

177657

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POSTPARTUM DEPRESYON OLUŞUMUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

Serpil UYAR

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ**

Tez No:2005-016

2005 - AFYON

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.06.2005

Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nurten ÖZDAĞ

ÜYE

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Serpil ŞEN UYAR'ın "Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması" başlıklı tezi 21/06/2005 günü saat 17:00'de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yüksel ARIKAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında katkıları bulunan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ'ye, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek lisans eğitimimde emeği olan hocam Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU'na, istatistiksel değerlendirmeler aşamasında bütün yardımları için biyoistatistik uzmanı Ömür AŞIKOĞLU'na, veri toplama aşamasında Afyon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 3, 5 ve 6 Nolu Sağlık Ocağı'nda çalışan ebe ve hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere, tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Keriman YILDIZ'a, beni büyük özveri ile yetiştiren ve her zaman destekleyen aileme, gösterdikleri anlayış ve hoşgöründen dolayı eşimin ailesine, yardımları ve üstün fedakarlığı için sevgili eşime ve karnımda büyüüp serpilen bebeğimize (EFE'ye) teşekkür ederim.

Serpil UYAR

İÇİNDEKİLER

Tez Jürisi Kararı ve Enstitü Onayı	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar	VI
Tablolar	VII
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ ve AMAÇ	4
1. 1. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar	8
1. 1. 1. Tarihçe	8
1. 1. 2. Postpartum Depresyon	9
1. 1. 2. 1. Etyoloji	9
1. 1. 2. 1. 1. Biyolojik Faktörler	9
1. 1. 2. 1. 2. Psikososyal Faktörler	11
1. 1. 2. 2. Belirtiler	11
1. 1. 2. 3. Risk Faktörleri	13
1. 1. 2. 4. Tanılama	14
1. 1. 2. 5. Epidemiyoloji	15
1. 1. 2. 6. Tedavi	15
1. 1. 2. 6. 1. Farmakoloji Dışı Tedaviler	16
1. 1. 2. 6. 2. Farmakolojik Tedaviler	16
1. 1. 2. 7. Hemşirelik ve Postpartum Depresyon	17
1. 1. 2. 8. Postpartum Depresyonlu Annelerin Çocukları	18
1. 1. 3. Annelik Hüznü	18
1. 1. 4. Doğum Sonrası Psikoz	19
2. MATERYAL ve METOD	20

2. 1. Araştırmanın Şekli	20
2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
2. 3. Evren ve Őrnekleme	21
2. 4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması, Uygulanması	21
2. 5. Verilerin Deđerlendirilmesi	22
3. BULGULAR	23
4. TARTIŞMA	35
5. SONUŐ	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	50
EK 1: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Őlœeđi	50
EK 2: Anket Formu	52

KISALTMALAR

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

DSM-III-R: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, (Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DSM-IV: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

ICD-10: International Classification of Diseases-10 (Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

EKT: Elektrokonvulsif terapi

SSRI: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

SPSS: Statistical Package for Social Scientists (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

HAM-D: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi)

TABLOLAR

Tablo 1: Kadınların EPDS puanlarına göre dağılımı	23
Tablo 2: Kadınların ve eşlerinin yaşlarının EPDS puanlarına göre ortalama, standart sapma değerleri	23
Tablo 3: Kadınların eğitim ve çalışma durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	24
Tablo 4: Kadınların eşlerinin eğitim ve mesleklerine göre dağılımı	25
Tablo 5: Ailenin gelir-gider durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	25
Tablo 6: Kadınların aile tiplerine ve yaşadıkları ortama ilişkin durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	27
Tablo 7: Kadınların doğum sonrası dönemde yardım alma durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	27
Tablo 8: Kadınların gebelik ve doğum durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	28
Tablo 9: Kadınların evlilik durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	29
Tablo 10: Kadınların gebelikte aldıkları kilo durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı	30
Tablo 11: Kadınların gebelik ve doğum ile ilgili eğitim alıp almama durumlarına göre dağılımı	30
Tablo 12: Kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri boyunca sağlık kontrollüne gitme durumları	32
Tablo 13: Kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri sırasındaki geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları	33
Tablo 14: Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları	34
Tablo 15: Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında bebeklerinin geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları	34

ÖZET

Bu tanımlayıcı çalışma, postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 5 Mayıs- 31 Aralık 2004 tarihleri arasında Afyon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan 3, 5 ve 6 No'lu Sağlık Ocak'larına bebeklerine aşı yaptırmak için başvuran, 1-12 aylık bebekleri olan postpartum dönemdeki 246 anne oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmaya istekli olan kadınlar ile yüzyüze görüşülerek iki form doldurulmuştur. Birinci form doğum sonrası depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması anket formu (Ek:2), ikinci form ise Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)'dır (Ek:1). EPDS'dan 13 ve üzeri puan alan kadınlar postpartum depresyon açısından riskli olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Independent samples testi (bağımsız iki örneklem t-testi), chi-square testi (ki-kare bağımsızlık testi) uygulanmıştır.

Çalışma sonucunda; Afyon İl Merkezinde postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen kadınların oranı % 28,5 olarak bulunmuştur. Kadınların doğum sonrasında yardım alma durumlarının, gebeliklerinde aldıkları kiloları doğumdan sonra vermek konusundaki endişe durumlarının, evlenme tiplerinin, evlilik sürelerinin ve aile tiplerinin postpartum depresyon oluşumu açısından risk faktörü olmadığı bulunmuştur.

Bununla birlikte postpartum depresyon oluşumu açısından riskli kabul edilen kadınların ise; gebeliklerinde daha az kilo aldıkları, normal vajinal doğum yaptıkları, daha çok istemeyerek gebe kaldıkları, aylık gelirlerinin düşük olduğu, gelirlerini giderlerinden az olarak tanımladıkları, gebelik yada doğumla ilgili herhangi bir eğitim alma durumlarının düşük olduğu ve çoğunlukla kendilerini anneliğe hazır hissetmedikleri saptanmıştır.

Anne adaylarının gebelikte ve doğum sonrası dönemde olabilecek değişikliklere hazırlanarak ve gerekli eğitimler verilerek postpartum depresyon gelişimi riski azaltılabilir. Bunun için tüm sağlık personelinin, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren personellerin postpartum depresyon oluşumunu etkileyen risk faktörlerini bilmesi

ve postpartum depresyon yaşaması olasılığı olan kadınların erken tanı ve tedavilerinin sağlanması önemlidir.

Anahtar sözcükler: postpartum depresyon, risk faktörleri, EPDS skoru



SUMMARY

The aim of this study was to investigate the factors which cause the postpartum depression processing. In 5 May-31 December 2004, a total of 256 postpartum women in Afyon were interviewed for the first 1-12 months after delivery. Two questionnaires were used for investigation of these factors according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). It is supposed that the women with EPDS > 13 have a higher risk score than others. Concerning the data, Independent Sample t-Test, Pearson chi-square (χ^2) test, and percentage ratios were used in some analyses.

As a result of this study, it was found that the women with a high risk of postpartum depression in city-town of Afyon was 28,5%. For this group, there were no differences between the risk of postnatal depression and the family conditions with the social adversity, or other factors (i.e., the worries about weight problem, or the difficulties of house works after delivery).

On the other hand, it was found that the women was associated with a poor social status and lower educational level. During their pregnancy (mostly unwilling), they took little excessive weight and chose vaginal delivery. Beyond of these, they fell less confident as a mother after delivery.

According to the results of research, in order to develop the treatment of postpartum depression, mothers or candidates should be prepared for the change of their life during and after pregnancy. Clinicians should discuss expectations with mothers to improve satisfaction.

Key words: Postpartum depression, risk factors, EPDS score

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanı diğer varlıklardan ayıran en temel özelliklerden biri duygusal yaşantısıdır. Duygusal yaşantı en hüzünlü olandan en neşeli olana, en sakin olandan en öfkeli olana değişik yelpazeler içinde bir noktada yer alabilir. Bu yelpaze içinde yer almasına göre insanı çok neşeli, çok elemli, depresif vb. olarak tanımlarız (1).

Depresif duygular (depresif duygu durum, "mood") sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen "depresif bozukluk" duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (2).

Depresyon, Latince'de aşağı doğru bastırmak, bitkin, kederli, donuklaştırmak anlamlarına gelen "depressus" sözcüğünden köken alır. Türkçe'de; üzüntü, huzursuzluk, mahzunluk, umutsuzluk, ıstırap duygularını içeren bir ruh halini anlatır. Temel özellikleri arasında kederli ve karamsar duygu durumu (disfori), kötümser düşünme, gelecek hakkında umutsuzluk, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi vejetatif belirtiler yer alır (3).

Depresif bozukluk toplumda en sık karşılaşılan ruhsal bozuklukların başında gelmektedir. Genel nüfusta depresyon görülme oranı % 8-12 düzeyindedir. Depresyon neden olduğu olumsuz duygular ve yaşantılarla hasta için ıstırap verici bir yaşantıdır. Hastalık yalnızca kişiyi etkilemez. Hasta dışında aile, iş ve sosyal alanlarda da önemli ve ağır bir yük oluşturur. Hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini bozucu etkileri ve yol açtığı yeti yitimiyle ciddi bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (4).

Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1,7 ile 2,7 katıdır (5). Cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarında başlamakla ve ellili yaşların ortasına kadar sürmektedir, yani üreme çağını içermektedir. Kadınlar üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelmektedir. Bu

değişim dönemleri puberte, doğum kontrol hapı kullanımı, adet döneminin geç luteal evresi, gebelik ve lohusalık dönemi ve perimenopoz dönemidir (6).

Postpartum (postnatal, puerperium, lohusalık veya doğum sonrası) dönem, plasentanın doğumıyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi durumuna geri döndüğü 6-8 haftalık dönemdir. Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir (7).

İnsan yaşamının başka hiçbir döneminde organizmada bu denli hızlı fizyolojik değişikliklere rastlanmaz (8). Bu hızlı fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (9).

Gebelik ve doğum çok doğal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın hafif ya da yoğun bir sürü kaygı yaşamaktadır (10). Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygu yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyarlardan sakınma, onlarla başa çıkma, onlara karşı koyma ya da gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar görülür. Bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar. Bu aşamadan sonra kaygı, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak görülür (11). Sorias'ın Türkiye'de stres verici yaşam olaylarının etkilerini araştırdığı çalışmasında, 116 yaşam olayı arasında "doğum yapma" olayının yedinci sırada yer alan stres verici bir yaşam olayı olduğu saptanmıştır (12). Hamilelik sırasında ve doğum sonrası kadının anneliğe adaptasyonu stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanı sıra çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi stresi artırır. Epidemiyolojik çalışmalar, kadın yaşamındaki psikiyatrik hastalık riskinin doğumdan sonra 12 ay boyunca en yüksek olduğunu göstermektedir (13).

Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Kadın ve eşi için yeni bebekleri bir doyum kaynağıdır ve aile bağlarını güçlendirir (9). Bu

dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısı olabilmektedir (14). Ebeveynliğe geçiş, postpartum periyot boyunca devam etmesine rağmen, annenin anne olma ve yenidoğan ile ilgili ilk deneyimleri, yenidoğanın bakımını ve kendi öz bakımını yapabilme gücü ve bilgi edinme, öğrenme kaynakları yaşanan bu kriz olayının boyutunu etkileyen önemli faktörlerdir (15).

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (16, 17).

Postpartum depresyon terimi yerine “doğum sonrası depresyon”, “puerperal nöroz”, “postpartum nevrotik depresyon”, “doğum sonrası majör depresyon” gibi terimler kullanılabilir (18). Postpartum depresyon Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV’de duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır (19). Dünya Sağlık Örgütü ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılmasında ise “lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır (20). Postpartum depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlar ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay- 1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir (21). İnsidansı % 3 ile % 25 arasında bulan çalışmalar vardır (22). Annelik hüznü tablosuna oranla belirtiler daha şiddetlidir. Özkıyım düşünceleri olabilir (18). Klinisyenler doğum sonrası gelişen psikiyatrik sendromların doğum sonrası psikoza gibi daha çok şiddetli olan formlarını da görebilmektedir. Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları doğum sonrası depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olur. Anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik

rolünü öğrenmesini etkileyebilir. Doğum sonrası depresyon anne, bebek, anne-bebek ilişkisi, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, ihmal edilmemesi gereken bir ruh sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Doğum sonrası depresyonun önceden düşünüldüğüne oranla daha sık görüldüğünün anlaşılması da son yıllarda araştırmacıların dikkatlerini bu alana yöneltmelerinde bir etmen olmuştur (16).

Bu çalışma ülkemizde doğum sonrası depresyon ile ilgili çok sayıda çalışma olmamasından yola çıkılarak, toplum sağlığı açısından önemi oldukça fazla görüldüğü için planlanmıştır. Özellikle doğum sonrası depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

1. 1. Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar

Doğum sonrası dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar, annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikozu olmak üzere başlıca üç tanısasal kategori altında toplanmaktadır (16). Kadınlar doğum sonrası ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde baskın olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle doğum sonrası depresyon anlaşılır (21).

1. 1. 1. Tarihçe

Doğum sonrası ruhsal bozukluklara ilişkin fenomenolojinin uzun bir öyküsü vardır. Tıp tarihinin erken dönemlerinde Hipokrat zamanında ilk olarak “doğum sonrası akıl bozuklukları” şeklinde tanımlanmıştır. Yine Celcius ve Galen bu dönemdeki bozuklukları ayrı bir tanı grubu olarak betimlemişlerdir. Fransız Doktor Louis Victor Marce 1858’de doğum sonrası ruhsal bozuklukları tanımlayarak önemli tıp adamları arasına girmiştir. Marce, pospartum duygusal bozukların belirtilerinin değişken olduğunu, sürecin remisyon ve alevlenmelerle sürdüğünü belirtti. Gebelik boyunca, kadın anatomisinde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin duygusal bozuklukların oluşmasında etkili olduğunu ileri sürdü. Ancak fiziksel ve psikolojik yakınmalar arasındaki ilişkiyi tanımlayamadı. Kraepelin Bleuler bu bozuklukların gebelik ve doğum stresini izleyerek ortaya çıkan tipik sendromlar olduğuna inanmıştır. Pitt 1960’lı yıllarda ilk olarak doğum sonrası depresyonun diğer depresif hastalıklardan ayrı, özel bir bozukluk olduğunu ileri sürerek bu durum için “atipik depresyon” terimini kullanmıştır. Doğum sonrası psikozdan daha hafif şiddette ve kısa sürdüğünü belirtmiştir (18).

Doğum sonrası depresyonun nevrotik depresyondan farklı olmamakla birlikte, doğumla birlikte ortaya çıkması ve öngörülebilir bir başlangıç zamanının olması, kadının yaşamındaki kritik bir dönemde önemli ölçüde sıkıntıya neden olarak bu yeni yaşam dönemine başarılı uyumu engelleyebilmesi ve uzun dönemli etkilerinin de olabilmesi, depresyondaki annenin bebeğin gereksinimlerine yanıt verememesinin bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmesinden dolayı depresyonun özgül bir türü olarak düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir (16).

Yakın zamanda yapılan çalışmaların bir kısmında doğum sonrası dönemin kadınlar için psikiyatrik bozukluk gelişimi açısından en riskli dönem olduğu ileri sürülürken, bu dönemde gelişen ruhsal bozuklukların diğer dönemlere göre anlamlı bir fark göstermediğini bildiren yayınlar da vardır (18). Doğum sonrası dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar DSM-III-R’de ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamış, bir organik mental bozukluk, psikotik duygu durum bozukluğu ya da herhangi bir başka psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamayan doğum sonrası psikozlar “başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk” (atipik psikoz) başlığı altında incelenmiştir (16,18).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-IV’ de doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar için “doğum sonrası başlangıçlı” belirleyicisi kullanılmıştır. Bu belirleyici başlangıcı doğumdan sonraki 4 hafta içinde olmuşsa, majör depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk ya da kısa psikotik bozukluğa uyarlanabilir (19). Dünya Sağlık Örgütü ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması’nda ise fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkilerle bağlantılı davranış semptomları” ana başlığı altında “loğusalık bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” olarak bölüm ayrılmıştır (20).

1. 1. 2. Postpartum Depresyon

1. 1. 2. 1. Etyoloji

Postpartum depresyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmektedir, ancak hangi faktörlerin daha fazla neden olduğu açık değildir (21).

1. 1. 2. 1. 1. Biyolojik Faktörler

Doğum sonrası dönemde, annede ani ve hızlı birçok değişiklik olmaktadır. Birçok araştırmacı doğum sonrası depresyonun etyolojisini araştırmak amacıyla bir dizi biyolojik değişkeni incelemiştir (23).

Gebelik döneminde yükselen östrojen ve progesteron düzeylerinin doğumdan sonra aniden düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleriyle duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilmemiştir (16, 18).

Progesteron ve duygudurum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan elde edilen bulgular değişkenlik göstermektedir. Haris ve ark. (24) doğum sonrası depresyon ile tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükürük progesteronu konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunurken süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon sağaltımının farklı olabileceği öne sürülmüştür (16).

Östrojen ile ilgili çalışmalarda, östrojenin merkezi sinir sisteminden dopaminin geçişini etkilediği gösterilmiş ve doğum sonrası ani düşüşün psikoz ataklarından sorumlu olabileceği ileri sürülmüştür (25).

Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir (26).

Geç başlangıçlı doğum sonrası depresyon tiroid bozukluklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri doğumdan sonra tiroid stimule edici hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşer. Gebelik öncesindeki değerlerin altına incek şekilde süren bu azalma, bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabilir. Hipotiroidizm ve miksödemde depresif belirtiler sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikorlarının ölçümüyle öngörülebileceği bildirilmektedir (27). Mallet ve ark. (28) hem tiroid hastalıklarında hem de depresyonda bilişsel işlevlerde bir bozulma olduğundan yola çıkarak yaptıkları çalışmada, doğum sonrası depresyonda bilişsel işlevlerdeki bozulmanın tiroid işlevleri ve antikorlarından bağımsız olarak ortaya çıktığını saptamışlardır.

Doğum sonrası duygudurum bozukluklarının fizyopatolojisinde prolaktin, triptofan, β endorfinler, oksitosin, folat eksikliği ve bazı nörotransmitterlerin de ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (26).

1. 1. 2. 1. 2. Psikososyal Faktörler

Doğum yapan her kadında biyokimyasal ve hormonal değişikliklerin olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların annelerin bir bölümünde gelişmesi, etyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler ve sosyal destek sistemleri gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (23).

Psikoanalitik görüş, doğum sonrası depresyonda bağımsız kendiliğin kaybı üzerinde durmaktadır. Anne artık yalnızca alıcı rolünü kaybetmiş, besleyici rolünü üstlenmiştir. Gebeliğin sona ermesi fetusla olan yakınlığın kaybı olarak görülmekte, sevilen birinin ya da bir aile üyesinin kaybını hatırlatabilmektedir. Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar yoğun ambivalans ve kayıp duygusunu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin farkı yaşanmaktadır (16).

Gelişim dönemlerinde annenin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin istekleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik algısını içselleştirmede güçlük yaşamaktadır. Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların kendi bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır.

Doğum sonrası depresyonu açıklamada, iki model geliştirilmiştir. Klinik model; doğum sonrası depresyonu bir hastalık, ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal modelde; doğumun bir yaşam olayı olduğu ve doğum sonrası depresyonun bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Çocuk sahibi olmak kadın için kazanç olmakla birlikte beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler ve “bağımsız” kadın rolünden, “geleneksel” kadın rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin kayıp ve değişiklikler yaşanması kadın üzerinde baş edilmesi zor etkiler oluşturabilmektedir (23).

1. 1. 2. 2. Belirtiler

Başlangıç genellikle sinsidir. Sıklıkla doğumdan sonraki 2-3. haftadan sonra başlar, başlama süresi 1 hafta ile 2 yıl arasında değişebilir (18). Haftalar ya da aylar süren yavaş gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir (16). Klinik olarak

hafif-orta düzeyden şiddetli düzeyde majör depresif bozukluğa kadar değişebilir. Doğum sonrası olmayan depresyondan farklı olarak 2-6 haftada kendiliğinden gerileyebilir, bazı belirtiler ise 1 yıla kadar sürebilmektedir. Belirtiler özetle aşağıda sıralandığı şekildedir;

- Aşırı yorgunluk, enerji kaybı
- İlgi, istek kaybı, suçluluk düşünceleri
- Disforik duygu durum
- İrritabilite
- Anhedonia (zevk alamama hali)
- İştahsızlık, uykusuzluk
- Konsantrasyon güçlüğü
- Bellek zayıflığı
- Anksiyete, panik atak
- Bebekle ilgili obsesyonel düşünceler (yeterince ilgilenemediğini düşünme, şiddet uygulamayla ilgili saplantılar)
- İntihar (özkıyım) ya da bebeği öldürmeyle ilgili düşünceler
- Ağlama
- Somatik yakınmalar
- Kendine güven azlığı

Doğum sonrası olmayan depresyondan farkları aşağıda sıralanmıştır;

- İntihar düşüncesinin daha az olması
- Akşamları şikayetlerin yoğunlaşması
- Hastalık süresinin daha kısa olması (6-8 hafta)
- Konfüzyon halinin daha fazla olması

Doğum sonrası depresyonu doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, enerji kaybı, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi-istek kaybı gibi belirtilerin ise yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (16).

1. 1. 2. 3. Risk Faktörleri

Annelerde ve ailelerinde doğum sonrası depresyonun yıkıcı etkilerini en aza indirmede en önemli basamak risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Erken müdahaleler bu ruhsal bozukluğu olan annelere yardım edebilir. Bunun için postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek ve risk altındaki anneleri yakından izlemek önemlidir.

Postpartum depresyon için 13 önemli risk faktörü belirlenmiştir (29). Bunlar;

1. Doğum öncesi depresyon: Hamilelik sırasındaki depresyon, doğum sonrası depresyonun en güçlü belirtisi olduğu bulunmuştur. Doğum öncesi depresyon hamileliğin herhangi bir ayında olabilir.
2. Çocuk bakımı stresi: Çocuk bakımına ilişkin stresli olaylar, bebeğin sağlık problemleri yaşaması, beslenme ve uyumayla ilgili zorluklar gibi faktörleri içerir.
3. Yaşam stresi: Hamilelik ve doğum sonrası dönemdeki yaşanan stresli olayları kapsar. Stresli yaşam olayları olumlu ya da olumsuz olabilir ve şu gibi deneyimleri içerir;
 - a. Evlilik değişimleri (boşanma, tekrar evlenme vb.)
 - b. Mesleki değişiklikler (iş değişimi, mevki değişimi vb.)
 - c. Krizler (kazalar, hırsızlıklar, maddi krizler, hastanede yatmayı gerektiren hastalıklar vb.)
4. Sosyal destek: Sosyal destek hem araç desteğini (örnek: bebek bakımına destek, gündelik ev işlerine yardım) hem de duygusal destek alımını kapsar. Bir annenin sosyal çevresinin (eş, aile ve arkadaşlar) yapısal özellikleri, sosyal çevre üyelerinin yakınlığı, iletişim sıklığı ve kişisel konuları paylaşabileceği güvenilir kişilerin sayısı gibi faktörler sosyal ilişki yapısını oluşturur. Sosyal desteğin yokluğu özellikle annenin, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu azaltarak depresyona neden olabilir.
5. Doğum öncesi kaygı: Kaygı, tedirginlik duygusu veya belli ve kesin olmayan bir tehlide karşı korkudur. Doğum öncesi kaygı hamileliğin herhangi bir ayında olabilir.

6. Evlilik memnuniyeti: Eşi ile evlilik sorunları yaşayan, eş desteği alamayan ve zayıf evlilik ilişkileri olan annelerde memnuniyet derecesi düşüktür. Bu da doğum sonrası depresyon riskini artırır.
7. Geçirilmiş depresyon: Hamilelikten önce hayatının herhangi bir döneminde depresyon yaşanması doğum sonrası dönem için risk oluşturur.
8. Bebek mizacı: Zor bebek mizacı, çabuk kızan, huysuz, tatmin edilemeyen ve sakinleştirilemeyen anlamına gelir. Bu durum annenin stresini artırır. Baş etme gücünü azaltır.
9. Annelik hüznü: Doğumdan sonra ilk birkaç gün içinde başlayan, 1-10 gün süren davranış değişikliğidir. Daha uzun sürebilen ruh değişikliklerine geçiş olgularıdır. Ağlamaklı olmak, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, alınganlık ve değişken ruh hali özelliklerindedir.
10. Özsaygı: Bir annenin kendine değer verme ve kendini kabul etme ile ilgili genel duygularıdır. Aynı zamanda kendine güveni ve kendinden memnuniyetidir. Düşük özsaygısı olan anneler kendilerini değerlendirmede yetenekleriyle ilgili olumsuz duygular ifade ederler.
11. Sosyoekonomik durum: Sosyoekonomik durum, bir kişinin gelir, eğitim ve iş gibi faktörlerin birleşimini içeren toplumdaki derecesi veya statüsüdür.
12. Medeni durum: Bu demografik özellik bir kadının evliliğe karşı tutumu üzerinde yoğunlaşır. Dereceleme bir kadının bekar, evli/beraber yaşayan, boşanmış, ayrılmış veya partnerli olup olmadığını değerlendirir.
13. İstenmeyen/planlanmamış hamilelik: Anne tarafından istenmeyen ya da planlanmamış hamilelik durumudur. Genellikle birçok hamilelik planlanmamaktadır. Hamileliğin belirlenmesiyle, ilk kararsızlıktan sonra istenmeyen hamilelik durumu daha dikkate değerdir.

1. 1. 2. 4. Tanılama

Postpartum depresyon anne, çocuk ve aile için olumsuz sağlık sonuçları nedeniyle dünya üzerindeki bir çok kadın için önemli bir sorundur (30). Cox ve ark. (31) doğum sonrası depresyon ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı

sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesi ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini (EPDS- Edinburgh Postnatal Depression Scale) geliştirmişler ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. EPDS'nın, zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmıştır. Doğum yapan kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da yapılmıştır (32).

1. 1. 2. 5. Epidemiyoloji

Dünyadaki tüm gebeliklerde doğum sonrası depresyon görülme sıklığı % 5-15'dir (33). Bu oran birçok ülkede farklıdır (34). Japonya, Çin, ABD, Kanada, Avrupa, İsrail, Türkiye gibi karşıt kültür ve topluluklarda benzer oranlar tespit edilmiştir (35). Ayrıca, obesitesi (vücut kitle indeksi $>27\text{kg/m}^2$) ve düşük kilosu olan kadınlar doğum sonrası depresyona daha yatkındır (36).

Bir çalışmada doğum sonrası depresyon doğumdan sonraki 5. günde % 20.3 (37), 7. günde % 18 (38), bir başka çalışmada 6 haftalık yaygınlık % 22.6 (39), 3.ayda % 12 (40) oranında bulunmuştur. Taburcu olma zamanına göre depresyon yaygınlığını araştıran bir çalışmada (41) doğum sonrası 72 saat içinde taburcu edilenlerde % 14.4, daha geç taburcu edilenlerde % 7.4 oranında bulunmuştur. Doğum sonrası depresyonun yineleme riski özgeçmişinde duygudurum bozukluğu olmayanlarda % 50, duygudurum bozukluğu veya doğum sonrası depresyon öyküsü olanlarda ise % 100'e ulaşan oranlardadır (16).

1. 1. 2. 6. Tedavi

Doğum sonrası depresyon yaygın bir bozukluk olmasına rağmen halen farmakolojik ya da farmakoloji dışı tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır. Tedaviye yaklaşımda birinci ilke diğer organik sebeplerle ayırıcı tanının yapılıp yapılmadığını kontrol etmektir (Sheehan sendromu, hipotiroidizm vb...). Diğer önemle üzerinde durulması gereken nokta, anne ve bebek ilişkisi açısından risk oluşturduğundan erken tanı koymak ve hızlı bir şekilde tedaviye başlamaktır (18). Erken tanı konulmazsa belirtiler kronikleşip tedaviye dirençli duruma gelebilir. Riskli görülen annelerden

ayrıntılı öykü alınması ve fiziki değerlendirme yapılması doğru tanıda yol gösterici olacaktır (23). Kadında doğum sonrası depresyon 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 ya da iş olanaklarının sağlanması ile azaltılabilir (42).

1. 1. 2. 6. 1. Farmakoloji Dışı Tedaviler

Bu yaklaşımlarla ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Psikoterapide amaç kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurulmasını sağlayarak çatışmaların çözümlenmesidir. İlgörü yaklaşımli psikoterapilerde tutarsız sonuçlar olmakla birlikte, son yıllarda interpersonal terapinin orta ve ağır şiddetli depresif tablolarda etkili olduğu yönünde bulgular mevcuttur (26). Bu terapi yönteminde doğumla birlikte kadının rolünde değişiklik, eşi ile ilgili sorunlar, sosyal destek ile ilgili sorunlar, bebek ile iletişim konuları üzerinde odaklanılmaktadır (18). Tablonun tedavi edilebilen bir ruhsal bozukluğa bağlı olduğunu açıklamak bile hastayı ve ailesini rahatlatılabilir. Bebeğin bakımı ve sosyal destek kaynaklarına ilişkin bilgilendirme, bilişsel yapılandırma, eğitim, evlilik danışmanlığı, destek, aile terapisi, yeni annelik durumunun sosyal yönden kabulü diğer terapötik girişimler olarak sayılabilir (16). Bilişsel davranışçı tedavilerin de doğum sonrası depresyonda etkili olduğu yönünde bulgular mevcuttur (18).

1. 1. 2. 6. 2. Farmakolojik Tedaviler

Doğum sonrası depresyonla ilgili farmakolojik çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışmaların büyük kısmı açık uçlu çalışmalardır. Yapılan araştırmalarda, antidepresan dozun diğer depresif bozukluklardan farklı olmadığı ve iyi tolere edildiği tespit edilmiştir (26). Yeni doğum yapan bir hastaya antidepresan tedavi uygun görüldüğünde, öncelikle anne ve babayla tedavinin fayda ve zararları üzerinde ayrıntılı bir şekilde konuşulmalıdır. Tüm psikiyatrik ilaçların süte geçebileceği konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Anne sütüne geçişle ilgili çok çeşitli bulgular olduğu, bu konuda herhangi bir ilacın üstünlüğünün saptanmadığı belirtilmelidir. Özellikle geçmişte depresyon öyküsü olan hastalarda daha önce fayda gördüğü ilacın seçilmesinin uygun olacağı kabul

edilmektedir. Seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI) yan etkilerinin daha az olması sebebiyle tercih edilecek ilk kuşak antidepresan olabilir. Trisiklik antidepresanlar anne sütüne geçmelerine karşı konsantrasyonları değişkenlik göstermektedir. Çoğunlukla bebekte toksik etki oluşturmaz (18). Etkili tedavi alan annelerin yaşamlarında çocuklarında ve diğer aile üyelerinde pozitif gelişmeler olmuştur (43).

Klinik tablonun ilaçlarla kontrol altına alınamadığı durumlarda elektro konvülsif tedavi (EKT) uygulanabilir. Tedavide en iyi yöntem farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımların birlikte uygulanmasıdır (27).

1. 1. 2. 7. Hemşirelik ve Postpartum Depresyon

Sağlıklı bir toplum oluşturulması, risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi ile mümkündür (44). Annelerin sağlıklı olması, yalnızca kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocukların da sağlıklı olması için ön koşuldur. Bebek ve çocuklar ise gelecek toplumların temelidir (45).

Çocukların gelişiminde genetik yapı yanı sıra fizik ve sosyal çevre de önemli rol oynar. Anne ve babanın ruhsal sorunlarının çocuk gelişimi üzerine zararlı etki yaptığı da bilinmektedir. Bu olumsuz etki, birkaç yol ile olabilir. Birincisi anne-babadaki ruhsal sorunların çocuk üzerine yaptığı etkidir. İkincisi anne-babadaki ruhsal sorun nedeni ile onların davranışına yansıyan ve dolaylı yoldan çocuk üzerine olan etkidir. Etkinin ortaya çıkmasında rol oynayan bir başka etmen ise bu anne babaların sıklıkla içinde buldukları olumsuz sosyal çevre, genetik ve yapısal özelliklerdir. Kadınlarda doğumdan sonra daha sık ortaya çıkan ruhsal sorunlarda etki bu üç mekanizmadan biriyle olabilir (46). Anne ve çocuk açısından bu sorunların erken dönemde saptanması, riskli kadınların belirlenmesi ve uygun yaklaşımlarda bulunulması çok önemlidir (10).

Bu nedenle;

Hemşirenin postpartum depresyonu,

- Önlemede
- Erken tanıda
- Tedavide sorumlulukları vardır.

Postpartum depresyonu önlemede, prenatal dönemde hemşirelik önemli bir yere sahiptir. Postpartum depresyondan korunmada, hemşire prenatal dönemde anneye ve aileye danışmanlık yapmalıdır. Hemşirenin sorumluluğunun olduğu diğer bir bölümde erken tanıdır. Hemşire, postpartum depresyon riskini, belirtilerini iyi bilerek postpartum depresyonu erken tanılamada önemli role sahiptir. Eğer annede postpartum depresyon gelişti ise hemşire tedavi aşamasında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak annenin tedavisinde de yer almaktadır (23).

1. 1. 2. 8. Postpartum Depresyonlu Annelerin Çocukları

Doğum sonrası depresyon saptanan kadınların bebeklerinin bilişsel ve duygusal gelişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği günümüzde belgelenmiştir. Çocukların okul çağına geldiği dönemde yapılan değerlendirme sonucunda daha fazla davranış bozukluğu gösterdikleri, bu etkinin düşük sosyal sınıfa ait ailelerin erkek çocuklarında daha belirgin olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çocukların yaratıcı çocuklar yerine basit fiziksel oyunları seçtiği, oyunda diğer çocuklardan gelen sosyal girişimlere olumsuz yanıt verdiği belirlenmiştir. Doğum sonrası depresyonun çocukların uyum yeteneği üzerine olumsuz etkiler yaptığı bilinmekle birlikte, genel popülasyonda saptanan davranış çeşitliliği göz önüne alındığında bu etkilerin boyutlarının oldukça küçük olduğu hatırlanmalıdır (34).

Araştırmacılar postpartum depresyonlu anne çocuğu olmanın depresyon için risk faktörü olduğunu bulmuşlardır. Annedeki depresyonun süresi uzadıkça, şiddeti arttıkça çocuk üzerine olan olumsuz etkisi de artmaktadır (47).

1. 1. 3. Annelik Hüznü

Gebelik hüznü ya da bebek hüznü (baby blues) de denen ve kolay ağlama, depresyon, anksiyete, letarji ile karakterize, geçici ve kısa süren bir durumdur (2). Genellikle doğumdan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar, ilaç sağaltımı gerekmez 7-10 gün içinde kendiliğinden düzelir (16). Doğum sonrası hüznü daha çok ilk kez anne olanlarda görülmektedir. Adetlerin erken yaşta başlaması, premenstrüel sendrom (adet öncesi gerginlik) öyküsünün olması ve hamilelik döneminde yaşanan anksiyete ve depresif

duygu durumunun varlığı annelik hüznü için risk faktörleridir. Bu tablonun oluşmasında seks hormonlarındaki ani düşüşün sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Ancak tek nedenin hormonal bir dalgalanma olmadığı kesindir. Doğumla birlikte hamilelikte olan odak noktası olma durumu bebeğe yönelmiştir (48). Annelik hüznü normal doğum sonrası değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Annelerin %50-80'inde görülmektedir. Bazı araştırmaların sonucunda annelik hüznü ne kadar şiddetli ise, daha sonra oluşabilecek doğum sonrası depresyon riskinin de o kadar büyük olduğu bulunmuştur (49).

1. 1. 4. Doğum Sonrası Psikoz

Yaygınlığı ilk yapılan çalışmalarda %0.1-0.2 bulunmuşken, son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oran %0.2-0.7 arasında değişmektedir (26). Sıklıkla doğumu takip eden birkaç hafta içinde ortaya çıkmakla birlikte, en fazla doğum sonrası 3. aydan sonra görülmekte ve hastaneye yatışı gerekli kılmaktadır. Başlangıç zamanı için doğum sonrası 2 hafta ile 1 yıl arasında değişen süre kabul edilmektedir. İlk doğumda görülme olasılığı 1/500 iken, doğum sonrası psikoz öyküsü olan hastalarda daha sonraki doğumlarda yineleme riskinin 1/3 gibi yüksek oran olduğu bildirilmektedir (50). Klinik özellikleri halen çok net bir şekilde belirlenmemiş olmakla birlikte, sıklıkla doğumdan sonraki ilk 2 haftada konfüzyon, uykusuzluk gibi belirtilerle aniden başlar. İlk belirtiler genellikle irritabilite, uykusuzluk, yorgunluk halidir. Hızla varsanılar ve sanrıların olduğu bir tablo ortaya çıkabilir. Doğum sonrası psikoz yüksek oranda ailesel geçiş gösterir (51).

Doğum sonrası psikoz olgularında tedavi edilmediği takdirde sık yineleyen epizotlar, işlevsellikte bozulma, morbidite ve mortalite söz konusudur. İlk bir yılda intihar riski genel popülasyona göre 17 kat fazladır. Ciddi bir tablo olmasına rağmen sistematik tedavi ile ilgili az veri bulunmaktadır. Tedavisinde antipsikotikler, östrojen tedavisi ve EKT yöntemleri kullanılabilir (18). Lityum tedavisinin profilaktik etkisi vardır (51). Doğum sonrası psikoz tedavisinde özellikle dikkat edilmesi gereken durum, infantisit riski nedeniyle anne- bebeğin sıkı gözlem altında tutulmasıdır (18).

2.MATERYAL VE YÖNTEM

2. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon İl Merkezinde postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Afyon İl Merkezine bağlı 3- 5- 6 No'lu Sağlık Ocak'larında yapılmıştır. Sağlık ocaklarının düzenlediği belirli aşı günlerinde bebeklerini aşı için getiren anneler, bebeklerine aşı yapıldıktan sonra sağlık ocağında araştırmacı tarafından anket hakkında bilgi verilerek uygulanmıştır. Sağlık ocaklarında emzirme odaları anket doldurmak için kullanılmıştır. Araştırmada bu sağlık ocaklarının seçilmesinin nedeni; bebeklerine aşı yaptırmak için sağlık ocaklarına başvuran postpartum dönemdeki annelerin sosyoekonomik durumlarının ve oturdukları bölgelerin farklı düzeylerde olmasıdır.

2. 3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Afyon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı merkez ilçeye kayıtlı postpartum dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır. 2003 yılı Afyon İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre merkez ilçede toplam doğum yapan kadın sayısı 2812'dir (52).

Araştırmanın örneklemine ise 5 Mayıs- 31 Aralık 2004 tarihleri arasında Afyon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan 3, 5 ve 6 No'lu Sağlık Ocak'larına bebeklerine aşı yaptırmak için başvuran, 1-12 aylık bebekleri olan postpartum dönemdeki 246 anne oluşturmaktadır. 2003 yılında doğum yapan kadın sayısı 2812 olarak, %95 güvenilirlik düzeyinde, %5'lik hata payı ile hastalığın prevalansı %20 kabul edildiği zaman gerekli örneklem büyüklüğü yaklaşık 227 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak 2004 yılında doğum yapacak kadın sayısı bilinmediği düşünülerek % 95 güvenilirlik düzeyinde, % 5'lik hata payı ile hastalığın prevalansı %20 kabul edildiği zaman gerekli örneklem büyüklüğü yaklaşık 246 olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün bu hesaplamada daha fazla olması nedeniyle 246 geçerli büyüklük kabul edilmiş ve çalışmamızda uygulanmıştır.

2. 4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması, Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak oluşturulan formlar ile toplanmıştır. Birinci form doğum sonrası depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması anket formu (Ek:2), ikinci form ise EPDS'dır (Ek:1). Formlardaki soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla araştırma kapsamına alınmayan, farklı bölgeden 10 anne üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda formlar son şekline getirilmiştir.

Anket formu ve EPDS'ı sağlık ocaklarına bebeklerine aşı günlerinde aşılarını yaptırmak için gelen annelere çalışma hakkında bilgi verilip, katılma konusunda gönüllü olanlara uygulanmıştır. Veriler sağlık ocağı ortamında anneler için ayrılmış olan emzirme odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşme yapmayı ve veri toplama formundaki soruları anlamayı engelleyecek düzeyde zihinsel yetersizliğin yada bedensel bir hastalığın olmaması çalışmaya katılma konusunda bir ölçüt olarak belirlenmiştir. Önce sosyo-demografik bilgiler, postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörler ve risk faktörlerinin soruşturulduğu anket formu (Ek:2) doldurulmuştur. Anket formu (yaş, eğitim, meslek, eş yaşı, eş eğitimi, eş mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, doğum şekli, evlilik tipi vb.) 39 adet sorudan oluşmuştur. Daha sonra Engindeniz ve ark'nın (32) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını ülkemizde yaptıkları EPDS (Ek:1) uygulanmıştır. EPDS toplam 10 maddeden oluşmuştur. Her maddenin puanlanması değişik biçimdedir. 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 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. EPDS'nin toplam puanı bu madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda EPDS kesim noktası 13 olarak alınmış, 13 ve üzeri puan alan kadınlar postpartum depresyon açısından riskli olarak kabul edilmiştir.

Araştırma, Afyon 3, 5 ve 6 No'lu Sağlık Ocakları'nda yapılabilmesi için Afyon İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınarak yürütülmüştür.

2. 5. Verilerin Deęerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS 10,0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) bilgisayar programı kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında Independent samples test (bağımsız iki örneklem t-testi), chi-square tests (ki-kare bağımsızlık testi) uygulanmıştır. Veriler $ort \pm SS$ olarak gösterilip, “ $p < 0,05$ ” anlamlı fark olarak değerlendirilmiştir.

3.BULGULAR

Kadınların % 71,5'inin EPDS puanları 12 ve altında olup postpartum depresyon açısından riskli kabul edilmemiştir. EPDS puanları 13 ve üzerinde olan yani postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen kadınlar, tüm kadınların %28,5'ini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların EPDS puanlarının ortalaması $9,8821 \pm 5,1427$ bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: Kadınların EPDS puanlarına göre dağılımı

EPDS PUANLARI	Sayı	%
12 ve altı	176	71,5
13 ve üzeri	70	28,5
Toplam	246	100,0

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,24 \pm 4,51$, eşlerin yaş ortalaması ise $29,24 \pm 5,00$ 'dir. Tablo 2'de kadınların ve eşlerinin, EPDS puanlarına göre, yaş ortalamaları görülmektedir. EPDS puanlarına göre kadınların ve eşlerinin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla; $t=-0,417$, $P>0,05$; $t=-0,708$, $P>0,05$). (Tablo 2)

Tablo 2: Kadınların ve eşlerinin yaşlarının EPDS puanlarına göre ortalama, standart sapma değerleri

	Kadınların EPDS puanları	
	12 ve altı	13 ve üzeri
Kadının Yaşı	$26,05 \pm 4,53$	$26,32 \pm 4,51$
Eşinin Yaşı	$29,67 \pm 4,91$	$30,17 \pm 5,25$

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. EPDS puanı 12 ve altı olan kadınların %35,2'si ilkokul mezunu, %31,3'ü lise ve dengi okul mezunu, %28,4'ü yüksekokul ya da fakülte mezunudur. EPDS puanı 13 ve üzeri olanların ise, %44,3'ü ilkokul mezunu, %22,9'u lise ve dengi okul mezunu, %21,4'ü yüksekokul ya da fakülte mezunu, %10'u ortaokul mezunudur (Tablo 3). Kadınların EPDS puanlarına göre eğitim durumları karşılaştırıldığında aralarındaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2=7,58$, $df=4$, $P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, eğitim durumlarına bağımlı değildir.

Araştırmaya katılan kadınlardan 13 ve üzeri EPDS puanı olanların %74,3'ünün ev hanımı olup aktif bir işte çalışmadığı, %24,3'ünün memur ve %1,4'ünün işçi olduğu görülmüştür. Kadınlardan EPDS puanı 12 ve altı olanların ise %66,5'i ev hanımı ve %30,1'i ise memurdur (Tablo 3). Benzer şekilde kadınların EPDS puanlarına göre mesleklerinin dağılımında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($\chi^2 = 3,088$, $df=4$, $P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, meslek durumuna bağımlı değildir.

Tablo 3: Kadınların eğitim ve çalışma durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

EĞİTİM DURUMU	Sayı	%	EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
			Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	1	0,4			1	1,4
İlkokul mezunu	93	37,8	62	35,2	31	44,3
Ortaokul mezunu	16	6,5	9	5,1	7	10,0
Lise ve dengi okul mezunu	71	28,9	55	31,3	16	22,9
Yüksekokul ya da fakülte mezunu	65	26,4	50	28,4	15	21,4
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
MESLEK DURUMU	Sayı	%	EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
			Sayı	%	Sayı	%
Ev hanımı	169	68,7	117	66,5	52	74,3
Serbest meslek	4	1,6	3	1,7	1	1,4
İşçi	1	0,4	1	0,6		
Memur	70	28,5	53	30,1	17	24,3
Öğrenci	2	0,8	2	1,1		
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Tablo 4'de görüldüğü gibi kadınların eşlerinin %32,5'i lise ve dengi okul mezunu ve %37'si yüksekokul veya fakülte mezunudur. Kadınların eşlerinin %39,8'i memur, %30,5'i işçi ve %24'ü serbest meslek grubunda çalışmaktadır.

Tablo 4: Kadınların eşlerinin eğitim ve mesleklerine göre dağılımı

EŞİN EĞİTİM DURUMU	Sayı	%
Okur-yazar değil	1	0,4
İlkokul mezunu	43	17,5
Ortaokul mezunu	31	12,6
Lise ve dengi okul mezunu	80	32,5
Yüksekokul yada fakülte mezunu	91	37,0
EŞİN ÇALIŞMA DURUMU		
İşsiz	5	2,0
Serbest meslek	59	24,0
İşçi	75	30,5
Memur	98	39,8
Çiftçi	2	0,8
Öğrenci	1	0,4
Diğer	6	2,4
TOPLAM	246	100,0

Kadınların aylık gelir durumları Tablo 5’de gösterilmiştir. 300 milyon ve altı düşük gelire sahip olan kadınların EPDS puanları diğer gruptaki kadınlara göre daha fazladır. Kadınların EPDS puanlarına göre aylık gelirlerinin dağılımlarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=9,190$, $df=3$, $P<0,05$).

Kadınlara gelir gider durumlarını nasıl gördükleri sorulduğunda, EPDS puanı 13 ve üzeri olanlardan %55,7’si gelirlerini giderlerinden az, %37,1’i gelirlerini giderlerine eşit ve %7,1’i gelirlerini giderlerinden fazla olarak bildirmişlerdir (Tablo 5). Kadınların EPDS puanları bakımından gelir gider durumlarını nasıl gördüklerine göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2=13,747$, $df=2$, $P<0,001$).

Tablo 5: Ailenin gelir- gider durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

AILENİN AYLIK GELİRİ			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
300 milyon ve altı	60	24,4	36	20,5	24	34,3
301-600 milyon arası	56	22,8	46	26,1	10	14,3
601 milyon -1,5 milyar arası	89	36,2	61	34,7	28	40,0
1,5 milyar üzeri	41	16,7	33	18,8	8	11,4
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
GELİR GİDER DURUMU			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelirim giderimden az	92	37,4	53	30,1	39	55,7
Gelirim giderime eşit	129	52,4	103	58,5	26	37,1
Gelirim giderimden fazla	25	10,2	20	11,4	5	7,1
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Araştırmaya katılan kadınların EPDS puanları 13 ve üzeri olanlarının %74,3'ü çekirdek aile, %25,7'si geniş aile tipindedir. 12 ve altı puan alan kadınların da %72,2'sinin çekirdek aile, %27,2'sinin geniş aile tipinde olduğu görülmüştür (Tablo 6). Kadınların aile tiplerine göre dağılımlarının, EPDS puanları bakımından değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, aile tipine bağımlı değildir.

Araştırmaya katılan kadınlardan EPDS puanı 13 ve üzeri olanların %55,7'sinin oturdukları eve sahip olmadıkları, %44,3'ünün ise oturdukları eve sahip oldukları görülmüştür. 12 ve altı EPDS puanı olan kadınların da %50'sinin oturdukları eve sahip olmadıkları, %50'sinin ise oturdukları eve sahip oldukları görülmüştür (Tablo 6). Kadınların oturdukları eve sahip olma durumlarının EPDS puanlarına göre değişmediği bulunmuştur ($P>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların, %88,6'sının bakmakla yükümlü oldukları hasta ya da yaşlı yakınları yokken, %11,4'ünün bakmakla yükümlü oldukları hasta ya da yaşlı yakınları vardır (Tablo 6). Bu yakınların ise %50'si aynı evde birlikte otururken, %50'si birlikte oturmamaktadır. Kadınlardan EPDS puanı 13 ve üzeri olanların %85,7'sinin bakmakla yükümlü olduğu hasta ya da yaşlı yakını yokken, %14,3'ünün vardır. 12 ve altı puan alan kadınların ise %89,8'inin bakmakla yükümlü olduğu hasta ya da yaşlı yakını yok ve %18'inin vardır. Kadınların EPDS puanları, bakmakla yükümlü oldukları hasta ya da yaşlı yakınlarının olup olmama durumuna bağımlı değildir ($P>0,05$).

Tablo 6: Kadınların aile tiplerine ve yaşadıkları ortama ilişkin durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

Aile Tipi			EPDS Puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek aile	179	72,8	127	72,2	52	74,3
Geniş aile	67	27,2	49	27,8	18	25,7
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	67	100,0
Oturduğunuz Ev Size Mi Ait ?			EPDS Puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	127	51,6	88	50,0	39	55,7
Evet	119	48,4	88	50,0	31	44,3
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Hasta ya da Yaşlı Yakınlarınız Var mı?			EPDS Puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	218	88,6	158	89,8	60	85,7
Evet	28	11,4	18	10,2	10	14,3
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %88,6'sının doğum sonrasında yardım için yanında kalan bireylerin olduğu, %11,4'ünün ise yanında kalanın olmadığı görülmüştür (Tablo 7). Kadınların EPDS puanlarının doğumdan sonra yardımcı olmak için birlikte kalan olup olmama durumuna göre dağılımına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Yardımcı olmak için kalan bireylerin yakınlık dereceleri ise; anne (%33,9), kayınvalide (%26,1), dönüşümlü olarak yakınlar (anne-kayınvalide, %23,4) ve diğerleri (%16,5)'dir. Kadınların EPDS puanları, doğum sonrası kendilerine yardımcı olarak kalacak bireyin olması durumuna bağımlı değildir.

Tablo 7: Kadınların doğum sonrası dönemde yardım alma durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

Doğumdan Sonra Size Yardımcı Olmak İçin, Sizinle Birlikte Kalan Herhangi Bir Kişi Oldu Mu?			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	11,4	18	10,2%	10	14,3%
Evet	218	88,6	158	89,8%	60	85,7%
TOPLAM	246	100,0	176	100,0%	70	100,0%

Araştırmaya katılan kadınlardan EPDS puanı 13 ve üzeri olanların % 60'ı normal doğum ve % 40'ı ise sezeryan doğum ile gebeliklerini sonuçlandırmıştır (Tablo 8). Kadınların EPDS puanlarının doğum şekline göre dağılımına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($P<0,05$).

Kadınların EPDS puanlarının ilk gebelik olup olmama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, ilk gebelik olup olmama durumuna bağımlı değildir. Yine EPDS puanı 13 ve üzeri olan kadınlarda istemeden gebe kalma ($P<0,05$) ve kendilerini anneliğe hazır hissetmeme ($P<0,001$) oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8: Kadınların, gebelik ve doğum durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

SON GEBELİĞİN SONUÇLANIŞ ŞEKLİ			EPDS Puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal doğum	119	48,4	77	43,8	42	60,0
Sezeryan	127	51,6	99	56,3	28	40,0
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
GEBELİK DURUMU			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk gebelik	104	42,2	80	45,5	24	34,3
İlk gebelik değil	142	57,8	96	54,5	46	65,7
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
EN SON GEBELİĞİNİZDE İSTEYEREK Mİ GEBE KALDINIZ?			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	19	7,7	8	4,5	11	15,7
Evet	170	69,1	127	72,2	43	61,4
İsteyerek hamile kalmadım ancak sonradan kabullendim	57	23,2	41	23,3	16	22,9
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
KENDİNİZİ ANNELİĞE HAZIR HİSSEDİYOR MUYDUNUZ?			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	44	17,9	22	12,5	22	31,4
Evet	202	82,1	154	87,5	48	68,6
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Kadınların depresyon puanlarının evlenme tipine göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2=3,011$, $df=2$, $P>0,05$). Kadınların depresyon puanları, evlenme tipine bağımlı değildir.

Kadınların 13 ve üzeri depresyon puanı olanların %27,1'i kendilerini evliliğe hazır hissetmediklerini, %72,9'u kendilerini evliliğe hazır hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 9). Kadınların depresyon puanlarının kendilerini evliliğe hazır hissetme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($P<0,01$). Kendilerini evliliğe hazır hissetmeyen kadınların, kendilerini evliliğe hazır hissedenlere göre depresyon puanlarının yüksek olma olasılığı daha fazladır.

Araştırmaya katılan kadınların evlilik sürelerinin ortalaması $5,41\pm 3,79$ 'dur. EPDS puanları 12 ve altı olan kadınların evlilik süreleri $5,33\pm 3,71$ olarak, 13 ve üzeri olanların ise $5,61\pm 4,03$ olarak bulunmuştur. Kadınların evlilik sürelerinin ortalamalarına göre EPDS puanlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($P>0,05$).

Tablo 9: Kadınların evlilik durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

EVLENME TİPİ			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Görücü usulü	125	50,8	84	47,7	41	58,6
Önceden tanışıp, anlaşarak	119	48,4	91	51,7	28	40,0
Diğer	2	0,8	1	0,6	1	1,4
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
KENDİNİZİ EVLİLİĞE HAZIR HİSSEDİYOR MUYDUNUZ?			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	39	15,9	20	11,4	19	27,1
Evet	207	84,1	156	88,6	51	72,9
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Kadınların gebelikte aldıkları kilo ortalaması $12,97\pm 5,04$ bulunmuştur. Kadınların %41,9'u gebelik öncesi kilolarına dönmek konusunda endişe yaşarken, %79,3'ü ise gebelik öncesi kilolarına dönmek için herhangi bir girişimde bulunmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 10).

Araştırmaya katılan kadınların EPDS puanlarına göre gebelikte aldıkları kiloların ortalamalarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t=3,148$, $P<0,01$). Doğumdan sonra EPDS puanı 13 ve üzeri olan kadınlar ($11,4\pm 4,17$) gebeliklerinde, EPDS puanı 12 ve altı olan kadınlardan ($13,6\pm 5,22$) daha az kilo almışlardır.

EPDS puanlarına göre kadınların kilo endişelerine bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, kilo endişelerine bağımlı değildir.

Tablo 10: Kadınların gebelikte aldıkları kilo durumlarına göre EPDS puanlarının dağılımı

Gebelik Öncesi Kilonuza Dönmek İçin Herhangi Bir Girişimde Bulundunuz Mu?	EPDS puanları					
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	195	79,3	103	58,5	40	57,1
Evet	51	20,7	73	41,5	30	42,9
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
Gebelik Öncesi Kilonuza Dönmek Konusunda Herhangi Bir Endişeniz Oldu Mu?						
	Sayı	%				
Hayır	143	58,1				
Evet	103	41,9				
TOPLAM	246	100,0				

Kadınların, gebelik ve doğum ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir. Kadınların gebelik döneminde eğitim alma durumlarının dağılımında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P<0,01$). Gebelik ve doğum ile ilgili herhangi bir eğitim almayan kadınların, gebelik ve doğum ile ilgili herhangi bir eğitim alan kadınlara göre postpartum depresyon oluşumu olasılığı daha fazladır.

Tablo 11: Kadınların, gebelik ve doğum ile ilgili eğitim alıp almama durumlarına göre dağılımı

GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ HERHANGİ BİR EĞİTİM ALDINIZ MI?	EPDS puanları					
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	134	54,5	85	48,3	49	70,0
Evet	112	45,5	91	51,7	21	30,0
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0

Tablo 12’de kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri boyunca sağlık kontrolüne gitme durumları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların gebelikleri boyunca ebe tarafından yapılan sağlık kontrolünün ortalaması $2,75\pm 3,17$ ’dir. Kadınların çoğu (%31,7) gebelikleri boyunca sağlık ocağına+özel muayenehaneye gitmişlerdir.

Kadınların EPDS puanlarının, ebe tarafından yapılan sağlık kontrol sayısı gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, ebe tarafından yapılan sağlık kontrol sayılarına bağımlı değildir.

Kadınların doktor tarafından yapılan sağlık kontrolü sayısının ortalaması $7,58\pm 5,14$ olarak bulunmuştur. Kadınların EPDS puanlarının, doktor tarafından yapılan sağlık kontrol sayısı gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2=4,807$, $df=3$, $P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, doktor tarafından yapılan sağlık kontrol sayılarına bağımlı değildir.

Tablo 12: Kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri boyunca sağlık kontrolüne gitme durumları

EBE TARAFINDAN YAPILAN SAĞLIK KONTROLÜ SAYISI			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç yapılmadı	102	41,5	71	40,3	31	41,5
1-5 kere	96	39,0	68	38,6	28	39,0
6 ve daha fazla	48	19,5	37	21,0	11	19,5
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
DOKTOR TARAFINDAN YAPILAN SAĞLIK KONTROLÜ SAYISI			EPDS puanları			
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç yapılmadı	13	5,3	6	3,4	7	10,0
1-5 kere	81	32,9	60	34,1	21	30,0
6 -10 kere	99	40,2	70	39,8	29	41,4
10 ve daha fazla	53	21,5	40	22,7	13	18,6
TOPLAM	246	100,0	176	100,0	70	100,0
SAĞLIK KONTROLÜNE GİTTİĞİ KURUM						
	Sayı	%				
Sağlık ocağı	10	4,1				
Devlet hastanesi	4	1,6				
SSK	1	0,4				
Üniversite hastanesi	48	19,5				
Özel sağlık kurumu	3	1,2				
Özel muayenehane	40	16,3				
Sağlık ocağı+ Özel muayenehane	78	31,7				
Sağlık ocağı+ Devlet hastanesi	24	9,8				
Sağlık ocağı+ Üniversite hastanesi	19	7,7				
Sağlık ocağı+ SSK	15	6,1				
Sağlık ocağı+ Özel sağlık kurumu	1	0,4				
Hiç gitmeyenler	3	1,2				
TOPLAM	246	100,0				

Kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri sırasındaki geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları Tablo 13'de gösterilmiştir. Kadınlarda gebelikleri sırasında en sık görülen rahatsızlıklar Abortus İmmineans ve Hiperemezis Gravidarum'dur. Kadınların gebelikleri sırasında rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna göre EPDS puanlarının dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, gebeliklere sırasında rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna bağımlı değildir.

Tablo 13: Kadınların EPDS puanlarına göre gebelikleri sırasındaki geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları

GEBELİK SIRASINDA GEÇİRDİĞİNİZ HERHANGİ BİR RAHATSIZLIK OLDU MU?	EPDS puanları					
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	175	71,1	125	71,0	50	71,4
Evet	71	28,9	51	29,0	20	28,6
Toplam	246	100,0	176	100,0	70	100,0
RAHATSIZLIĞINIZ NE İDİ?	Sayı	%				
Hiperemezis Gravidarum	14	19,7				
Abortus İmmineans	22	31,0				
Preterm Eylem	4	5,6				
Oligohidroamniyoz	6	8,5				
Üst solunum yolu enfeksiyonu	5	7,0				
Hipertansiyon	7	9,9				
Varis	5	7,0				
İdrar yolu enfeksiyonu	3	4,2				
Pupp (Gebelik alerjisi)	1	1,4				
Hidronefroz	1	1,4				
Gestasyonal diyabet	2	2,8				
Servikal yetmezlik	1	1,4				
TOPLAM	71	100,0				

Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları Tablo 14'de gösterilmiştir. Doğumdan sonra kadınlarda çoğunlukla angajman, mastit ve hastane enfeksiyonuna rastlanmıştır. Kadınların doğum sonrasında bir rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna göre EPDS puanlarının dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, doğum sonrasında rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna bağımlı değildir.

Tablo 14: Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları

DOĞUM SONRASINDA GEÇİRDİĞİNİZ HERHANGİ BİR RAHATSIZLIK OLDU MU?	EPDS puanları					
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	234	95,1	167	94,9	67	95,7
Evet	12	4,9	9	5,1	3	4,3
Toplam	246	100,0	176	100,0	70	100,0
RAHATSIZLIĞINIZ NE İDİ?	Sayı	%				
Hemoroid	1	8,3				
Hastane enfeksiyonu	2	16,7				
Vajinal kanama	1	8,3				
Anksiyete	1	8,3				
Safra kesesi operasyonu	1	8,3				
Otit	1	8,3				
Angajman	3	25,0				
Mastit	2	16,7				
TOPLAM	12	100,0				

Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında bebeklerinin geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları Tablo 15'de gösterilmiştir. Bebeklerde en sık görülen rahatsızlık ise hiperbilirubinemi'dir. Kadınların doğum sonrasında bebeklerinin rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna göre EPDS puanlarının dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Kadınların EPDS puanları, doğum sonrasında bebeklerinin rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna bağımlı değildir.

Tablo 15: Kadınların EPDS puanlarına göre doğum sonrasında bebeklerinin geçirdikleri rahatsızlıkların dağılımları

DOĞUM SONRASINDA BEBEĞİNİZDE GELİŞEN HERHANGİ BİR RAHATSIZLIK OLDU MU?	EPDS puanları					
			12 ve altı		13 ve üzeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	188	76,4	136	77,3	52	74,3
Evet	58	23,6	40	22,7	18	25,7
Toplam	246	100,0	176	100,0	70	100,0
RAHATSIZLIK NE İDİ?	Sayı	%				
Hiperbilirubinemi	35	60,3				
Göz kanalı tıkanıklığı	1	1,7				
Prematürite	7	12,1				
Hipertiroid	1	1,7				
Bronşit	6	10,3				
Otit	2	3,4				
Omfolit	3	5,2				
Menenjit	2	3,4				
RDS	1	1,7				
TOPLAM	58	100,0				

4.TARTIŞMA

Pek çok ebeveyn bebeğin doğumundan neşe ve mutluluk duymalarına rağmen, ebeveyn olma becerisinin işleve konması ile birlikte kendileri için stresli durum ve olaylarla karşılaşmaktadır (53). Ebeveynliğe geçiş süreci, üzerinde tartışılan önemli bir konudur. Özellikle ilk kez ebeveyn olma bir kriz olayıdır. Ebeveynliğe geçiş, postpartum periyot boyunca devam etmesine rağmen, annenin anne olma ve yenidoğan ile ilgili ilk deneyimleri, yenidoğanın bakımını ve kendi öz bakımını yapabilme gücü ve bilgi edinme, öğrenme kaynakları yaşanan bu kriz olayının boyutunu etkileyen önemli faktörlerdir (15).

Postpartum psikiyatrik hastalıklar içinde en yaygın olarak görülen postpartum depresyondur. Postpartum depresyon geçiren annelerin çoğunda, doğumdan sonraki 6 hafta içinde semptomlar gelişmektedir (54). Postpartum depresyon özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebe ve loğusa izlemleri sırasında akılda bulundurulması gereken bir durumdur (55).

Postpartum depresyonun 13 önemli risk faktörü belirlenmiştir. Bunlar;

1. Doğum öncesi depresyon
2. Çocuk bakım stresi
3. Yaşam stresi
4. Sosyal destek
5. Doğum öncesi kaygı
6. Evlilik memnuniyeti
7. Geçirilmiş depresyon
8. Bebek mizacı
9. Annelik hüznü
10. Özsaygı
11. Sosyoekonomik durum
12. Medeni durum
13. İstenmeyen/planlanmamış hamilelik'lerdir(29).

Postpartum depresyon farklı nedenleri olabilen, sosyokültürel özelliklerden etkilenebilen ve sıklığı geniş bir aralıkta değişebilen bir sağlık sorunudur (55). Postpartum depresyonun prevalansını belirlemek amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanısal değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması birbirinden farklı prevalans değerlerinin (%5,5- %45,0) elde edilmesine neden olmuştur (16). Ekuklu ve ark. (55) Edirne Merkez İlçede yaptıkları çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığını %36 oranında bulmuşlardır. Sünter ve ark. (17) ise Samsun İl Merkezi'nde doğum sonrası depresyon prevalansını araştırdıkları çalışmada 13 ve üzeri EPDS puanı alan kadınların %23,1 olduğunu saptanmışlardır. Bununla birlikte Danacı ve ark.'nın yaptığı çalışmada (56) doğum sonrası depresyonun sıklığı Manisa İl Merkezi'nde % 14 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda EPDS puanı 13 ve üzeri olan kadınlar postpartum depresyon açısından riskli olarak kabul edilmiştir ve bu oran %28,5 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan EPDS'dan 13 ve üzeri puan alan kadınların oranının %28,5 olması literatürde bildirilen sınırlar içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalardaki farklı sonuçların, çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Büyükkoca'nın (23), İzmir'de algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada annelerin postpartum depresyon düzeyi ile özel bir insandan, aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyi araştırılmıştır. Bu üç grupta da kadınların postpartum depresyon düzeyi ile arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani özel bir insan, aile ya da arkadaştan alınan sosyal destek düzeyi arttıkça, postpartum depresyon puanı düşmektedir. Türkistanlı ve ark.'nın (57) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların bebek bakımında destek alma durumlarına bakıldığında %43'ünün destek aldığı, %57'sinin ise almadığı saptanmıştır. Bakımda destek alan kadınların bu desteği büyük çoğunlukla annelerinden (%44,2) ya da kayınvalidelerinden (%32,6) aldıkları belirlenmiştir. Ancak yapılan analizde kadınların bebek bakımında destek almalarının depresyon durumunu etkilemediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda kadınların doğum

sonrasında yardım alma durumları araştırılmış ve %89,8'inin yardım aldığı, %10,2'sinin de yardım almadığı görülmüştür. Kadınların yanında yardımcı olmak için kalan bireyin yakınlık derecesine bakıldığında ise %33,9'unun anne, %26,1'inin kayınvalide ve %23,1'ininde dönüşümlü olarak yakınlar (anne ve kayınvalide) oldukları görülmüştür. Bizim çalışmamızın Türkistanlı ve ark. nın (57) çalışmasına paralel olarak kadınların doğumdan sonra bebek bakımında destek almaları ile depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte doğum sonrasında yardımcı olunması da bir sosyal destek olarak düşünüldüğünde bizim çalışmamızın sonucunun Büyükkoca'nın (23) çalışmasının sonucu ile de benzer olmadığı görülmüştür.

Beden imgesi; bireyin kendi bedenine ilişkin duygularını, düşüncelerini ve çevresine karşı tepkilerini belirleyen temel bir kavramdır. Organ kayıpları, kazalar, yanıklar v.b. pek çok durumun yanı sıra, gebelik ve loğusalık da beden imgesini etkileyebilmektedir (58). Çalışmamızda 13 ve üzeri EPDS puanı olan gebeliklerin aldıkları kilo ortalamasının, 12 ve altı EPDS puanı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur. Postpartum depresyon için literatürde 13 önemli risk faktörü arasında doğum öncesi yani gebelikte geçirilen depresyon bulunmaktadır. Bu bilgi doğrultusunda postpartum depresyon geçiren kadınların gebeliklerinde de depresyon görülme olasılığı fazladır. Depresyonun temel belirtilerinden olan iştahsızlık nedeni ile de kadınların gebeliklerinde daha az kilo aldıkları düşünülebilir

Ayrıca araştırmaya katılan kadınların %58,1'i gebelik öncesi kilolarına dönmek konusunda endişe duymadıklarını, %41,9'u ise endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Ancak doğum sonrası dönemde gebelik öncesi kilolarına dönmek için girişimde bulunan kadınların oranı %20,7 olarak bulunmuştur. EPDS puanları 13 ve üzeri olan depresyon açısından riskli kabul edilen gruptaki kadınlardan ise %57,1'inin kilo endişesi yaşamadığı, %42,9'unun kilo endişesi yaşadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınların kilo endişeleri ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kadın sağlığı hizmetleri içinde 15-49 yaş üreme çağındaki kadınların sağlık personeli tarafından evlerinde yılda iki kez ziyaret edilmesi yer almaktadır. Kırsal alanda daha başarılı uygulanan bu ziyaretler, kentsel alanlarda etkin şekilde

uygulanamamaktadır (59). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 1998 verilerine göre gebelerin ancak %67,5'i en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almaktadır. Gebelik sırasında kontrolün %60,2'si hekim tarafından ve %7,3'ü ise ebe-hemşire tarafından yapılmaktadır (59). Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların %58,5'inin ebe tarafından gebelikleri sırasında sağlık kontrolü yapılırken, %41,5'inin ebe tarafından gebelikleri sırasında hiç sağlık kontrolü olmadıkları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın TNSA verilerine benzerlik göstermediği, Afyon İl Merkezinde, kentsel alan olmasına rağmen ebe tarafından doğum öncesi bakım alma durumunun ülke ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur.

Dündar ve ark.'nın (60) yarı-kentsel olan Manisa İl Merkezi'ne bağlı 5 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada gelir durumunu iyi olarak belirten kadınların %26,9'unda depresyon belirlenmişken, kötü olarak nitelendiren kadınların %58'inde depresyon bulunmuştur. Yine Gülseren ve ark. (61) alt gelir grubunda olanların depresyon puanlarının eşik üstü olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da araştırmaya katılan kadınlardan aylık gelirleri düşük olan ve gelirlerini giderlerinden az olarak tanımlayanların EPDS puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu Dündar ve ark.'nın (60) ve Gülseren ve ark.'nın (61) çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Gelir durumları iyi olan kadınların yaşam koşullarının rahat olması nedeniyle depresyondan daha az etkilenmesi beklenebilir.

Literatürde doğum biçiminin depresyonda etkili olmadığı bildirilmekle birlikte, aksi yönde veriler de vardır (16). Türkistanlı ve ark. (57) İzmir Bornova İlçesi'nde yaptıkları çalışmada normal doğum yapmış kadınlarda, sezeryan ile doğum yapmış kadınlarla karşılaştırıldığında daha yüksek postpartum depresyon riski saptanmıştır. Sünter ve ark. (17) normal vajinal yolla doğum yapmanın depresyon riskini 2,2 kat daha fazlalaştırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Buna karşın Atasoy ve ark. (22) benzer bir ilişkiyi Zonguldak'ta yürüttükleri çalışmada bulamamışlardır. Bu çalışmada da normal yolla doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon riski yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda doğum şeklinin depresyon üzerine etkisi Türkistanlı ve ark. (11) ile Sünter ve ark. (17) nın yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken, Atasoy ve ark. (22) nın çalışması ile farklılık göstermektedir. Normal doğum eyleminde

ağrının fazla olması, annenin eylem sırasında çok yorulması, doğum sırasında mahremiyetine yeterince özen gösterilememesi gibi sebeplerle kadın olumsuz etkilenmektedir. Bununla birlikte sezeryan daha çok sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınların tercih ettiği bir doğum yöntemidir. Düşük sosyoekonomik durumun postpartum depresyon oluşumu için önemli bir risk faktörü olması sonucu ile çalışmamızın diğer sonuçlarından olan normal doğum yapma bu anlamda birbiri ile örtüşmektedir.

Ekuklu ve ark. (55) istenmeyen gebeliğin doğum sonrası depresyon sıklığını neredeyse iki kat arttırdığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da istenmeyen gebelik sonucunda postpartum depresyon riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. İstenmeyen gebelik kadının yaşamındaki en stresli olaylardan biridir (62). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için yaygın aile planlaması hizmetleri, aile planlamasında bilgilendirme- eğitim-iletişim ve danışmanlık gerekmektedir (63).

Çakmakçı ve ark. (45) gebelikte olumlu davranışları değerlendiren bir envanter geliştirmek için çalışma yapmışlardır. Bu çalışma Manisa ilinde 8 No'lu Sağlık ocağı bölgesinde Ekim 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında belirlenen 90 gebe ile birlikte yapılmıştır. Bu çalışmada gebelerin doğum öncesi dönemde herhangi bir eğitim alma durumları incelendiğinde, %88,9'unun eğitim almadığı ve %11,1'inin eğitim aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumları ile olumlu davranış indeks skorları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise, kadınların gebelik ve doğum ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumları sorgulandığında; %45,5'inin eğitim aldığı, %54,5'inin ise eğitim almadığı görülmüştür. Çakmakçı ve ark.nın (45) çalışmasının yapıldığı bölgedeki eğitim alan kadın oranının bizim çalışmamızın oranından daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca depresyon puanı 13 ve üzeri olan kadınların %30'unun eğitim aldığı, %70'inin ise herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarımıza göre doğum sonrasında sık görülen angajman ve mastitin kadınlar için büyük bir sıkıntı kaynağı olduğu, bu rahatsızlıklarında çoğunlukla bilgi eksikliğinden gelişeceği düşünülmektedir. Emzirme ve hijyen konusunda yeterli eğitim almayan kadınlarda daha fazla görülme olasılığı olan bu rahatsızlıklar kadında depresyon için bir etken olabilir. Yeterli eğitim

ile bu rahatsızlıkların oluşması dolayısı ile de postpartum dönemde depresyonun önlenmesi olasılığı yükselmektedir.

Vural ve Akkuzu'nun (64) yaptıkları çalışmada evlilik süresi ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Gülseren ve ark. nın (63) çalışmasında doğumdan sonra yapılan ilk değerlendirme sonuçlarına göre kadınların evlilik sürelerinin uzun olması depresyon için öngörücü etmen olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise araştırmaya katılan kadınların evlilik süreleri ile depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Evlilik süreleri kadınların EPDS puanlarına bir etken oluşturmamaktadır. Çalışmamız diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında Vural ve Akkuzu'nun (64) çalışması ile benzerlik gösterirken, Gülseren ve ark. nın (63) çalışması ile farklılık göstermektedir.

Büyükkoca'nın (23) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların evlenme tipleri incelendiğinde kadınların depresyon puan ortalamaları ile evlenme tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Görücü usulü ile evlenenlerde daha yüksek depresyon puanları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise 13 ve üzeri EPDS puanı olan kadınların %58,6'sının görücü usulü, %40,0'nın anlaşarak evlendiği görülmüştür. Çalışmamızda kadınların evlilik tipine göre EPDS puanlarının dağılımlarına bakıldığında Büyükkoca'nın (23) çalışmasından farklı olarak depresyon puanı ile evlilik tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Büyükkoca'nın (23) aynı çalışmasında kadınların kendilerini anneliğe hazır hissetme ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında, kendini hazır hissettiğini ifade edenlerin depresyon puan ortalamasının hazır hissetmediğini ifade edenlerin depresyon puan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre de benzer şekilde kadınlarından kendilerini anneliğe hazır hissedenlerin hazır hissetmeyenlere göre postpartum depresyondan daha az etkilenecekleri söylenebilir.

Aile tiplerinin incelendiği DüNDAR ve ark.'nın (62) çalışmasında, bu durumun postpartum depresyonu etkilemediği ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde Ekuklu ve ark.'nın (55) çalışmasında kadınların %75'inin çekirdek aile biçiminde yaşadıkları ve aile tipinin postpartum depresyon için bir risk faktörü olmadığı görülmüştür. Vural ve Akkuzu (64) da çalışmalarında aynı sonuca varmışlardır. Bizim çalışmamızda da araştırmaya katılan

kadınlardan EPDS puanı 13 ve üzeri olanların %74,3'ünün çekirdek aile yapısında ve %25,7'sinin geniş aile yapısında olduğu görülmüştür. 12 ve altında EPDS puanı olan kadınların ise %72,2'sinin çekirdek aile, %27,8'inin geniş aile yapısına sahip oldukları saptanmıştır. Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda doğum sonrası depresyon ile aile yapısının istatistiksel olarak benzerlik gösterdiği ve aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.

5.SONUÇ

1. Afyon il merkezinde postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen kadınların oranı % 28,5 olarak bulunmuştur.
2. Kadınlarda doğum sonrasında yardım alma durumlarının EPDS puanlarını etkilemediği bulunmuştur.
3. Doğumdan sonra EPDS puanı yüksek olan, postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen kadınların gebeliklerinde daha az kilo aldıkları bulunmuştur.
4. Araştırmaya katılan kadınların gebeliklerinde aldıkları kiloları doğumdan sonra vermek konusunda endişe duymalarının EPDS puanlarını etkilemediği görülmüştür.
5. Afyon il merkezinde ebe tarafından doğum öncesi bakım alma durumunun ülke ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur.
6. Normal vajinal doğum yapan kadınların postpartum depresyon oluşumu riskinin sezeryan doğum yapan kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.
7. Araştırmaya katılan kadınların isteyerek gebe kalma durumları ile EPDS puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların istemeyerek gebe kalmaları postpartum depresyon oluşumu riskini artırmaktadır.
8. Kadınların EPDS puanlarının aylık gelirlerine göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Düşük gelir grubundaki kadınlar için postpartum depresyon oluşum riski daha fazladır.
9. Ayrıca kadınların depresyon puanları ile gelir gider durumlarını nasıl gördüklerine göre dağılımlarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani gelirlerini giderlerinden az olarak tanımlayan kadınların postpartum depresyon riski diğer kadınlara göre daha fazladır.
10. Kadınların gebelik ya da doğumla ilgili herhangi bir eğitim alma durumunun postpartum depresyon gelişimi riskini azalttığı bulunmuştur.
11. Araştırmaya katılan kadınların evlilik sürelerinin postpartum depresyon oluşumu için bir risk etmeni olmadığı bulunmuştur.

12. Kadınların evlenme tipinin görücü usulü ya da anlaşarak olmasının postpartum depresyon oluşumu için bir risk faktörü olmadığı bulunmuştur.
13. Kendilerini anneliğe hazır hissetmeyen kadınların postpartum depresyon riski daha fazla olduğu bulunmuştur.
14. Kadınların aile tiplerinin çekirdek ya da geniş aile olmasının, postpartum depresyon açısından bir risk faktörü oluşturmadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak; kadınların doğum sonrasında yardım alma durumlarının, gebeliklerinde aldıkları kiloları doğumdan sonra vermek konusunda endişe duymalarının, evlenme tiplerinin, evlilik sürelerinin ve aile tiplerinin postpartum depresyon oluşumu açısından risk faktörü olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte postpartum depresyon açısından riskli kabul edilen kadınların ise; gebeliklerinde daha az kilo aldıkları, normal vajinal doğum yaptıkları, daha çok istemeyerek gebe kaldıkları, aylık gelirlerinin düşük olduğu, gelirlerini giderlerinden az olarak tanımladıkları, gebelik ya da doğumla ilgili herhangi bir eğitim alma durumlarının az olduğu ve çoğunlukla kendilerini anneliğe hazır hissetmedikleri saptanmıştır. Anne adaylarının gebelikte ve doğum sonrası dönemde olabilecek değişikliklere hazırlanarak ve gerekli eğitimler verilerek postpartum depresyon gelişimi riski azaltılabilir. Bunun için tüm sağlık personelinin, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren personellerin postpartum depresyon oluşumunu etkileyen risk faktörlerini bilmesi ve postpartum depresyon yaşaması olasılığı olan kadınların erken tanı ve tedavilerinin sağlanması önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Alper Y., Bayraktar, E., Karaçam, Ö., (2000) Herkes İçin Psikiyatri, Gendaş A. Ş., İstanbul.
2. Işık E., (2003) Depresyon ve Tedavi Yaklaşımı. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık, İstanbul.
3. Geçici Ö., *Depresif Bozukluk Alt Tiplerinde Serum Leptin Düzeyi ve Antidepresan Tedaviyle İlişkisi* (Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı), 2002
4. Işık E., (2001) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Hastalıklar, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara.
5. Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., et al. (1993) Sex and depression in the National Comorbidity Survey, 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 29, 85-96
6. Akdeniz F., Gönül A.S., (2004) Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 7, 70-75.
7. Akan N. (1997) Doğum Sonu Dönem. In: Taşkın L. (Ed) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (II. Baskı). Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
8. Mucuk S., Güler N., (2002) Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(1), 21-30.
9. Dikencik B.K., Beji N. K., (1999) Loğusalık Bakım Modelleri. *Perinatoloji Dergisi* 7(3), 233-237
10. Bayar R., Gökçay G., (1999) Bebeğe Yaklaşım. In: Ekşi A. (Ed) Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Nobel Tıp Yayınevi, İstanbul.
11. Sertbaş G., (1998) Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşire Dergisi* 48(6), 16-20

12. Sorias S., *Hasta ve Normallerde Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkilerinin Araştırılması* (Doçentlik Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi), 1982
13. Sadıkoğlu G., Kadın Sağlığı ve Mental Sağlık Konseptleri, [http:// google.com](http://google.com)
14. Balcombe J., (1996) Postnatal depression how can the distress be alleviated. *Nursing Times* 92(19), 29-33
15. Kızılkaya N., (1996) Annelerin Erken Loğusalık Dönemindeki İlgilerinin Belirlenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 4(4), 245-248
16. Gülseren L., (1999) Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 10(1), 58-67
17. Sünter A.T., Güz H., Ordulu F., Öz H., Peşken Y., Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı ve Risk Faktörleri, [http:// altavista.com](http://altavista.com)
18. Sarandöl A., (2003) Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 17, 4-11
19. Amerikan Psikiyatri Birliği (1998) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-IV (*Dördüncü Baskı*). (Çev. ed: Köroğlu E.,) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
20. Dünya Sağlık Örgütü (1993) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, (Çev.ed: Öztürk M.O., Uluğ B.,) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.
21. Kara B., Çakmaklı P., Nacak E., Türeci F., (2001) Doğum Sonrası Depresyon. *Sted Dergisi* 10(9), 333-334
22. Atasoy N., Bayar Ü., Sade H., ve ark. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etkenleri, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 432-433
23. Büyükkoca M., *Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yükseklisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2001
24. Harris B., Johns S., Fung H., et al. (1989) The hormonal environment of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 154, 660-667

25. Harris B., (1994) Biological and hormonal aspects of postpartum depressive mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. *Br J Psychiatry* **164**, 288-292
26. Nonacs R., Cohen L.S., (2000) Postpartum psychiatric syndromes. In: Sadock B.J., Sadock V.A., (eds) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (7th Edition) Baltimore
27. Parry B.L., (1995) Postpartum psychiatric syndromes. Comprehensive Textbook of Psychiatry. (6th Edition) Baltimore
28. Mallet P., Andrew M., Hunter C., et al. (1995) Cognitive function, thyroid status and postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand* **91**, 243-246
29. Beck C.T., (2001) Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *JOGNN* **31(4)**, 394-402
30. Dennis C.L., (2004) Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *Journal of Affective Disorders* **78(2)**, 163-169
31. 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**, 782-786
32. Engindeniz A.N., Küley I., Kültür S., (1997) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52
33. Nielson F. D., Videbech P., Hedegaard M., et al. (2000) Postpartum Depression : identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol* **107**, 1210-17
34. Gülşen G., (2001) Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar, [http:// google.com](http://google.com)
35. Kumar R., (1994) Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **29**, 250-64
36. Carter A. S., Baker C.W., Brownell K.D., (2000) Body mass index, eating attitudes. and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosom Med* **62**, 264-70

37. Bergant A., Nguyen T., Moser R., et al. (1998) Prevalence of depressive disorders in early puerperium. *Gynakol Geburtshil fliche Rundsch* **38(4)**, 232-237
38. Abou Saleh M.T., Ghubash R., (1997) The prevalence of postpartum depression in Japon. *Acta Psychiatr Scand* **95(5)**, 428-432
39. Glasser S., Barell V., Shoham A., et al. (1998) Prospective study of postpartum depression in an Israell cohort : prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **19(3)**, 155-164
40. Da Silva V.A., Moraes Santos A.R., Carvalho M.S., et al. (1998) Prenatal and postnatal depression among low income Brazillion women. *Braz J Med Biol Res* **31(6)**, 799-804
41. Hickey A.R., Boyce P.M., Elwood et al. (1997) Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust* **167(5)**, 244-247
42. Kırılı S., Doğum Sonrası Depresyon, [http:// saglık.tr.net](http://saglık.tr.net)
43. Gjerdingen D., The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants, [http:// PubMed:14645327](http://PubMed:14645327)
44. Yurdakul M., Özdağ N., (1995) Annelerin Gebeliklerindeki Risk Faktörleri ve Doğum Öncesi Kontrole Gitme Durumları. *Türk Hemşireler Dergisi* **47(4)**, 2-7
45. Çakmakçı A., Eser E., (2003) Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma. *Hemşirelik Forumu* **6(3)**, 8-19
46. Cooper P.J., Murray L., (1997) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood* **77**, 97-101
47. Stein A., Gath D.H., Bucher J., Bond A., Day A., Cooper P.J., (1991) the Relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry* **158**, 46-52
48. Frome E., Annelik, [http:// www.geocities.com/Paris/Bistro/8114/annelik](http://www.geocities.com/Paris/Bistro/8114/annelik)
49. Beck C.T., Reynolds M.A., Rutowski P., (1992) Maternity blues and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* **21(4)**, 287-93.
50. Dean C., Williams R.J., Brockington I.F., (1989) Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol Med* **19**, 637-647

51. Annagür B.B., Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar, [http:// google.com](http://google.com)
52. Afyon İl Sağlık Müdürlüğü., (2003) 2003 Yılı İstatistik Verileri
53. Groer M.W., Davis M.W., Hemphill J., (2002) Postpartum Stres: Current Concepts and the Possible Protective Role of Breastfeeding. *JOGNN* 31(4), 411-417
54. Jones H.W., Venis J.A., (2001) Postpartum Psychiatric Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services* 39(12), 23-30
55. Ekuklu G., Tokuç B., Eskiocak M., Berberoğlu U., Saltık A., Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Bazı Etmenler, [http:// altavista.com](http://altavista.com)
56. Danacı A.E., Dinç G., Deveci A., Şen F.S., İçelli İ., (2000) Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11(3), 204-211
57. Türkistanlı E. Ç., Pektaş İ., Dikici İ., İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi , İzmir, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi
58. Arslan H., Korkmaz N.B., Gündüz G., (2003) Loğusaların Doğum Sonu Erken Dönemdeki Beden İmgesi Düzeylerinin Araştırılması, Ankara, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 49.Poster
59. T.C. Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı, (2000) Türkiyede Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu 158-168
60. DüNDAR P.E., Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, [http:// google.com](http://google.com)
61. Gülseren L., Erol A., Gülseren Ş., Kılıç B., Kütey L., (2003) Doğum Sonrası Depresyonun Yaygınlığı ve Psikososyal Risk Etmenleriyle İlişkisi, 39.Ulusal Psikiyatri Kongresi
62. Taştekin A., Evli Kadınlarda Elektif Kürtaj ve Depresyon İlişkisi (Yükseklisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2004
63. Saruhan A., Ünsal Ş.. (2003) Kürtajda Suçluluk. *Hemşirelik Forumu* 6(3). 19-27

64. Vural G., Akkuzu G., (1999) Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu 10.Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 3(1), 33-37

EKLER**EK 1: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

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

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.
 - Her zaman olduğu kadar
 - Artık pek o kadar değil
 - Artık kesinlikle o kadar 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 yada 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 başa çıkamıyorum.
 - Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum.
 - Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.
- 7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
- 8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, oldukça sık
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman
- 9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
 - Evet, çoğu zaman
 - Evet, oldukça sık
 - Çok seyrek
 - Hayır, asla
- 10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
 - Evet, oldukça sık
 - Bazen
 - Hemen hemen hiç
 - Asla

EK 2: ANKET FORMU

**DOĞUM SONRASI DEPRESYON OLUŞUMUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI
ANKET FORMU**

Adınız-Soyadınız:

Adres:

Telefon:

1. Yaşınız:
2. Eşinizin yaşı:
3. Eğitim durumunuz nedir?
 1. () Okur-yazar değil
 2. () Okur-yazar
 3. () İlkokul mezunu
 4. () Ortaokul mezunu
 5. () Lise ve dengi okul mezunu
 6. () Yüksekokul yada fakülte mezunu
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 1. () Okur-yazar değil
 2. () Okur-yazar
 3. () İlkokul mezunu
 4. () Ortaokul mezunu
 5. () Lise ve dengi okul mezunu
 6. () Yüksekokul yada fakülte mezunu
5. Mesleğiniz nedir?
 1. () Ev hanımı
 2. () Serbest meslek
 3. () İşçi
 4. () Memur (devlet yada özel sektörde)
 5. () Çiftçi
 6. () Öğrenci
 7. () Diğer

6. Eşinizin mesleği nedir?

1. () Ev hanımı
2. () Serbest meslek
3. () İşçi
4. () Memur (devlet yada özel sektörde)
5. () Çiftçi
6. () Öğrenci
7. () Diğer

7. Ailenizin aylık geliri nedir?

1. () 300 milyon ve altı
2. () 301- 600 milyon arası
3. () 601 milyon- 1,5 milyar arası
4. () 1,5 milyar üzeri

8. Sizce gelir gider durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

1. () Gelirim giderimden az
2. () Gelirim giderime eşit
3. () Gelirim giderimden fazla

9. Bağlı olduğunuz sağlık güvencesi nedir?

1. () Sağlık güvencem yok
2. () Bağ kur
3. () SSK
4. () Emekli Sandığı
5. () Devlet tarafından sosyal güvence sağlananlar (yeşil kat gibi)
6. () Özel Sağlık Sigortası

10. Oturduğunuz ev size mi ait?

1. () Hayır
2. () Evet

11. Aile tipiniz nedir?

1. () Çekirdek aile
2. () Geniş aile

12. Bakmakla yükümlü olduğunuz hasta yada yaşlı yakınlarınız var mı?

1. () Hayır (Cevabınız hayır ise 14. soruya geçiniz.)
2. () Evet

13. Bu birey/ bireyler sizinle mi oturuyor?

1. () Hayır
2. () Evet

14. Doğumdan sonra size yardımcı olmak için, sizinle birlikte kalan herhangi bir kişi oldu mu?

1. () Hayır (Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz.)
2. () Evet

15. Size yardımcı olmak için kalan bireyin yakınlık derecesi nedir?

1. () Dönüşümlü olarak yakınlar
2. () Anne
3. () Kayınvalide
4. () Diğer

16. Son gebeliğinizin sonlanış şekli nedir?

1. () Normal (vajinal) doğum
2. () Sezeryan

17. Bir önceki gebeliğinizden sonra tekrar hamile kalmanıza kadar geçen süre nedir:.....ay/yıl

18. Bu doğumla birlikte daha önceki gebeliklerinizin sonlanış şekillerinde aşağıdakilerden hangisi yada hangileri meydana gelmiştir?

Sayısı

1. () Normal doğum.....()
2. () Sezeryan.....()
3. () Erken doğum()
4. () Düşük()
5. () Küretaj (istemli gebelik sonlandırılması)()
6. () Ölü doğum()
7. () Diğer()

19. En son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

1. () Hayır
2. () Evet
3. () İsteyerek hamile kalmadım ancak sonrada kabullendim.
4. () Diğer

20. Evlenme tipiniz nedir?

1. () Görücü usulü
2. () Önceden tanışıp, anlaşarak
3. () Diğer

21. Kaç yıllık evlisiniz:.....

22. Kendinizi evliliğe hazır hissediyor muydunuz?

1. () Hayır
2. () Evet

23. Kendinizi anneliğe hazır hissediyor muydunuz?

1. () Hayır
2. () Evet

24. Son doğumunuz sırasında eşiniz nerede idi?

1. () Evde
2. () Hastanede
3. () İşte
4. () İl dışında
5. () Yanınızda

25. Gebeliğinizde toplam kaç kilo aldınız:.....(Boy uzunluğunuz:.....)
(Gebelik öncesi kilonuz:.....)

26. Gebelikten önceki kilonuza dönmek konusunda herhangi bir endişeniz oldu mu?

1. () Hayır
2. () Evet

27. Gebelik öncesi kilonuza dönmek için herhangi bir girişimde bulundunuz mu?

1. () Hayır
2. () Evet

28. Bu girişim/ girişimler nelerdir?

1. () Doğum sonu egzersizlerini yapmak
2. () Rejim yapmak
3. () Yürüyüşe çıkmak
4. () Zayıflatıcı ilaç kullanmak
5. () Diğer

29. Gebelik ve doğum ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
1. () Hayır (Cevabınız hayır ise 31. soruya geçiniz.)
2. () Evet
30. Bu eğitimi nereden aldınız?
1. () Arkadaş, komşu, büyükler... v.b
2. () Sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe...v.b)
3. () Kitap, dergi, gazete...v.b
4. () Televizyon
5. () İnternet
31. Ebe tarafından yapılan sağlık kontrolü sayınız:
32. Doktor tarafından yapılan sağlık kontrolü sayınız:
33. Sağlık kontrolüne gittiğiniz kurum nedir?
1. () Sağlık ocağı
2. () Devlet hastanesi
3. () SSK
4. () Üniversite hastanesi
5. () Özel sağlık kurumu
6. () Özel muayenehane
7. () Diğer
34. Gebelik sırasında geçirdiğiniz herhangi bir rahatsızlık oldu mu?
1. () Hayır (Cevabınız hayır ise 36. soruya geçiniz.)
2. () Evet
35. Rahatsızlığınız ne idi? Açıklayınız:
36. Doğum sonrasında geçirdiğiniz herhangi bir rahatsızlık oldu mu?
1. () Hayır (Cevabınız hayır ise 38. soruya geçiniz.)
2. () Evet
37. Rahatsızlığınız ne idi? Açıklayınız:
38. Doğum sonrasında bebeğinizde gelişen herhangi bir rahatsızlık oldu mu?
1. () Hayır
2. () Evet (Cevabınız evet ise 39. soruyu cevaplayınız.)
39. Rahatsızlığınız ne idi? Açıklayınız: