli grupta da bu değer 34,43±2,212 cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında doğumda baş çevresi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.(p>0.05)

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin baş çevresi açısından birinci aylarında yapılan kontrollerinde; risksiz gruptaki baş çevresi ortalaması 37±1,801 cm olarak bulunurken, riskli gruba bakıldığında baş çevresi ortalaması 37 ±2,153 cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında birinci ayda baş çevresi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0.05)

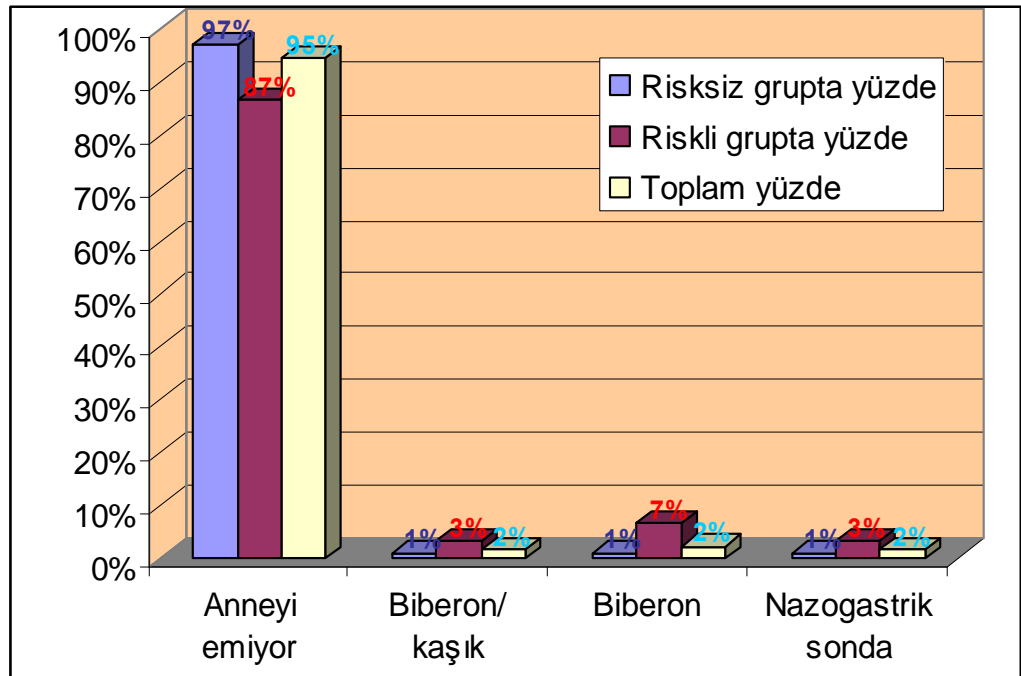
Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin ikinci aylarındaki baş çevresi kontrollerine bakıldığında; risksiz grubun baş çevresi ortalaması 38,5±1,666 cm olarak bulunurken, riskli grubun baş çevresi ortalaması 39±2,164 cm olarak

bulunmuştur. Gruplar arasında baş çevresi açısından ikinci aylarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan annelerin bebekleri üçüncü ayda baş çevresi açısından değerlendirildiklerinde risksiz gruptaki baş çevresi ortalaması $40\pm 1,480$ cm olarak bulunmuştur. Riskli grup incelendiğinde baş çevresi ortalaması $40\pm 2,003$ cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında üçüncü ayda anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin dördüncü aylarındaki baş çevresi kontrollerine bakıldığında; risksiz grubun baş çevresi ortalaması $41,5\pm 1,552$ cm olarak bulunurken, riskli grubun baş çevresi ortalaması $41,75\pm 1,966$ cm olarak bulunmuştur. Gruplar arasında baş çevresi açısından dördüncü aylarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

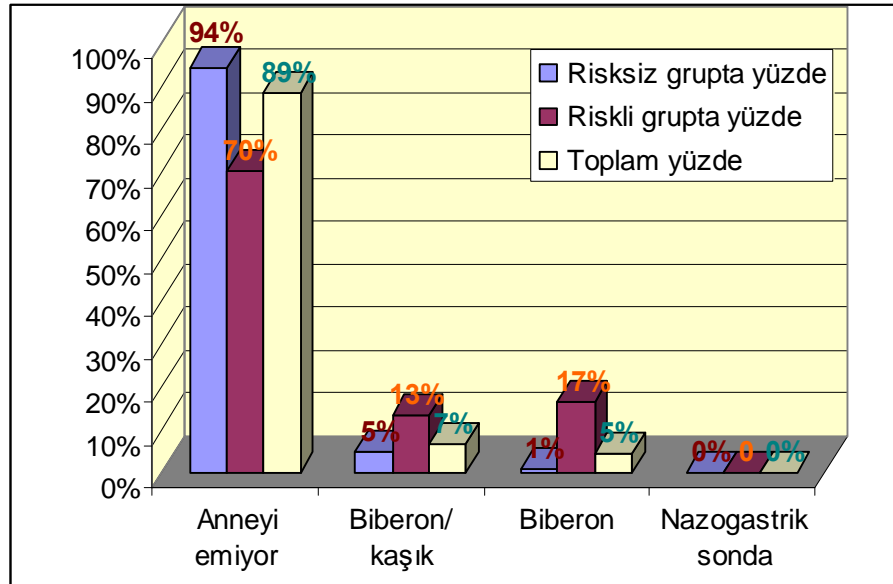
Grafik 4.1. Bebeklerin Doğumda Beslenme Şekillerinin Dağılımı



Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin doğumdan sonraki beslenme şekillerine bakıldığında risksiz grupta anne emerek beslenme % 97, biberonla/kaşık

beslenme %1, NG ile beslenme %1 ve biberonla beslenme oranı ise %1 olarak bulunmuştur. Riskli grup incelendiğinde bebeklerin %86.7 sinin anneyi emerek, %3.3'ünün biberon/kaşık ile, %3.3'ünün NG sonda ile, %6.7'sinin ise sadece biberon ile beslendi bulunmuştur. Anneyi emmenin haricinde kullanılan beslenme yöntemlerinde, beslenme içeriği olarak formül mama kullanılmıştır. İstatistiksel olarak doğumda riskli gruptakiler anne sütü dışında diğer(biberon, kaşık, NG vb.)beslenme oranı risksiz gruba göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0.05$).

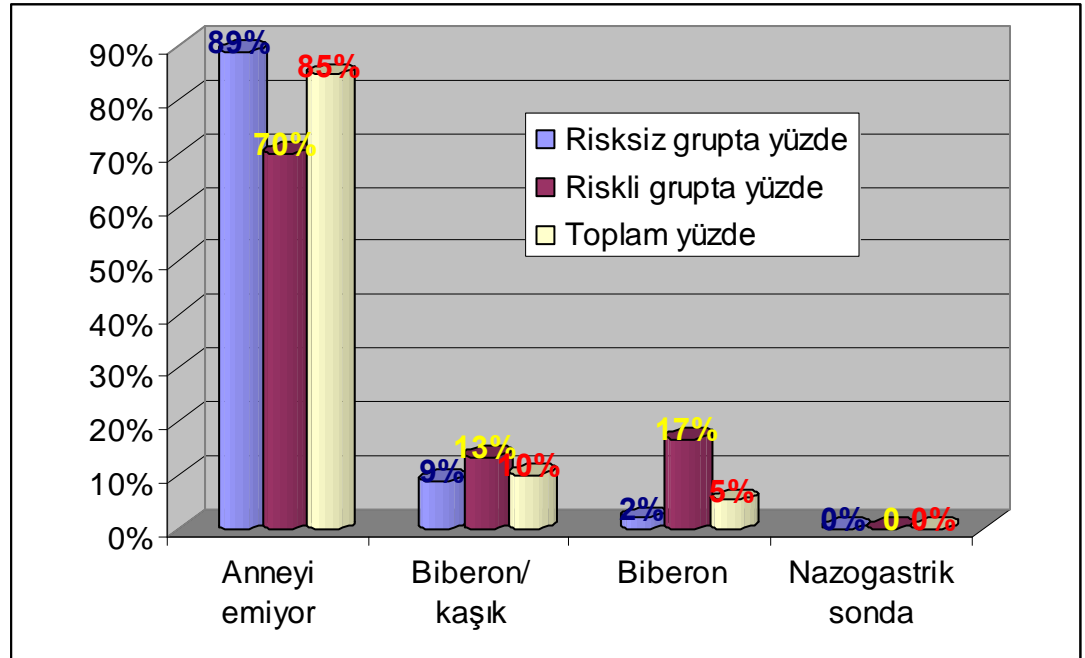
Grafik 4.2. Bebeklerin Birinci Ayda Beslenme Şekillerinin Dağılımı



Birinci ay kontrollerinde bebeklerin besleme şekillerine ve içeriklerine bakıldığında; risksiz grupta bebeklerin %94.1'inin anneyi emerek, %5'inin biberon/kaşık, %1' lik bir kısmının ise sadece biberon ile beslendikleri bulunmuştur. Riskli olan gruptaki bebeklerin beslenmeleri incelendiğinde bebeklerin %70'i anneyi emerek, %13.3'ü biberon/kaşık, %16.7'sinin ise sadece biberon ile beslendikleri görülmüştür.

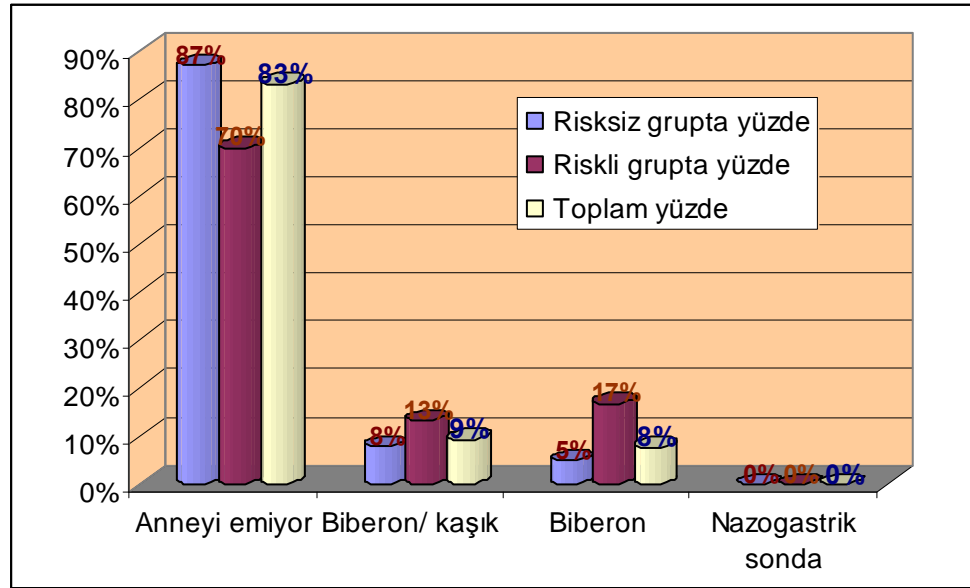
İstatistiksel olarak değerlendirildiklerinde birinci ayda riskli gruptaki bebeklerin anne sütü dışında diğer şekilde ve içerikte beslenme oranı anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. ($p<0.05$)

Grafik 4.3. Bebeklerin birinci ayda beslenme şekillerinin dağılımı



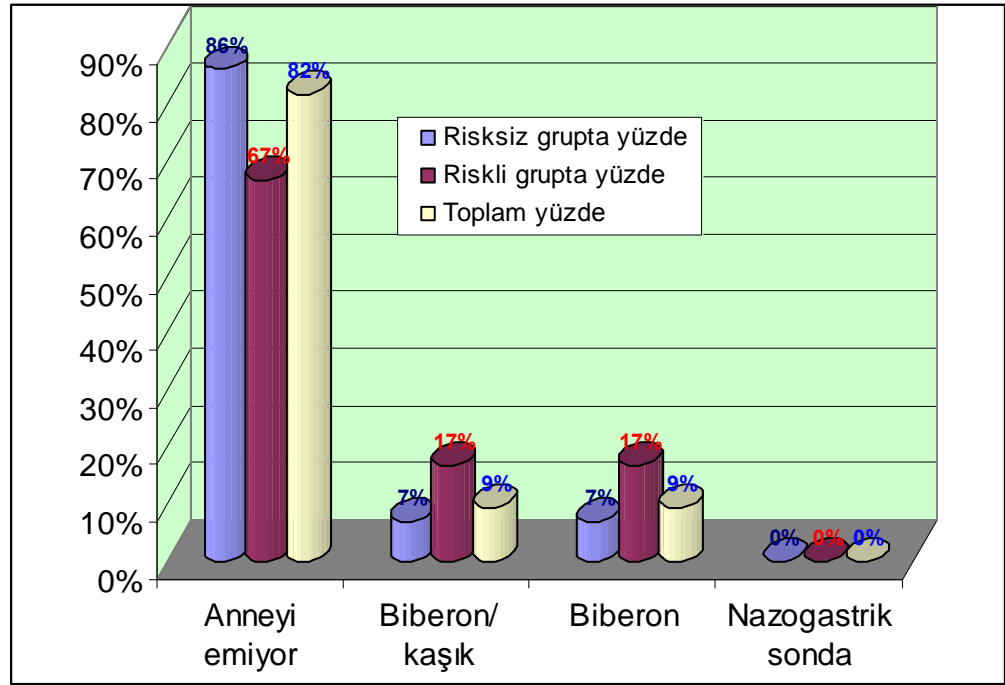
Bebeklerin ikinci ay kontrollerinde beslenmeleri değerlendirildiğinde risksiz gruptaki annelerin bebekleri %89.1'i yalnızca anneyi emerek, %8.9'ü biberon/kaşık, %2'lik bir kısmının ise biberonla beslendiği görülmüştür. Riskli grupta olan annelerin bebeklerinin beslenmeleri incelendiğinde bebeklerin %70'inin anneyi emerek, %13.3'ünün biberon/kaşık ile, %16.7'sinin ise biberon ile beslendiği görülmüştür. İkinci ayda riskli gruptaki bebeklerin anne sütü dışında diğer şekilde ve içerikte beslenme oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$)

Grafik 4.4. Bebeklerin Üçüncü Ayda Besleme Şeklerinin Dağılımı



Bebeklerin üçüncü aydaki beslenme kontrollerinde risksiz gruptaki annelerin bebeklerinin %87.1'inin anneyi emerek, %7.9'unun biberon/kaşık ile %5'inin ise biberon yardımıyla beslendiği bulunmuştur. Riskli grupta olan annelerin bebeklerinin beslenmeleri kontrol edildiğinde bebeklerin %70'inin anneyi emerek, %13.3'ünün biberon/kaşık, %16.7'sinin ise biberon ile beslendiği bulunmuştur. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde riskli gruptaki bebeklerin anne sütü dışında diğer şekilde ve içerikte beslenme oranı anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur.($p>0.05$)

Grafik 4.5. Bebeklerin Dördüncü Ayda Beslenme Şekillerinin Dağılımı



Bebeklerin dördüncü ay kontrollerinde risksiz gruptaki annelerin bebeklerinin %86.1'i anneyi emerek, %6.9'u biberon/kaşık ile, %12.9'u ise biberon ile beslendikleri bulunmuştur. Riskli olan grupta olan annelerin bebeklerinin beslenmelerine bakıldığında bebeklerin %66.7'sinin yalnızca anneyi emerek, %16.7'sinin biberon/kaşık, %16.7'sinin ise biberon yardımıyla beslendiği bulunmuştur. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde riskli grupta olan bebeklerin anne sütü dışında diğer şekilde ve içerikte beslenme oranı anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. ($p > 0.05$)

5.TARTIŞMA

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir(26). Doğum öncesinde ve sonrasında meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir(27). Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (1).

Çocuk doğurmak, birkaç büyük hayat olaylarından biridir (3). Birçok anne, bebeğin doğumundan sonra neşe ve mutluluk duyması gerekirken, ebeveyn olma becerisinin işleve konması ile birlikte kendini stres yaratan bir durum içerisinde bulmaktadırlar. Özellikle ilk kez ebeveyn olma bir kriz olayıdır. Bu nedenle ebeveynliğe geçiş süreci anne-bebek ve aile sağlığı açısından üzerinde durulması gereken oldukça önemli bir konudur(5).

Annede yaşanan depresyonun, bebek üzerinde önemli olumsuz etkiler bıraktığı yapılan birçok çalışma ile ortaya konuştur(5-14). Anneliği çalan bir hırsız olarak da değerlendirilen PPD, annenin bebeğe olan bakım becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. PPD' lu annelerin, bebeklerini besleme sırasında, yüzüne daha kısa süre baktıkları ve emzirme konusunda daha olumsuz tutum sergiledikleri gözlenmiştir. Bunlardan yola çıkılarak yapılan araştırmalarda, PPD' li annelerin bebeklerine karşı sorumluluklarının ve bebek bakımı konusunda becerilerinin daha zayıf olduğu düşünülmektedir(14,29).

Yenidoğanın beslenmesi ile ilgili kaynaklar incelendiğinde, bebeklerin ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütü ile beslenmeleri önerilmektedir. Bunun sağlanması için anne, bebek ve aile bir bütün olarak ele alınarak kadının ve diğer aile üyelerinin ebeveynliğe geçiş sürecinde yaşadıkları stresin bir kriz olayına dönüşmesi engellenmelidir.

Bu çalışmada, doğum sonrası dönemde, PPD açısından risk altında olan anneler ve risk altında olamayan annelerin bebeklerini besleme konusundaki

tutumları ve buna paralel olarak bebek büyümesinin nasıl etkilendiği araştırılmıştır. Çalışmada annelerin EPDS puanlarından yola çıkılarak bebeklerin doğumdan itibaren 4. aya kadar nasıl bir yöntemle beslendiği (anne emerek, biberon-kaşık, biberon , nazogastrik gibi) ve içeriğinin ne olduğuna bakılarak bebek büyümeleri üzerinde odaklanılmıştır. Bebeklerin büyümeleri, vücut ölçülerine (boy, baş çevresi ,vücut ağırlığı) bakılarak değerlendirilmiştir.

Sorias' ın (30) Türkiye' de stres verici yaşam olaylarının etkilerini araştırdığı çalışmada, stres verici 116 yaşam olayı arasında 'doğum yapma' yedinci sırada yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Asıl stresin kaynağı, hamilelik ve doğum sonrasında anneliğe alan adaptasyonun olduğu belirtilmiştir (5). Bu duruma paralel olarak doğum sonrası dönemde kadınlarda psikiyatrik hastalıklar görülme oranının iki kat arttığı sonucuna ulaşılmıştır(31).

PPD postpartum dönemde görülen psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde en sık görülenidir. PPD farklı nedenleri olabilen, sosyokültürel özelliklerden etkilenebilen ve görülme oranı oldukça değişken olan bir sağlık sorunudur (32). PPD' nin görülme oranını belirlemek amaçlı yapılan bir çok çalışmada, bazılarının tanısal değerlendirilmesinde, bazılarının da depresyon belirtilerinin ölçümüne dayanması, değerlendirmenin doğumdan sonra farklı zamanlarda yapılması prevalans değerlerinin farklı olmasına neden olmuştur (31,32). Yapılan birçok çalışmada prevalans % 5,5- % 45 arasında değişmektedir(5). Mersin il merkezinde PPD sıklığını araştırılması ile ilgili yapılan bir çalışmada, doğum sonrası 0-2 ayda PPD sıklığı % 29 olarak bulunmuştur(33). Ekuklu ve ark.(32) Edirne merkez ilçede yaptıkları çalışmada PPD sıklığını % 36 olarak bulmuşlardır. Sunter ve ark (8) Samsun il merkezinde yaptıkları bir çalışmada 13 ve üzeri EPDS puanı alan kadınların %23,1 olarak saptamışlardır. Danacı ve ark. ((9) Manisa il merkezinde yaptıkları PPD' nun prevalansı ile ilgili bir çalışmada bu oranı % 14 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada ise EPDS' den 13 puan ve üzerinde alanlar PPD açısından riskli olarak kabul edilmiştir ve bu oran % 22.9 olarak bulunmuştur. Çalışmada EPDS' den 13 ve üzerinde puan alan kadınların oranının % 22,9 olması literatürde belirtilen sınırlar içerisinde yer alarak çalışmamızı desteklemektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sonuçların farklı şekilde elde edilmesi, yapıldığı bölgelerin farklı kültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir(34). Aynı zamanda ülkemizin batısında ve doğusunda depresyon görülme oranının farklı olmasında, doğumdan sonra anne ve bebeğe verilen hediyeler, annenin ruhsal durumunu destekleyen gelenek ve göreneklerinde etkili olduğu düşünülmektedir(35).

Gebelik ve doğumun psikolojik olarak sağlıklı bir kadında bile ruhsal bozuklukların gelişmesine neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra beklenmeyen bir erken doğum ve bebeğin doğum ağırlığının normal sınırların altında olması anneye ilave bir stres yüklemektedir. Yapılan bir çalışmada, bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olması, bu bebeklerin annelerinde saptanan depresyon insidansının dikkat çekecek ölçüde yüksek olduğu yönündedir(19). Çalışmamızda ise düşük doğum ağırlıklı bebeklerin tüm çalışma grubuna oranı % 1,5 olduğu için, bebeklerin kiloları ve annede görülen depresyon arasında bir ilişki değerlendirilememiştir.

Manisa il merkezinde yapılan diğer bir çalışmada bebeklerin cinsiyetlerine göre annelerde depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır(9). Bu çalışmada ise her iki grup arasında ,bebeklerin cinsiyetlerinin dağılımları ve EPDS puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Doğum şekli ile EPDS puan dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde konuyla ilgili farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Sünter ve ark. (8) normal vaginal yolla doğum yapmanın doğum sonrası dönemde depresyon görülme oranını 2,2 oranında arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmaya paralel olarak Türkistanlı ve ark. (20) İzmir’ de yaptıkları bir çalışmada, normal doğum yapmış kadınlarda, sezeryan ile doğum yapmış kadınlara oranla depresyon görülme riskinin arttığını bulmuşlardır. Fakat yapılan bazı çalışmalar da ise ulaşılan bu sonuçların aksine sezeryan ile doğum yapan kadınlarda, normal vaginal yolla doğum yapan kadınlara oranla depresyon görülme oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır(21,37). Çalışmamızda ise kadınların doğum yapma şekillerine göre depresyon dağılımlarına bakıldığında normal doğum yapan kadınların %34.7 si risksiz grupta yer alırken, %30’ u ise riskli grupta yer almaktadır. Sezeryan ile doğum yapan kadınların ise %65.3’ü risksiz grupta yer alırken, kadınların % 70’i riskli grupta yer

almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre doğum şekli ile doğum sonrası depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte literatürdeki bilgi ile de benzeşmektedir.

Çalışmamızda annelerin dahil oldukları yaş grupları ile doğum sonrası depresyon görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmanın büyük bir çoğunluğunu % 42,6'lık bir oranla 21-25 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Ekuklu ve ark.(32) yapmış olduğu bir çalışmada doğum sonrası depresyon görülen annelerin yaş ortalamasının doğum sonrası depresyon görülmeyen annelere oranla daha küçük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Dünder(22) ise yetişkin annelerde yaptığı bir çalışmada annenin yaşı ilerledikçe PPD' de görülme oranının arttığını ortaya koyan çalışmalarda vardır. Her iki çalışmada da farklı sonuçlara ulaşılsa da anne yaşının küçük olmasının PPD' nun görülme riskini arttırdığını ortaya koyan birçok çalışma vardır (36). Çalışmamızda ise 31 yaş üstünde kadınlarda ise depresyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında risksiz gruptaki lise ve üstü eğitim düzeyine sahip annelerin EPDS puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim düzeyi okur yazar değil ve ilköğretim olan annelerde ise EPDS puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadınların eğitimi, sosyal statüyü artırarak, zorluklarla başa çıkma veya kendini ifade etmede önemli bir yere sahip olduğunu düşünmekteyiz. Dünder (22) çalışmasında annenin öğrenim düzeyinin yükselmesinin PPD oranını düşürdüğünü ifade etmiştir. Aynı zamanda öğrenim düzeyinin PPD üzerine herhangi bir etkisi olmadığını ortaya koyan çalışmalarda vardır (5).

Atasoy ve ark. (21) doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeylerinin incelendiği çalışmalarında çalışan annelerde, çalışmayan nelere oranla depresyonun 2,44 kat daha fazla görüldüğü sonucunu bulmuşlardır. Çalışmamızda ise riskli gruptaki çalışan anne oranı % 86,7 bulunurken, bu oran risksiz grupta da %84,2 olarak bulunmuştur. Kadınların çalışma durumlarına göre EPDS puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda kadınların sahip oldukları gelir düzeyleri ile EPDS puanları arasında anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır. Fakat Dünder ve ark.(22) Manisa il merkezinde yapmış oldukları bir çalışmada gelir düzeyi iyi olarak belirlenen

kadınlarda depresyon görülme oranı % 26,9 olarak bulunurken, gelir düzeyi kötü olan kadınlarda bu oran % 58 olarak bulunmuştur. Yine Gülseren ve ark. (1) yaptıkları çalışmalarında düşük gelir düzeyine sahip olan kadınların EPDS puanlarının, gelir düzeyi yüksek olan annelere göre daha yüksek belirlemişlerdir.

Büyümenin duraklaması gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanan sağlık problemlerinden biridir(14,16). Bebeklerde kilo alımı, literatürde büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli parametrelerden biri olarak kabul edilmektedir(38). İngilterede 2 yaş altı çocuklarda annedeki depresyon ve bebek büyümesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, yaşamın ilk iki yılı boyunca büyüme geriliği olan çocukların annelerinde, normal gelişimlerini tamamlayan çocukların annelerine oranla PPD' nin çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (39). Bizim çalışmamızda ise doğumdan sonraki ilk birinci aylarda, bebeklerin kilo alımlarında, her iki grup arasında bir fark görülmemiştir. Fakat bebeklerde yaşamın 2. ayında itibaren her iki grup arasında kilo alımlarında farklar olduğu gözlemlendi. Risksiz gruptaki bebeklerin, riskli grupta olan bebeklere oranla daha fazla kilo aldıkları bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada bebek büyümesi için yaşamın ilk 6 ayında en güzel besinin anne sütü olduğu bildirilmiştir (40). Fakat bizim çalışmamızda elde edilen verilere dayanılarak, annedeki PPD'nin annenin bebek bakımı konusundaki yeteneklerini etkilediğinden dolayı emzirme konusunda annelerin becerileri azalmakta ve süttten kesmeye kadar gidebildiği sonucuna varılmıştır(14).

Büyümenin değerlendirilmesinde ikinci önemli parametrelerden biride boy uzunluğudur(41). Yaşamın ilk aylarından, 11 yaşına kadar büyüme ve gelişme açısından takip edilen İngiliz çocuklarında annedeki PPD ile bebek büyümesi açısından anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. 11 yıllık bir çalışmanın sonunda anne sütü ile beslenme ve emzirmenin bebekteki boy uzunluğu ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur(14). Bizim çalışmamızda ise bebeklerdeki boy uzaması takiplerinde ilk dört ay boyunca anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bebeklerin boy ortalamaları riskli grupta ve risksiz grupta normal değerler içerisinde ve aynı olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız ile yapılan diğer çalışma da ulaşılan sonuçların farklı olmasının yaşanan kültürlerin farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çünkü bizim kültürümüzde kadınlar kendilerini, doğumdan sonra bebeklerine

adayacakları ve hep mutlu olmaları konusunda güdülendikleri için, yaşamış oldukları negatif duygularını yansıtamamaktadırlar. Bu nedenle annenin ve bebeğinin uzun dönemde yaşayacağı problemler bizim çalışmamızda değerlendirilememektedir. Elbette ki mutlu olan anneler, bebeklerine karşı bakım konusunda ve emzirmede daha başarılı olacaklardır.

Çalışmamızda büyümenin değerlendirilmesi için, bebeklerin ilk dört ay boyunca baş çevreleri takip edilmiştir. Yapılan ölçümlerde bebeklerin baş çevresi değişimi açısından riskli grup ile risksiz grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bebeklerin baş çevreleri riskli ve risksiz grupta aynı ortalamada bulunmuştur.

Kusursuz bir büyümenin sağlanabilmesi için, ilk yapılması gereken anne sütü ile emzirmenin korunması, desteklenmesi ve yaygınlaştırılmasıdır(42). Anne sütü ile emzirme, sağlıklı beslenmenin üç temel ögesini oluşturan yiyeceği, sağlığı ve bakımı kusursuz bir biçimde kaynaştırmaktadır(43).

Yapılan araştırmalar ülkemizde, doğumdan sonra ilk aylarda bebeğın yalnızca anne sütü ile beslendiğini göstermektedir(42). Ülkemizde genel emzirme oranı % 95 olarak bulunurken, ilk iki gün içerisinde emzirmeye başlama oranı % 84,8 olarak bulunmuştur. Fakat emzirme konusundaki ayrıntılara bakıldığında, 0-3 aylık bebeklerdeki emzirme oranının % 10,4 olduğu görülmektedir(44). Yapılan diğer çalışmalarda PPD anneliği çalan bir hırsız olarak adlandırılmaktadır.(23) Bizde yaptığımız çalışmada gördük ki riskli grupta doğumdan itibaren emzirme oranı % 70 olarak bulunurken, risksiz grupta bu oran % 97 olarak bulunmaktadır. Doğumdan itibaren 4. aya kadar diğer (biberon-kaşık, biberon, nazogastrik) yöntemlerin kullanılma oranını ise risksiz guruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ise yapılan diğer çalışmalar ile örtüşmektedir.

Ayrıca anne sütü bebekler için fiziksel ve psikolojik gelişimi için en iyi besin olduğunu kanıtlayan birçok çalışma vardır(42, 44, 45) Ancak, ortaya konulan bu bilimsel gerçeğe karşın, anneler birçok nedene bağlı olarak anneler bebeklerini kendileri besleme konusunda ikna edilememektedirler.(38). Yaşamış olduğumuz bu gerçek karşısında, son zamanlarda araştırmacıların dikkati postpartum dönemde annenin gereksinimlerin karşılanması ile bir bağlantının bulunabilme ihtimalini araştırmaktadırlar. Yapılan bir çok araştırma sonrasında varılan gerçek şudur ki PPD nin annelerin emzirme yeteneği üzerine negatif bir etkisi bulunmaktadır. (1)

Bebek büyümesi ise gerek psikolojik ihtiyaçların karşılanması, gerekse bebeğin fiziksel yönden ihtiyacı olan besinleri barındırması yönüyle anne sütü ile beslenme ile doğrudan etkilenmektedir(48,49).

Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve bir çok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, doğum sonrası depresyonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (8,9,47). PPD' nun saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (50).

PPD' deki annelerin kendileri ve bebeklerine karşı besledikleri özkıyım düşünceleri, annelik rolünün kazanılmasını, emzirmenin devamlılığını ve annenin kendine olan özgüven duysunun yıkılmasına neden olmaktadır.(46,47) Bu çalışmada ise PPD' li annelerin bebeklerini emzirmeleri ve bebeğin birebir bakımı konusunda kendilerine olan güvenin azaldığı düşünülmektedir(48). Bebeğinin beslendiğinden, uykusundan, sağlığının yerinde olmadığından dolayı sürekli endişe içerisinde olan PPD'li anne bir süre sonra kendi öz bakımını da yerine getirememektedir(49).

Annenin yaşamış olduğu bu durum, bebeği ve diğer aile bireylerini de olumsuz yönde etkiliyor olmasından dolayı, bu hastalığın tanınması oldukça önemlidir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesinde uygulanan postpartum depresyonun annelerin emzirme yeteneği üzerine olan etkisi ve bebek büyümesinin bu durumdan nasıl etkilendiğini belirlemek için yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Yapılan anket sonuçlarına göre çalışmaya katılan annelerin % 77.1' inin EPDS puanlarının 12 ve altında ve % 22,9'luk kısmının ise EPDS puanlarının 13 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada PPD görülme oranı % 22.9 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin % 99' u doğum ağırlığı olarak 1500 gramın üzerinde bulunmuş olup, istatistiksel olarak riskli grupla risksiz grup arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında, kız bebeklerin % 36,6' sı risksiz grupta yer alırken % 36,7' si ise riskli grupta yer almaktadır. Erkek bebeklere bakıldığında bebeklerin % 63,4 ünün risksiz grupta yer alırken, % 63,3' ünün ise riskli grupta yer aldığı gözükmektedir. İstatistiksel olarak bakıldığında EPDS puanları üzerine olan etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Annelerin doğum yapma şekillerine bakıldığında risksiz grupta olan annelerin % 34,7 si normal vaginal yolla doğum yaparken, % 65,3' ünün ise sezeryan ile doğum yaptığı bulunmuştur. Riskli gruptaki annelerin de % 30' u normal vajinal yolla doğum yaparken % 70' inin sezeryan ile doğum yaptığı bulunmuştur. İstatistiksel olarak yapılan değerlendirmede EPDS puanı ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin yaş dağılımlarına bakıldığında % 16,8'i 20 yaş ve altında, % 42,7' sinin 21- 25 yaş arasında, % 22,1' sinin 26-30 yaş arasında, % 18,3' ünün ise 31 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak bakıldığında 31 yaş üzerinde olan kadınlarda EPDS puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Annelerde eğitim düzeylerine bakıldığında % 58' inin okuryazar değil ve ilkokul mezunu oldukları, % 16,8' inin ise ortaokul, % 25,2' sinin ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak yapılan

değerlendirmesinde okuryazar olamayan ve ilkokul mezunu annelerde DSD görülme oranı yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin% 15,3' ünün çalışan anne, % 84,7 sinin ise çalışmayan anne olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin gelir düzeylerine bakıldığında % 43,5' inin asgari ücret, % 32,1'inin 500-1000 YTL arasında ve %24,4'ünün ise 1000 YTL' nin üzerinde gelir düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.

Annelerin EPDS puanlarına bakılarak yapılan gruplandırmada doğumdan sonra 4. aya kadar yapılan, bebeklerin kilo takiplerinde, ilk birinci ayda her iki grup arasında bebeklerin kilo alımları bakımından bir fark olmadığı bulunmuştur. Fakat bebeklerin ikinci aydan itibaren risksiz gruptaki bebeklerin, riskli gruptaki bebeklere oranla daha fazla kilo aldıkları bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin boy uzaması açısından değerlendirildiklerinde riskli gruptaki annelerin bebekleri ile risksiz gruptaki annelerin bebekleri arasında boy uzaması açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin baş çevreleri açısından değerlendirildiklerinde riskli gruptaki annelerin bebekleri ile risksiz gruptaki annelerin bebekleri arasında baş çevresi açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan annelerin bebeklerini besleme şekilleri açısından bakıldığında risksiz gruptaki annelerin bebeklerini% 95-% 87 arasında anne sütü ile emzirerek besledikleri bulunmuştur. Riskli gruptaki annelerin ise bebeklerini % 86,7 ile % 66,7 oranında anne sütü ile emzirerek besledikleri bulunmuştur. Riskli gruptaki annelerin, risksiz gruptaki annelere oranla diğer beslenme şekillerini tercih etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6.2.Öneriler

İnsan yaşamında her yeni doğan bebek, geleceğin güvencesidir. Geleceğin sağlıklı olarak şekillenmesi, gelişme kapasitesinin en üst düzeye ulaşabilmesi için; uygun çevre ve barınma koşullarında, yeterli ve dengeli beslenerek büyümesi ve uygun eğitim alması gereklidir. İnsanın büyüme gelişmesi, özellikle doğumu izleyen ilk 18 aylık dönemde çok hızlı olduğundan, bebek ve küçük çocukların beslenme durumu, çocuğun daha sonraki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından büyük önem taşır. Bu nedenle emzirme, kadın sağlığı ve bebek büyümesi açısından oldukça önemli bir yere sahiptir.

Tüm anne adaylarına ve eşlerine eğitim programları düzenlenerek doğumdan sonra yaşanabilecek duygusal değişimler konusunda bilgiler verilmesi.

Ailelere verilecek olan bu eğitimlerin bütün sağlık kurumlarında bir danışmalık hizmeti olarak benimsenmesi ve ulaşılabilecek hedef kitlenin büyütülmesi.

Bütün sağlık çalışanlarına PPD konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenerek doğum sonrası dönem de hastalara bir bütünlük içerisinde hizmet verilmesinin sağlanması.

Özellikle bütün sağlık kuruluşlarında emzirme süresi ve önemi konusunda bilgiler sağlayacak eğitim programları ve yazılı eğitim materyalleri artırılmalı.

Tüm sağlık kuruluşlarında özellikle gebe takibi yapılan Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde PPD' nun psikiyatrik bir bozukluk olduğunu anlatan poster ve afişlerin hazırlanması.

7.KAYNAKLAR

- 1- Gülseren L.(1999) Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* **10(2)**, 58-67.
- 2- Gülşen G. (2001) Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar
- 3- Aşkın R. (1999) Depresyon El Kitabı (2. Baskı), Roche Mühtazarları, Konya.
- 4- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., (et al)(1987) Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry*, **150**, 782-86
- 5- Uyar S. (2005) Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması.(Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 6- Amerikan psikiyatri birliği(1998) mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı DSM-IV (Dördüncü baskı). (çev.ed: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 7- Mucuk S., Güler N. (2002) Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **11(1)**, 21-30.
- 8- Sünter A. T., Güz H., Ordulu F.(ve ark.) (2002)Samsun İl merkezin doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri, 8. ulusal halk sağlığı kongresi kitabı. 855-58
- 9- Danacı A.E., Dinç G., Deveci A. (ve ark.) (2000) Manisa il Merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* **11(3)**, 2004-211
- 10- Kara B.,Çakmaklı P., Nacak E. (ve ark.) (2001) Doğum sonrası depresyon. *Sted Dergisi*.
- 11- Haris B., Jonsh S., Fung H.(et al.) (1989) The hormonal environment of post natal depression. *Br J Psychiatry*.
- 12- Kızılkaya N.,(1999) Annelerin erken loğusalık dönemindeki iğlilerinin belirlenmesi. *Perinataloji dergisi* **4(4)**,245-248
- 13- Copper P.J., Murray L. (1997) Prediction, detection and treatment of postnatal depression . *Achives of disease in childhood*.
- 14- Yalçın S. (2003) Büyümenin izlenmesi. *Katkı dergisi* **25(1)**, 43-61.

- 15- Galler J., Harrison R., Ramsey F., (et al). (2006) Postpartum feeding attitudes, maternal depression, and breastfeeding in Barbados. *Infant Behav Dev* **29**, 189-203.
- 16- Çavuşoğlu H. (2001) Çocuk sağlığı ve hemşireliği, Bizim bürobasımevi, Ankara
- 17- Döner B. (2004)Bebek ve çocuklarda büyümesi ve beslenmesi antropometrik ölçümlerle büyümenin değerlendirilmesi.
- 18- Gülseren L., Erol A., Gülseren Ş. (ve ark.) (2003) doğum sonrası depresyonun yaygınlığı ve psikososyal risk etmenleriyle ilişkisi, 39. Ulusal psikiyatri, kongresi
- 19- Güra A., Çığ H.Ö., Ongun H. (ve ark). (2004) Postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi* **4(3)**, 168-172.
- 20- Türkistanlı E. Ç., Pektaş İ., Dikici İ.(ve ark.) İzmir ili Bornava ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi, İzmir, VIII.Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı, 858-61, Diyarbakır.
- 21- Atasoy N., Bayar Ü., Sade H. (ve ark.). (2003) Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *39. Ulusal Psikiyatri Kongresi*.
- 22- Dündar P.E. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve kadınların durumu raporu 158-168.
- 23- Beck C.T. (2001) Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *JOGNN* **31(4)**, 394-402.
- 24- Thome M., Alder E., Ramel A. (2006) A population-based study of exclusive breastfeeding in Iceland women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stres? *Int J Nurs Stud* **43**, 11-20.
- 25- Dennis L.C. (2004) Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord* **78(2)**, 163-69.
- 26- Yüksel N. (2000) Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi, Çizgi Yayınevi, Ankara.
- 27- Evcimen Y., Sudak D. (2003) Postpartum Depression. *Psychiatry Upd* **10**, 210-16

- 28- Sarandöl A. (2003) Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar. *Obstetrik Ve Jinekoloji Dergisi*
- 29- Şahinöz S. (2002) GAP Bölgesinde çocuk beslenmesi. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Cilt 1, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 30- Sorias S. (1982) Hasta ve normalde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması (Doçentlik tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi).
- 31- Teng H., Hsu C., Shih S.(2005) Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Compr Psychiatry* **46**, 261-65.
- 32- Ekuklu G., Tokuç B., Eskiocak M.(ve ark.)(2002)Edirne Merkez ilçede Doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler.
- 33- Budaycı R., Şaşmaz T., Öner S., (2005) Mersinde doğum sonu depresyonsıklığı saha çalışması. *Journal of Womens*
- 34- Engindeniz A.N., Küey I., Kültür S. (1997) Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilikve güvenirlik çalışması bahar sempozyumları 1. el kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52.
- 35- Saruhan A., Ünsal Ş. (2003) Kürtajda suçluluk. *Hemşirelik forumu* **6(3)**,19-27.
- 36- Kırılı S.(1999) , Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 8.105-104
- 37- Vural G., Akkuzu G. (1999) Normal vajinal yolla doğum yapan annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **3(1)**, 33-37.
- 38- Arslan S. (2001) Temel yenidoğan sağlığı ve temel yenidoğan bakımı. In: Kurul (haz.) *1. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. Baran Ofset, Ankara
- 39- Groer W., Davis W. (2002) Postpartum Stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *JOGNN* **31**, 411-16.
- 40- Etiler N., Velipaşaoğlu S.Çocukluk döneminde beslenmenin değerlendirilmesi: Birinci basamakta antropometrinin kullanımı.
- 41- Stein A., Gath D.,H.Bucher J.(et al) (1991) The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry* **158**,46-52
- 42- Bayram F. (2006)Postpartum dönemdeki annelerin anne sütünün önemihakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi(Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- 43- Onyango A., Receveur O., Esrey S. (2002) The contribution of breast milk to toddler diets in western Kenya. *WHO* **80**, 292-99.
- 44- Savaşer S, (2002) Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- 45- Merdol T.K., Başoğlu S., Örer N. (1999) Anne sütü, insan sütü. Beslenme ve Diyetetik açıklamalı sözlük (2. baskı). Hatipoğlu Basım Yayın, Ankara.
- 46- UNICEF Türkiye Temsilciliği, Sağlık Bakanlığı, İÜ. (1992) Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler Maya Matbaacılı, Ankara.
- 47- Cüceoğlu D.(1999) İnsan ve davranışı, Remzi kitabevi, İstanbul
- 48- Tezel A.(2006) Postpartum depresyonda ebe ve hemşirelerin sorumlulukları (Atatürk üniversitesi Erzurum sağlık yüksek okulu hemşirelik bölümü).cilt 1(441) sayı 1
- 49- ABM Protocols. (2001) Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother.
- 50- Ayvaz S., Hocoğlu Ç., Tiryaki A. (ve ark.). (2006) Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* **17(4)**, 243-51.

EKLER**EK1: EDİNBEUGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda verilmiş olan maddeler sizin son bir hafta içerisindeki yaşamış olduğunuz duyguları öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçiniz.

Son 7 gündür;

1. O Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum
 - Artık pek o kadar değil
 - Artık kesinlikle okadar değil
 - Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum
 - Her zaman olduğu kadar
 - Her zamankinden biraz daha az
 - Her zamankinden kesinlikle daha az
 - Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı yada endişeli hissediyorum
- Hayır hiçbir zaman
 - Çok seyrek
 - Evet, bazen
 - Evet, çoğu zaman
5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor yad panikliyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Hayır, çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor
- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - Evet, bazen eskisi gibi baş çıkamıyorum
 - Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
 - Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. Öylesine mutsuzumki uyumakta zorlanıyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzumki ağlıyorum

OEvet, çoğu zaman

OEvet, oldukça sık

OÇok seyrek

OHayır asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu

OEvet, oldukça sık

OBazen

OHemen hemen hiç

OAsla

EK 2: ANKET FORMU

**DOĞUM SONU DEPRESYONUN ANNELERİN BEBEKLERİNİ
EMZİRMELERİ VE BEBEKLERİN BÜYÜME GELİŞMELERİ ÜZERİNE
ETKİSİ ARAŞTIRMASI DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

A- SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

Adınız-Soyadınız :

Ev telefonunuz:

GSM:

Adresiniz:

Yaşınız :

 20 ve daha küçük 21-25 yaş 26-30 yaş 31-35 yaş 36-40 yaş 41-45 yaş 46 ve daha büyük

Medeni haliniz:

 Evli Henüz evlenmemiş Eşi ölmüş Eşinden ayrılmış

Eğitim durumunuz:

 Okuma yazma bilmiyor Lise mezunu İlkokul mezunu Lisans mezunu Ortaokul mezunu Lisan üstü eğitim

Mesleğiniz :

 Ev hanımı Memur Serbest meslek İşçi

Eşinizin mesleği:

 Çalışmıyor Memur Serbest meslek İşçi İşsiz

Sosyal güvenceniz :

 Yok Bağ-kur SSK Yeşil kart Emekli Sandığı özel sigorta Asker.....

İkamet ettiğiniz ev tipi:

 Müstakil2 Apartman3 Gecekondu tipi

İkamet ettiğiniz ev:

 Kira Kendinize ait 3 Diğer

Aylık geliriniz ortalama olarak ne kadardır?

 Asgari ücret 500- 1000 YTL 1000- 3000 YTL 3000 VE ÜSTÜ

Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

İyi Orta Kötü

B- GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜ:

Eşinizle isteyerek mi evlendiniz?

Evet Hayır

Gebelik kalmayı siz mi istediniz, eşiniz mi?

Kendi isteğimle Eşimin isteği ile Ortak karar verdik Korumana eksikliği

Gebelik kaldığınızı öğrendiğinizde neler hissettiniz ?

Mutluluk/Sevinç Üzüntü/Hüzün Kaygı/Endişe Korku Diğer

G P A Y

Gebelik döneminde hangi sağlık kurumuna başvurarak gebelik hakkında bilgi aldınız?

Sağlık ocağı Hastane Diğer.....

Gebelik döneminde kaç kez muayene oldunuz?

1 kez 2 kez 3 kez 4 kez 5 kez ve daha fazla

Doğumunuz nasıl gerçekleşti?

Normal Müdahaleli/Zor Sezeryan

Yakınlarınızda psikolojik problemi olan var mı?

Var Yok

Gebelikten önce bir psikolojik problem yaşadınız mı?

Evet Hayır

Psikolojik problem yaşadıysanız, nasıl bir yardım aldınız?

Psikolog Psikiyatrist Hoca
Yardım almadım Diğer

BEBEĞE AİT FAKTÖRLER

Bebeğin cinsiyeti: kız erkek

Bebeğinizin doğum kilosu

1500 gr dan az 1500 gr dan fazla

Bebeğinizin doğumdan sonra kaldığı yer

Anne yanında Yoğun bakımda Diğer

Bebeğinizin beslenme içeriği

Anne sütü Formül mama AS Formül mama

Bebeğinizin beslenme şekli

Anneyi emiyor Biberonla /Kaşıkla NG sonda ile Beslenmiyor

Bebeğinizin beslenme şeklinin değişme zamanı

DOĞUMDA	BOY	
	BAŞ ÇEVRESİ	
	VÜCUT AĞIRLIĞI	
	BESLENME İÇERİĞİ	
	BESLENME ŞEKLİ	
1. AY	BOY	
	BAŞ ÇEVRESİ	
	VÜCUT AĞIRLIĞI	
	BESLENME İÇERİĞİ	
	BESLENME ŞEKLİ	
2. AY	BOY	
	BAŞ ÇEVRESİ	
	VÜCUT AĞIRLIĞI	
	BESLENME İÇERİĞİ	
	BESLENME ŞEKLİ	
3. AY	BOY	
	BAŞ ÇEVRESİ	
	VÜCUT AĞIRLIĞI	
	BESLENME İÇERİĞİ	
	BESLENME ŞEKLİ	
4. AY	BOY	
	BAŞ ÇEVRESİ	
	VÜCUT AĞIRLIĞI	
	BESLENME İÇERİĞİ	
	BESLENME ŞEKLİ	

KABUL VE ONAY

Afyonkarahisar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:18.01.2007

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül BÜKÜLMEZ

Ydr. Doç. Dr. Ömer

ÖZBULUT

ÜYE

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ

ÜYE

Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Yüksek Lisans öğrencisi Hatice BAŞ DÖNMEZ' in ' postpartum depresyonun annelerin emzirme yeteneği üzerine olan etkisi ve bebek büyümesi ' başlıklı tezi/..../..... Günü saat' da Lisansüstü Eğitim Ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleriyle bana ışık tutan danışmanlarım Yrd. Doç. Dr. Ayşeğül BÜKÜLMEZ' e ve Yrd. Doç. Dr. Ömer ÖZBULUT' ta, ayrıca yardımlardan dolayı Yrd. Doç. Dr. Hamide MELEK' e, tezimin hazırlamasında yardımlarını esirgemeyen Melike TAŞDELEN, Dilek DOĞAN' a ve tüm çalışma arkadaşlarıma, beni büyük özveri ile yetiştiren ve her zaman destekleyen aileme, göstermiş oldukları anlayış ve hoşgörüden dolayı eşimin ailesine, yardımları ve içten fedakarlığı için sevgili eşim Faruk DÖNMEZ' e ve beni varlığıyla güçlendiren oğlum Ahmet Nezir' e teşekkür ederim.

Hatice Baş DÖNMEZ

İÇİNDEKİLER

KURUL ONAYI.....	II
ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
KISALTMALAR.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
GRAFİKLER DİZİNİ.....	VIII
ÖZET	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar	5
2.1.1. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklarda Tarihçe.....	6
2.1.2. Postpartum Depresyon	6
2.1.2.1. Postpartum Depresyonda Fizyopatoloji	7
2.1.2.2. Postpartum Depresyonun Belirtileri.....	9
2.1.2.3. Postpartum Depresyonda Tanı Konulması	9
2.1.2.4. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi	10
2.1.2.5. Postpartum Depresyonda Tedavi	11
2.1.2.6. Postpartum Depresyonlu Anne Bebeği	11
2.2. Bebek Büyümesi	12
2.2.1. Büyüme Hızına Göre Büyümenin Değerlendirilmesi	14
2.2.2. Büyüme İzlemi Programı.....	15
2.2.3. Büyümenin İzlenmesinde Kullanılan Standartlar Ve Kartlar	15
2.2.4. Büyümede Anne Sütünün Önemi	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması.....	17
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	19

4.BULGULAR	20
5.TARTIŞMA.....	32
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1. Sonuç.....	40
7.KAYNAKLAR.....	43
8. EKLER.....	47

KISALTMALAR

PPD: Postpartum Depresyon

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scala (Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği)

ICD-10: Intenational Callification Of Diseases-10 (Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırılması)

DSMR-IV: Diagnostik And Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

TSH: Troid Stümile Edici Hormon

TABLÖLAR

Tablo 4.1: Kadınların EPDS puanlarına göre dağılımı	21
Tablo 4.2: Annelerin sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 4.3: Bebeklerin sosyodemografik özellikleri	23
Tablo 4.4: Bebeklerde vücut ağırlığı değişimi	24
Tablo 4.5: Bebeklerde boy uzunluğu değişimi	25
Tablo 4.6: Bebeklerde baş çevresi değişimi	26

GRAFİKLER

Grafik 4.1. Bebeklerin Doğumda Beslenme Şekillerinin Dağılımı	27
Grafik 4.2. Bebeklerin Birinci Ayda Beslenme Şekillerinin Dağılımı	28
Grafik 4.3. Bebeklerin birinci ayda beslenme şekillerinin dağılımı	29
Grafik 4.4. Bebeklerin Üçüncü Ayda Besleme Şeklerinin Dağılımı	30
Grafik 4.5. Bebeklerin Dördüncü Ayda Beslenme Şekillerinin Dağılımı	31