

İzmirin Bornova İlçesinde Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon Riski

Risk of Postnatal Depression and Pregnancy in Bornova, İzmir

Esin ÇEBER,^a
Ayşegül BİLGE,^a
Gülengül MERMER,^a
Ummahan YÜCEL^a

^aEge Üniversitesi
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 20.04.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 16.11.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ummahan YÜCEL
Ege Üniversitesi
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu,
İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
ummahan.yucel@ege.edu.tr

ÖZET Amaç: İzmir'in Bornova ilçesinde, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipteki araştırma, bölgedeki tüm sağlık ocaklarına (18 sağlık ocağı) kayıtlı 32-36 haftalık 327 gebe dahil edilmiş, örnekleme gidilmemiştir. Araştırma verilerini toplamada sosyo demografik soru formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Veriler iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada, 32-36 haftalık gebelere sosyo demografik soru formu ve EDSDÖ uygulanmış, ikinci aşamada ise bu gebelerin 273'üne ulaşılarak doğumdan sonraki 4-8 haftada yalnızca EDSDÖ tekrar uygulanmıştır. Ulaşılan kadın oranı %83.5'tir. **Bulgular:** %37'si 25-29 yaş grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 26 ± 4.6 yıl olarak saptanmıştır. Doğum sonrası depresyon riski %22 olarak saptanmıştır. Kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Geniş aileye sahip olan gebeler, çekirdek aileye sahip olanlara göre 2.87 kat; gebeliğini istemeyenler isteyenlere göre 5 kat daha fazla depresyon riskine sahip bulunmuştur. Ruhsal yönden kendini kötü hissedenden doğum yapmış annelerin de 2.63 kat daha fazla depresyon riski altında olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Gebelik depresyonu ve doğum sonrası depresyon, anne-bebek-baba üçgeninin sağlıklı yaşamı için ihmal edilmemesi gereken bir ruh sağlığı sorunudur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, doğum sonrası; gebelik

ABSTRACT Objective: The purpose of this research was to examine the risk for depression during pregnancy and in the postnatal period in Bornova, İzmir. **Material and Methods:** This descriptive type of research was conducted with (n= 327) women who were between 32-36 weeks pregnancy and registered in 18 primary health clinics in region. No sampling method was used. The socio-demographic questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were used in the research. The data were obtained in two phases. In the first phase the sociodemographic questionnaire and EPDS were administered to women in their 32nd-36th week of pregnancy. The second phase took place four to eight weeks postnatal when the women were administered the EPDS again. Of all the women 83.5% were reached. **Results:** 37% of the women were in the 25-29 years old age group and their mean age was 26 ± 4.6 . It was determined that 22% of the women were at risk of postnatal depression. The relationship between the women's prenatal and postnatal EPDS score means were found. Pregnant who had extended families had a 2.87 times greater risk for depression than those in nuclear families, and women who did not want their pregnancy had a 5.00 times greater risk than those who did. Women who had delivered a child felt bad emotionally had a 2.63 times greater risk for depression. **Conclusion:** Depression in pregnancy and postnatal depression are mental health problems that should not be ignored for a healthy mother-infant-father triangle.

Key Words: Depression, postpartum; pregnancy

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik, psiko-sosyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü dönemlerdir.¹ Özellikle doğumu izleyen ilk bir yıl içerisinde, kadınların psikiyatrik bozukluk neden ile hastaneye başvurularında artış olduğu belirtilmektedir.² Geriye dönük epidemiyolojik taramalar, ciddi ruhsal hastalıkların ortaya çıkması bakımından, doğum sonrası dönemin gebelik dönemine kıyasla üç veya dört kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır.² Depresyon bu hastalıklardan biri olup, Hipokrat'tan beri bilinmektedir.³⁻⁵

Doğum sonu depresyon, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda duygu durum bozuklukları içinde yer almaktadır.⁴ Duygu durum bozuklukları, doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeni ile belirtilerini saklamaları, doğum sonu depresyonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır.⁴

Doğum sonu depresyon; doğumdan sonra görülen, kadının kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize bir durumdur.^{6,7} Kadın sık sık ağlama, uykusuzluk, dikkat eksikliği, kendini değersiz hissetme veya kişisel görünümüne dikkat etmeme gibi davranışlar gösterebilir. Diğer bulguları ise; duygu durumun deprese olması, aktivitelere ilginin azlığı, iştah değişikliği, yorgunluk, uyku bozuklukları, çocuğun bakımında güçlükler, suçluluk hissi, kendine güven azlığı, dikkat güçlüğü, psikomotor gerilik ya da ajitasyon ve intihar düşünceleridir. Doğum sonu depresyonda görülen bu duygu ve davranışlar kadının aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek, yaşam kalitesini düşürmektedir.^{6,8,9} Doğum sonu depresyon, yenidoğanın gelişim sürecini de etkileyebilmektedir. Bu tanıyı almış annelerin çocuklarında bilişsel gelişim olumsuz etkilenebilmekte ve bu çocuklar dört buçuk yaşlarında davranış problemleri gösterebilmektedir.^{4,10-14}

Doğum sonu depresyonun etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir.⁸ Kadının gebelik öncesi dönemde depresyon öyküsünün olması depresyonun tanılanması açısından önemlidir.¹⁵ Ayrıca psiko-sosyal faktörler olarak sayılan; sosyal desteğin azlığı, stresli yaşam olayları, ekonomik zorluklar ve

istenmeyen gebelik gibi durumlar depresyon riskini arttırmaktadır.^{7,8,12,16,17}

Doğum sonu depresyonun toplumdaki genel sıklığı %10-13'tür.^{18,19} Doğum sonu depresyon ile ilgili 40 ülkede yapılan 143 çalışmanın verilerine göre, sıklığın %60'a kadar çıktığı bildirilmiştir. Görülme sıklığı özellikle Batı Avrupa, Avustralya ve Orta Amerika'da düşük iken, Güney Amerika ve Asya'da yüksektir.²⁰

Türkiye'de yapılan çok sayıda çalışmanın sonuçlarına göre doğum sonu depresyon sıklığı %10-40 arasındadır.^{4,8,9,20,21} Gebelik döneminde depresyon riskini araştıran çalışmalar da gebelik döneminde depresyon görülme riskinin yüksek olduğunu göstermiştir.^{8,22} Ayrıca, ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon görülme riski de karşılaştırılmıştır.⁴

Bu nedenle, kadınların gebeliğin üçüncü trimesterinde daha yaygın olmak üzere, depresyon risklerinin taranması önerilmektedir.²³

Anne ve bebeğin korunması için doğum öncesi bakım hizmeti veren sağlık personelinin ve sundukları hizmet sırasında kadınlar ile daha fazla görüşme imkânı bulan hemşire ve ebelerin gebelik ve doğum sonu depresyon konusunda eğitilmeleri ve yapılacak girişimler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir.^{6,24} Ülkemizde anne/bebek sağlığının korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen hemşireler ve ebeler, hizmet verdikleri kadınları gebelik ve doğum sonu depresyon yönünden değerlendirebilir ve uygun girişimlerde bulunabilirler.⁶

Türkiye'de gebelik ve doğum sürecine yönelik farklı çalışmalar yapılmasının yanında, bir kadının her iki dönemde depresyon bulgularının saptandığı çalışma sayısı ise azdır.⁴ Bu gereksinimden yola çıkarak planlanan bu çalışmanın amacı; İzmir'in Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonu depresyon riskini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA TİPİ VE KATILIMCILAR

İzmir'in Bornova ilçesindeki kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon riskinin ince-

lenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya; Bornova'daki tüm sağlık ocaklarında (18 sağlık ocağı), Nisan 2005-Ağustos 2005 tarihleri arasında, kayıtlı 32-36 haftalık 327 gebenin tümü dahil edilmiş, örnekleme gidilmemiştir.

Araştırmada, sağlık ocağı kayıtlarına göre 327 gebe saptanmış, araştırmada ancak doğum öncesi ve sonrasındaki eşleştirmede 273 gebe ile görüşülebilmektedir. Gebelik döneminde görüşülen toplam 54 kadına doğum sonrası dönemde ulaşılamamıştır. Bu kadınların 15'i taşınmış, 10'u doğum için ailelerinin yanına gitmiş, 11'inin gebelik haftası ile sağlık ocağı kayıtları uymamış, 8'i ikinci uygulamaya katılmak istememiş, 6'sına üst üste yapılan ziyaretlere rağmen ulaşılamamış, 4'ü ise sağlık sorunları nedeni ile hastaneye yatmış olmasından dolayı araştırma kapsamına alınamamıştır. Bu nedenle, ikinci veri toplama aşamasında ulaşılan kadın sayısı, %83.5'lik bir oran ile 273 olmuştur.

ETİK

Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul onayı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin, çalışmaya katılan gönüllü kadınlardan ise sözlü izin alınmıştır.

GEREÇLER

Veri toplama araçları olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik verilere ilişkin bilgi formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır.

SOSYODEMOGRAFİK VERİLERE İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Bu form, çalışma kapsamına alınan kadınlara ait sosyo demografik özellikler ile ilgili bilgiler; medeni durum, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, daha önce gebe kalma durumu, daha önce ruhsal sorun yaşama durumu, halen depresyon yaşama durumu gibi bilgilerden oluşmaktadır.

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Araştırmada ikinci form olarak, Cox ve Holden tarafından doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek için geliştirilmiş olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ölçeği kullanılmıştır.^{18,25,26} EDSDÖ 20 dile çevrilmiştir.²⁷

Fransa, Almanya, Hollanda, Portekiz, Avustralya, İsveç, İspanya, Çin, Türkiye ve Arabistan bu ölçeği kullanmaktadır.^{25,28} Amerika Birleşik Devletleri'nde, primer bakım merkezlerinde gebelik ve doğum sonu süreçlerde EDSDÖ rutin tarama aracı olarak kullanılmaktadır.²⁷ İngiltere'de, evde bakım hemşireleri EDSDÖ ile tarama yapmaktadır.¹¹ Japonya'da ise bebeğin doğum sonu ilk bir ay kontrolü için çocuk doktoru tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu muayene esnasında doktor annede depresif bulgular saptarsa, anne psikiyatriste yönlendirilmektedir.¹⁹

Engindeniz, Küey ve Kültür tarafından Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçeğin kesme puanı 12'dir. Ölçek toplam 10 soru içermektedir.²⁹ Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı: 0.79, duyarlılığı: 0.84, seçiciliği: 0.88'dir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet göstermektedir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. EDSDÖ kullanılarak gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon riskinin belirlendiği birçok ülkede yapılan çeşitli çalışmalarda farklı kesme puanlarının (8-13 aralığında) alındığı görülmektedir.^{4,7,10,11,25,27,28} Bu çalışmada kesme puanı 12/13'tür. EDSDÖ'nün doğum sonrası 6.-8. haftalarda kullanılması önerilse de, ölçeğin gebelikten başlayarak uygulandığı araştırmalar da bulunmaktadır.^{4,22,23} EDSDÖ, bu çalışmada da 273 kadına 32-36 haftalık gebelikleri sırasında ve doğumdan sonraki 4-8. hafta aralığında uygulanmıştır.

İŞLEM YOLU

Araştırma verilerini toplamak için bölgenin ebesi tarafından izlenen 32-36 haftalık tüm gebelerin kartlarından adresler ve telefonlar alınarak gebelerin listesi oluşturulmuştur. Gebelere telefonla ulaşılarak, ziyaret için randevu alınmış ve ev ziyareti şeklinde yüz yüze görüşülmüş, çalışma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmaları için izin alınmıştır.

Anketler, konu ve veri toplama süreci hakkında eğitilmiş hemşirelik dördüncü sınıf öğrencisi

destek alınarak, araştırma ekibinin gözetimi altında 32.-36. haftalarda ve doğumdan sonra 4-8. haftalarda iki kez uygulanmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 13.0 paket programı kullanılmıştır. Sayı, yüzde, minimum-maksimum ortalamalar alınmıştır. İstatistiksel analizde EDSÖ puan ortalamaları, doğum öncesi ve sonrası dönemlerde odds ratio (OR) değerleri, Student t/simple paired test ve varyans analizi testleri, ileri analizde farklılıkların kaynağını belirlemek için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Güven aralığı (GA) %95 olarak gösterilmiştir.

BULGULAR

Araştırma bulgularına göre; kadınların %37'si 25-29 yaş grubunda yer almaktadır ve yaş ortalaması 26 ± 4.6 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %41'i alt sosyo ekonomik düzeyde olan sağlık ocağına kayıtlı, %84'ü çekirdek aileye sahip, %50'si de ilköğretim mezundur. %83'ü çalışmamaktadır, %19'unun ise sosyal güvencesi yoktur.

Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon risk durumları incelendiğinde, doğum sonrası depresyon riski olan kadın sayısının [$n= 60$ (%22)], doğum öncesine göre [$n= 46$ (%17)], daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bir fark olduğu ($t = -3.20$, $p = 0.002$), doğum sonrası depresyon puan ortalamasının arttığı saptanmıştır (Tablo 2).

Kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSÖ puan ortalamaları ile yaş grupları, sosyal güvence

TABLO 1: Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon risk durumları.*

EDSDÖ puanı	Doğum öncesi depresyon riski (32-36 hafta)		Doğum sonrası depresyon riski (4-8 hafta)	
	n	%	n	%
Risk yok (12 ve altı)	227	83	213	78
Risk var (13 ve üzeri)	46	17	60	22

*n= 273.

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği.

TABLO 2: Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması.*

	Doğum öncesi		Doğum sonrası		t	p
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
** EDSÖ puanı (S=273)	8.25	4.33	9.04	4.35	-3.20	0.002**

*n= 273.

**p< 0.01.

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği.

durumları, aile tipi ve çalışma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kadınların bağlı bulunduğu sağlık ocağı bölgesinin sosyo ekonomik durumu ile doğum öncesi ve doğum sonrası EDSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Üst sosyo ekonomik düzeye sahip olan sağlık ocağı bölgesindeki kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSÖ puan ortalaması orta sosyo ekonomik düzey ve alt sosyo ekonomik düzeydeki sağlık ocağı bölgesindeki kadınların EDSÖ puan ortalamalarına göre daha düşüktür (Tablo 3).

Kadınların eğitim durumları ile doğum sonrası EDSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, doğum öncesi EDSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu anlamlılığın ise Tukey HSD testine göre üniversite mezunu kadınlardan kaynaklandığı, üniversite mezunu kadınların doğum öncesi EDSÖ puan ortalamalarının diğer eğitim durumundaki kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Kadınların beden sağlığını değerlendirme durumları ile doğum öncesi ve sonrası EDSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Beden sağlığını kötü olarak değerlendiren kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSÖ puan ortalamaları beden sağlığını normal ve iyi olarak değerlendiren kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup, her iki dönem puan ortalamaları ile beden sağlığını algılama durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın Tukey HSD testi göre doğum öncesi tüm gruplardan, doğum sonrasında ise kendisini beden sağlığı açısından iyi ve kötü algılayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 3).

Kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSÖ puan ortalamaları ile ruh sağlığı değişkenleri kar-

TABLO 3: Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları ile bazı sosyo demografik değişkenlerin karşılaştırılması.

	n	%	Doğum öncesi (32-36 hafta)			Doğum sonrası(4-8hafta)		
			$\bar{X} \pm SS$	t/F	p	$\bar{X} \pm SS$	t/F	p
Sağlık ocağı								
Üst sosyo ekonomik	15	40	6.22 ± 3.56	5.274	0.006	7.25 ± 3.60	4.306	0.014
Orta sosyo ekonomik	44	120	8.65 ± 4.47			9.18 ± 4.53		
Alt sosyo ekonomik	41	113	8.53 ± 8.53			9.53 ± 4.24		
Yaş grubu								
19-24 yaş	40	107	8.33 ± 3.94	0.153	0.858	9.39 ± 4.34	0.696	0.499
25-29 yaş	37	101	8.32 ± 4.58			8.97 ± 4.48		
30-39 yaş	24	65	7.98 ± 4.61			8.60 ± 4.14		
Sosyal güvence								
Yok	19	51	8.94 ± 4.30	1.273	0.204	9.52 ± 4.16	0.877	0.381
Var	81	222	9.09 ± 4.34			8.94 ± 4.39		
Aile tipi								
Çekirdek aile	84	229	8.01 ± 4.07	-1.688	0.097	8.95 ± 4.18	-0.718	0.475
Geniş aile	16	44	9.45 ± 5.37			9.54 ± 5.17		
Eğitim durumu								
İlkokul	53	143	8.76 ± 4.40	3.921	0.009	9.55 ± 4.26	2.463	.063
Ortaokul	10	26	9.38 ± 3.69			9.53 ± 3.74		
Lise	29	79	7.59 ± 4.40			8.53 ± 4.67		
Üniversite	9	25	6.16 ± 3.48			7.32 ± 3.93		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	18	48	7.39 ± 3.99	-1.499	0.135	8.18 ± 4.21	-1.514	0.131
Çalışmıyor	83	225	8.42 ± 4.39			9.23 ± 4.36		
Beden sağlığını değerlendirme durumu								
Kötü	8	21	11.33 ± 4.7	10.712	0.000	11.28 ± 4.33	5.935	
Normal	50	137	8.71 ± 4.33			9.44 ± 4.30	0.003	
İyi	42	115	7.12 ± 3.98			8.17 ± 4.22		

şılaştırıldığında, doğum öncesi EDSDÖ puanı ile şu anki gebeliği isteme durumu, geçirilen ruhsal sorun, şu an algılanan depresyon, ruhsal yönden kötü hissettiğinde sağlık kuruluşuna başvurma durumu ve şu an ruhsal yönden kendisini hissettiği durum arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Doğum sonrası EDSDÖ puanı ile de benzer şekilde şu an algılanan depresyon durumu dışında tüm değişkenler ile anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4). Gebelik sürecindeki depresyon puan ortalaması ile ruh sağlığı algılaması arasındaki anlamlılığın ise Tukey HSD testine göre kendisini ruhsal olarak iyi algılayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Geniş aileye sahip olan gebe kadınlar çekirdek aileye göre 2.87 kat, gebeliğini istemeyen kadınlar

isteyenlere göre 5 kat daha fazla depresyon riskine sahip bulunmuştur. Halen ruhsal yönden kendini kötü hisseden doğum yapmış kadınlarda 2.63 kat daha fazla depresyon riskinin olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Araştırmada; doğum sonrası depresyon riski olan kadın sayısının [N= 60 (%22)], doğum öncesi riski olan kadın sayısına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum öncesine göre doğum sonrası depresyon puan ortalaması (EDSDÖ kesme puanı 12/13 alınmıştır) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (9.04 ± 4.35) (Tablo 2).

Nur ve ark.nın aktardığı üzere; doğum sonrası depresyon oranları İsrail'de %22.6, Japonya'da

TABLO 4: Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları ile ruh sağlığı değişkenlerinin karşılaştırılması.

	Doğum öncesi (32-36 hafta)					Doğum sonrası (4-8hafta)		
	n	%	$\bar{X} \pm SS$	t/F	p	$\bar{X} \pm SS$	t/F	p
Şu anki gebeliği isteme durumu								
Evet	226	83	7.69 ± 4.13	-4.785	0.000	8.67 ± 4.31	-3.217	0.001
Hayır	47	17	10.89 ± 4.35			10.87 ± 4.06		
Geçirilen ruhsal sorun								
Evet	33	12	11.09 ± 4.08	4.140	0.000	11.06 ± 4.70	2.875	0.004
Hayır	240	88	7.85 ± 4.23			8.77 ± 4.23		
Şu an algılanan depresyon								
Evet	35	13	10.63 ± 4.46	3.557	0.000	9.03 ± 4.14	-0.028	0.978
Hayır	238	87	7.90 ± 4.21			9.05 ± 4.38		
Ruhsal yönden kötü hissettiğinde sağlık kuruluşuna başvurma								
Evet	206	76	7.8 ± 4.3	-2.879	0.004	8.6 ± 4.2	-3.117	0.002
Hayır	67	24	9.6 ± 4.2			10.5 ± 4.4		
Şu an ruhsal yönden kendini hissettiği durumu								
Kötü	17	6	11.1 ± 4.5	7.085	0.001	10.6 ± 4.2	4.022	0.019
Normal	99	36	8.9 ± 4.5			9.7 ± 4.4		
İyi	157	57	7.54 ± 4.06			8.44 ± 4.24		

TABLO 5: Kadınların doğum öncesi ve sonrası bazı değişkenlere göre depresyon risk puanları.*

Değişkenler	n	%	Doğum öncesi (32-36 hafta)	Doğum sonrası (4-8hafta)
			*OR (GA %95)	*OR (GA %95)
Aile tipi				
Çekirdek aile	229	84		1.41 (0.68 - 2.95)
Geniş aile	44	16	2.87 (1.38 - 6.00)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	48	18		1.09 (0.51 - 2.33)
Çalışmıyor	225	82	2.53 (0.86 - 7.41)	
Gebeliği isteme durumu				
Evet	226	83		1.27 (0.61-2.63)
Hayır	47	17	5.00 (2.46-10.15)	
Geçirilen ruhsal sorun				
Evet	33	12		0.32 (0.15-0.69)
Hayır	240	88	0.25 (0.11-0.54)	
Ruhsal yönden kötü hissettiğinde sağlık kuruluşuna başvurma				
Evet	206	76		2.63 (1.42-4.88)
Hayır	67	24	1.44 (0.71-2.89)	

* OR: Odds ratio.

%17, Birleşik Arap Emirlikleri'nde %17.8, İzlanda'da %14, İsveç'te %12.7, İngiltere'de ise %12 bulunmuştur.⁹ Türkiye'nin doğusunda yapılan çalışmada, doğum sonrası depresyon yaygınlığı %28 olarak saptanmıştır.⁹ Ayvaz ve ark. Trabzon'da yap-

tıkları çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığını %28.1 bulmuşlardır.⁴ Samsun'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası depresyon yaygınlığı %23.1, İzmir'in Bornova ilçesinde %29, Manisa'da yapılan çalışmada ise %36.9 olarak bulunmuştur.⁴

Evans ve ark.nın EDSDÖ'yü kullanarak yaptıkları çalışmada, bu çalışmadan farklı şekilde, gebelik sürecindeki depresyon yaygınlığı, doğum sonrası depresyon yaygınlığından daha yüksek bulunmuştur.³⁰ Evans ve ark.nın çalışmasına benzer şekilde Hanna ve ark.nın 107 gebe üzerinde yaptıkları araştırmada da gebelik sırasında depresyon riski %45, postpartum dönemde ise %30 olarak saptanmıştır.^{30,31} Bizim çalışmamızda üç farklı sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyine sahip bölgede (alt-orta-üst sosyoekonomik düzey) yaşayan kadınların depresyon riskleri değerlendirildiğinden dolayı bu çalışmalarla verilerimizin farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Kara ve ark.nın bildirdiğine göre; Watson ve ark.nın yaptığı çalışmada 128 kadında gebeliğin 24. haftasından önce psikiyatrik hastalık sıklığı %6 iken, doğum sonrası 6. haftada %16 (%75'i depresyon)'ya yükselmiştir.⁸ Buna göre doğumun depresyon gelişimi için bir risk yarattığı söylenebilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, doğum sonrası depresyon riski %5.92-37.2 gibi değişik oranlar arasında bulunmuştur.^{8,9,18,19} Diğer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da olduğu gibi, bu çeşitliliğin ülkelerin sosyoekonomik ve kalkınmışlık düzeyleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Erken dönemde saptanmayan ve tedavi edilmeyen depresyon, anne ve bebek ruh sağlığına kaçınılmaz ve kalıcı etkiler yapmakta, konuyla ilgili sağlık çalışanlarının ve toplumun daha bilinçli olmasını gerektirmektedir. Bu yüzden gebelik döneminde de depresyon riskinin ölçülmesi önerilmektedir¹.

Kadınların doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları ile bazı sosyo demografik değişkenleri karşılaştırıldığında kadınların yaş grupları ile doğum öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Nur ve ark.nın yaptığı çalışmada, doğum sonrası depresyonu olan kadınlar ile depresyonu olmayan kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.⁹ Bu durum doğum sonrası depresyon açısından tüm yaş grubundaki kadınların risk altında olduğunu ve tarama çalışmalarında yaş grubu gözetmeksizin tüm gebelerin ve annelerin depresyon riski açısından taranması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada, kadınların doğum öncesi ve sonrası EDSDÖ puan ortalamaları ile kadınların yaşadıkları bölgede bulunan sağlık ocaklarının sosyo ekonomik düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Alt sosyo-ekonomik düzey bölgesinde bulunan sağlık ocağına kayıtlı kadınların EDSDÖ puan ortalamaları diğer bölgelere göre daha yüksektir. Kötü çevre koşullarına sahip olma ve düşük sosyo ekonomik duruma sahip olma gibi nedenler kadınlarda doğum öncesi ve sonrası depresyonun sıklığını artırabilmektedir.

Inandı ve ark.nın Türkiye'nin doğusunda yaptıkları araştırmada, doğum sonrası depresyon riskinin ekonomik durumdan etkilendiği saptanmıştır.²⁰ Aynı çalışmada düşük ekonomik durumda olan kadınların depresyon riskinin, yüksek ekonomik durumda olan kadınlara göre 6 kat fazla olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Dindar ve Erdoğan'ın yaptığı araştırmada, düşük gelirli kadınlarda depresyon riskinin 4 kat fazla olduğu saptanmıştır.⁷

Ruhsal durum yaşamsal engellerden etkilenecek bireyin regresyon yaşamasına neden olmaktadır. Ekonomik durumun düşük olması bireyin yaşamını devam ettirmesini engelleyici bir durum olup, depresyon gibi değersizlik duygularının yoğun yaşandığı ruhsal hastalıklarda da önemli bir etiyolojidir.

Çalışmada kadınların doğum öncesi EDSDÖ puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Üniversite mezunu gebelerin EDSDÖ puan ortalamaları diğerlerine göre daha düşüktür. Kadınların doğum sonrası EDSDÖ puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Üniversite mezunu annelerin gebelik sürecinde depresyon gibi hastalıklardan korunma konusunda bilgiye ulaşma, beceri ve tutum geliştirme açısından diğer eğitim düzeyindeki annelerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Kışlak ve Çabukça eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladığını ve eğitim düzeyi daha yüksek olan erkeklerin de daha destekleyici bir eş olduğunu bildirmişlerdir.³² Benzer şekilde eş eğitim düzeyi üniversite altı olan kadınlardaki doğum sonrası depresyon sıklığı, eş eğitim düzeyi üniversite olan kadınlara göre 2.21 kat daha fazla bulunmuştur.⁹

Çalışmamızda daha önce ruhsal sorun yaşayanların doğum öncesi ve sonrası EDSDÖ puan ortalamaları ruhsal sorun yaşamayanlara göre önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların doğum sonrası depresyon riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir.¹ Nur ve ark. gebelikten önce ruhsal hastalığı olan kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığını, kendisi ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre 2.87 kat daha fazla bulmuşlardır.⁹

Çalışmada geniş aileye sahip olan gebe kadınlar çekirdek aileye göre 2.87 kat, gebeliğini istemeyen kadınlar isteyenlere göre 5 kat depresyon riskine sahip bulunmuştur. Halen ruhsal yönden kendini kötü hisseden doğum yapmış kadınlarda depresyon riski kendini kötü hissetmeyenlere göre 2.63 kat yüksek bulunmuştur.

Depresyon gebeliğe bağlı olsun olmasın, tanı kriterleri içerisinde bazı aile üyelerinin rollerinin ihmale uğradığı geniş aile yapısından, daha önce geçirilen ruhsal hastalıklardan ve istemeden yaşanan tüm yaşam olaylarından bireyin etkilenmesi ile ortaya çıkan sinsi bir hastalıktır.¹⁵ Çalışmadaki bu bulgular depresyonun ortaya çıkma nedenleri ile paralellik göstermektedir.

Doğum sonrası depresyon sık görülmesine karşın çoğu kez tanı konamamaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri arasında kadının olumsuz duyguları nedeni ile kendini yalnız hissetmesi ya da utanması, doğum sonrası 6. haftaya kadar doktorla görüşme olanağı bulamamış ya da nereye başvuracağını kestirememiş olmasıdır.^{33,34}

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ebe ve hemşirelerin yaptığı ev ziyaretleri, gebe izlemleri, loğusa izlemleri, bebek izlemleri sırasında doğum sonrası depresyon riski bulunan kadınlar EDSDÖ kullanılarak saptanabilir.^{8,16,34}

SONUÇ

Ebe ve hemşirelerin sahada ev ziyaretleri yaparak verileri topladığı bu çalışmada; doğum sonu depresyon riski gebeliğin 32-36 haftalarındaki depresyon riskinden daha yüksek bulunmuştur. Her iki dönemde de depresyon açısından riskli kadınların bulunması önemli bir ruh sağlığı sorunu göstergesidir. Buna ilave olarak, doğum sonrası depresyonun birçok değişkenle ilişkisi taranırken, özellikle eğitimin ve ekonomik düzeyin düşüklüğü depresyonu arttırıcı bir etken olarak saptanmıştır.

Çalışma ile ilgili en önemli kısıtlılık, psikiyatrik görüşme yapılmaksızın ölçeklerle tanısal yaklaşım sergilenmesi, ruhsal sorunun daha önce bulunup bulunmadığı gibi risk faktörlerinin değerlendirilmesinde sadece bireylerin beyanına güvenilmesi ve diğer kaynakların kullanılmamış olmasıdır. Ancak çalışma doğum öncesi ve sonrası depresyon riskinin aynı bireylerde ölçekle taranması ile orijinal özellik taşımaktadır. Bu nedenle bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmekte, ülkemizin farklı yerleşim yerlerinde bu konu ile ilgili olarak epidemiyolojik alan çalışmaları yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sahsıvar MS, Marakoğlu K. [Depression in pregnancy]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(4):525-32.
2. Kısa C, Yıldırım SG. [Pregnancy, postpartum period and mental disorders]. *Psikiyatri Psikoloji PsikoFarmakoloji Derg* 2004;12(Ek 4):30-7.
3. Deveci A. [Postpartum Psychiatric Disorders]. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri* 2003;2(3):42-6.
4. Ayvaz S., Hocaoğlu Ç., Tiryaki A., Ak İ. [Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation]. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17(4):243-51.
5. Hanley J, Long B. A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery* 2006;22(2):147-57.
6. Tezel A. [Nurses/midwives' responsibilities in the assesment of postpartum depression]. *New Symposium J* 2006;44(1):49-52.
7. Dindar İ, Erdoğan S. [Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample]. *PHN* 2007;24(2):176-83.
8. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sürek Tıp Eğit Derg* 2001;10(9):333-4.
9. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. [Prevalence of postnatal depression and risk factors in women in Sivas city]. *Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg* 2004;26(2):55-9.
10. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003;75(1):71-6.

11. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004;80(1):37-44.
12. Buist A, Speelman C, Hayes B, Reay R, Milgrom J, Meyer D, et al. Impact of education on women with perinatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28(1): 49-54.
13. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006;93(1-3):169-76.
14. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord* 2004;78(2): 163-9.
15. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998;316(7148):1884-6.
16. Tezel A, Gözüm S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Educ Couns* 2006;63(1-2):64-73.
17. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal depression: hiding in plain sight. *Can J Psychiatry* 2007;52(8):479-88.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
19. Nishizono-Maher A, Kishimoto J, Yoshida H, Urayama K, Miyato M, Otsuka Y, et al. The role of self-report questionnaire in the screening of postnatal depression- a community sample survey in central Tokyo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(3):185-90.
20. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002;31(6):1201-7.
21. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(3):125-9.
22. Ocaktan EM, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area, Ankara Üniv Tıp Fak Mecm 2006;59(4):151-7.
23. Adewuya AO, Ola BA, Dada AO, Fasoto OO. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(4):267-72.
24. Skocir AP, Hundley V. Are Slovenian midwives and nurses ready to take on a greater role in caring for women with postnatal depression? *Midwifery* 2006;22(1):40-55.
25. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and Validation Study of the Iranian Version, *BMC Psychiatry* 2007;7(11):1-6.
26. Buultjens M, Liamputtong P. When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery* 2007;23(1):77-91.
27. Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ* 2004;103(6):56-63.
28. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53(2):137-41.
29. Aydemir Ö, Köroğlu E. [Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)]. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 3rd ed. Ankara: Medico-graphics Press; 2007. p.126-30.
30. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323(7307):257-60.
31. Hanna B, Jarman H, Savage S, Layton K. The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(2): 191-7.
32. Tutarel Kışlak Ş. Çabukça F. [The Relationship among Empathy Demographic Variables and Marital Adjustment]. *Aile ve Toplum Derg* 2002;5:31-8.
33. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. [Postpartum depression: review] *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(1):206-14.
34. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. [Postpartum psychiatric problems of mothers: review]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(2): 126-33.