

Postpartum Depresyon ile İlişkili Risk Faktörleri

Risk Factors Related with Postpartum Depression

Dr. Derya GÜLNAR,^a
Dr. Didem SUNAY,^a
Dr. Ayşe ÇAYLAN^a

^aAile Hekimliği Koordinatörlüğü,
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 22.06.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 29.03.2010

Makale, 16-19 Eylül 2009'da İsviçre Basel'de yapılacak Wonca Europe 2009 kongresine poster olarak kabul edilmiştir.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Didem SUNAY
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
didemsunay@gmail.com

ÖZET Amaç: Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörlerinin araştırılması. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmaya, Aralık 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine doğum sonrası bakım ve aile planlaması amacıyla başvuran, postpartum dönemin 1-24.haftası içinde olan 141 kadın dahil edildi. Annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için anket formu, postpartum depresyonun değerlendirilmesi için Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulandı. **Bulgular:** Postpartum depresyon oranı %35.5 idi. Evlenme yaşı 25 yıl ve üstü olanlarda postpartum depresyonun daha sık olduğu görüldü (p= 0.007). Bebek bakımında yardımcı birinin olmaması postpartum depresyon ihtimalini 2.2 ve istenmeyen gebeliğin 2.4 kat artırdığı saptandı (sırasıyla, p= 0.026, p= 0.01). Önceden depresyon tanısı olan annelerde postpartum depresyon ihtimalinin 5.7 kat, önceki doğumlarından sonra psikiyatrik hastalık geçiren annelerde postpartum depresyon yineleme ihtimalinin 7.5 kat arttığı görüldü (sırasıyla, p= 0.001, p= 0.001). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; aylık geliri ≤500 YTL olanlar, postpartum 3-6 ay arasındakiler, ≤5 yıldır evli olanlar, sezaryen ile doğum yapanlar, erken doğum yapanlar, son gebeliğinde hastanede yatanlar, son bebeğinde sağlık sorunu olanlar, gebelik boyunca sigara içenler, bebeğini emzirmeyenler, ≥3 çocuk sahibi olanlar, kürtaj, düşük, ölü doğum öyküsü bulunanlarda postpartum depresyon görülme oranı daha yüksekti. **Sonuç:** Postpartum depresyon açısından risk taşıyan gebe ve loğusalardan tanı ve izleminde EPDS'nin daha yaygın kullanılması yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, doğum sonrası; risk faktörleri

ABSTRACT Objective: To investigate risk factors related with postpartum depression. **Material and Methods:** 141 women in 1-24th week of postpartum period who were consulted to Gynecology and Obstetrics clinics for postpartum care and family planning between December 2007-April 2008 included into the study. A questionnaire to determine the socio-demographic and obstetric features of mothers and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) to assess postpartum depression were performed. **Results:** The rate of postpartum depression was 35.5%. It was seen that postpartum depression was more often among mothers ≥25 years of age (p= 0.007). It was determined that absence of a helper to look after the baby 2.2 and unplanned pregnancy 2.4 fold increased the probability of postpartum depression (p= 0.026, p= 0.000, respectively). Having history of depression 5.7 and depression after previous pregnancy 7.5 fold increased the probability of postpartum depression (p= 0.001, p= 0.001, respectively). It was statistically non significant but the probability of postpartum depression was more among the mothers whose monthly income ≤500 YTL, who were between 3-6 months after labor, married for ≤5 years, had caesarean section, had preterm labor, hospitalized at the last pregnancy, had a sick baby at last pregnancy, smoked during pregnancy, did not breastfeed, had ≥3 children, had a history of abortion, still born and voluntary abortion. **Conclusion:** It is thought that it will be useful the widespread use of EPDS in the diagnosis and treatment of pregnant and postpartum women who have risk factors for postpartum depression.

Key Words: Depression, postpartum; risk factors

Birçok kadın gebelik ve doğum ile meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır.¹ Gebelik ve doğum sonrası dönemde meydana gelen ruhsal hastalıklar sadece anne için ciddi riskler oluşturmakla kalmaz aynı zamanda hem bebek hem de bütün aile için önemli sonuçlara yol açar.² Son yıllarda doğum sonrası dönemde gelişen depresyon (PPD) nedeniyle istenen psikiyatri konsültasyonlarındaki artış dikkat çekicidir. Doğum sonrasında kadınlarda tüm psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının %6-12.5 arasında olduğu bildirilmiştir.³

DSM-IV'te doğumdan sonraki ilk 4 hafta, diğer bazı çalışmalarda ise doğumu izleyen ilk 12 aylık periyod postpartum dönem olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde kadınların %70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluklar görülmektedir. Postpartum psikiyatrik bozukluklar olarak adlandırılan bu klinik tablolar, postpartum hüznü (maternity blues), daha ciddi ve yaşamı tehdit eden postpartum majör depresyon ve postpartum psikoz şeklinde sınıflandırılmaktadır. Postpartum dönemde hızlı hormonal değişikliklerin ve psikososyal stres faktörlerinin bu ruhsal bozuklukların etiolojisinde rol oynadığı öne sürülmektedir.⁴

Ülkemizde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda sıklık %23-39 arasında bildirilmiştir. PPD, anksiyete, irritabilite, ilgi kaybı, bitkinlik, uyku bozukluklarını içine alan majör depresif ataktır. PPD, doğumdan 2-3. hafta sonra (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) sinsiçe başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hafta 2. yıla kadar uzayabilir. Daha önce geçirilen depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları ve uyuşmazlıkları, olumsuz yaşam deneyimleri ya da istenmeyen gebelik, ölü doğum, evlilik dışı doğum, ikiz doğum gibi gebelik sırasında depresyona neden olabilecek başka pek çok risk faktörü bildirilmiştir.⁵

Bu çalışmada, yeni doğum yapmış annelerde çoğu kez sağlık çalışanları tarafından ihmal edilen ve tedavi gerektiren bir ruhsal hastalık olan postpartum depresyon ile ilgili bilgilerin tartışılması,

postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin saptanması ve bu bağlamda her yıl birçok kadının doğum yaptığı ülkemizde doğum sonrası annenin ruhsal açıdan da takip edilmesinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Gözlemsel ve kesitsel olarak planlanan çalışmaya Aralık 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine doğum sonrası bakım ve aile planlaması için başvuran, postpartum dönemin 1-24. haftası içinde olan ve çalışmayı kabul eden 141 anne dahil edildi. Postpartum dönemin ilk haftasında olanlar annelik hüznü bulguları ile karışabileceği için çalışma dışı bırakıldı.

Katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra sosyodemografik özelliklerini, obstetrik ve tıbbi öykülerini belirlemek için bir anket formu, depresyon değerlendirmesi için Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulandı.² EPDS geçerlilik çalışması ülkemizde Engindeniz ve ark.⁶ tarafından yapılmış ve kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 12 paket programı yardımı ile gerçekleştirildi. Kategorik olarak ölçülmüş değişkenlerde ilişkiler Ki-Kare analiz testi ile, iki gruplu karşılaştırmalar ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ olması anlamlı kabul edildi.

Çalışma Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulunun 12/12/2007 tarih ve 257.1877 sayılı onayıyla yürütüldü.

BULGULAR

Çalışmaya alınan annelerin yaş ortalaması 26.3 ± 4.9 yıl idi. Annelerin çoğunluğu ilköğretim ve altı eğitim almıştı (%44.7) ve çalışmıyordu (%85.1). Anneler psikiyatrik açıdan sorgulandığında %24.1'inin gebelikten önceki herhangi bir dönemde depresyon tanısı aldığı tespit edildi. Daha önceki gebeliklerinden sonra, postpartum dönemde psikiyatrik bir hastalık tanısı alanların oranı ise %20.5 olup, bunların %81.3'lük bölümünü postpartum depresyon oluşturmaktaydı.

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalasına göre annelerin %35.4'ünde PPD saptandı. PPD olan annelerin yaş ortalaması 27.1 ± 4.9 yıl, olmayanların ise 25.9 ± 4.8 yıl idi. Buna göre yaş ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte PPD olan annelerin yaşları olmayanlardan daha büyüktü ($p= 0.46$).

PPD olan ve olmayan annelerin değerlendirilen parametreler açısından karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir. Annelerin eğitim ve çalışma durumu ile PPD arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla, $p= 0.621$, $p= 0.902$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte aylık geliri 500 YTL ve altı olanlarda PPD görülme sıklığı daha fazlaydı. Annelerin evlenme yaşı ile PPD arasındaki ilişkiye bakıldığında evlenme yaşı arttıkça annelerde PPD görülme sıklığının arttığı gözlemlendi ($p= 0.007$).

Annelerin evlilik süreleri, eşler arasında akrabalık durumu, evde çekirdek aile ile birlikte bir başkasının yaşaması ile PPD arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p> 0.05$).

Bebek bakımında anneye yardım eden birinin olması durumu ile annede PPD görülmesi arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bebek bakımında yardım almama PPD olma ihtimalini 2.2 kat arttırmaktaydı ($p= 0.026$, OR= 2.2, %95 GA= 1.08-4.49).

Gebelikten önce ve gebelikte sigara içme durumu, yaşayan çocuk sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p> 0.05$).

PPD olan ve olmayan anneler obstetrik öykülerine göre karşılaştırıldığında, postpartum 3-6 ay arasında olan, sezaryen ile doğum yapan, erken doğum yapan, ölü doğum, düşük ve küretaj öyküsü olan, son gebeliği sırasında yatarak tedavi gören, bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olan, bebeğini emzirmeyen annelerde PPD oranının daha yüksek olduğu görüldü ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p> 0.05$) (Tablo 2).

Ancak son gebeliği planlanmayan bir gebelik olan, gebelikten önceki herhangi bir zamanda depresyon tanısı alan, önceki doğumlarından sonra psikiyatrik hastalık geçiren annelerde PPD oranının

istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p= 0.016$, $p= 0.001$, $p= 0.001$) (Tablo 2).

PPD üzerine etkili olan faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi sonucunda, son gebeliğin planlanmayan bir gebelik olmasının PPD ihtimalini 2.4 kat [$p= 0.016$, OR= 2.4, %95 GA (1.16-4.98)], gebelikten önceki herhangi bir zamanda depresyon tanısı almış olma durumunun 5.7 kat [$p= 0.000$, OR= 5.7 %95 GA (2.49-12.94)], önceki doğumlarından sonra psikiyatrik hastalık geçirme durumunun ise PPD olma ihtimalini 7.5 kat arttırdığı saptandı [$p= 0.000$, OR= 7.5, %95 GA (2.27-24.8)].

TARTIŞMA

Gebelik ve doğum normal bir yaşam olayı gibi gözükmese de kadın için büyük bir stres kaynağı olabilmektedir. Bu dönemde her kadın hafif ya da yoğun kaygı yaşayabilir. Annelerin birçoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir.⁷

Ülkemizde ve yurtdışında PPD sıklığını araştırmak amacıyla yapılan birçok çalışmada yöresel, kültürel, sosyal ve ekonomik nedenlere bağlı olarak farklı oranlar saptanmıştır. İsrail'de yapılan bir çalışmada EPDS kesme puanı 10 ve üstü alındığında PPD oranı %22.6 bulunmuştur.⁸ Hong-Kong'ta yapılan bir çalışmada ise PPD oranı %13 olarak bulunmuştur.⁹ Ülkemizde Ayvaz ve ark.nın¹⁰ Trabzon'da EPDS kesme puanını 12 ve üstü aldığı çalışmada PPD oranı %29.6 bulunurken, Özdemir ve ark.nın¹¹ Konya'da yaptığı çalışmada EPDS kesme puanı 13 ve üstü alındığında %19.4 olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda EPDS kesme puanı 12 olarak alındı ve PPD oranı %35.5 olarak tespit edildi. Bu farklı sonuçlar; çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı kültürel özellikler taşıması, çalışmaların doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması ve EPDS kesme puanlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, anne yaşı ve eğitim durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Faisal-Cury ve ark.¹² da yaptıkları çalışmada anne yaşı ile

TABLO 1: Postpartum depresyonu olan ve olmayan annelerin değerlendirilen parametreler yönünden karşılaştırılması.

	Postpartum Depresyon		Toplam n (%)	p
	Var n (%)	Yok n (%)		
Anne Eğitim				
İlkokul ve altı	20 (31.7)	43 (68.3)	63 (44.7)	0.621
Ortaokul	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (14.9)	
Lise ve üstü	22 (38.6)	35 (61.4)	57 (40.4)	
Anne Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	42 (35.0)	78 (65.0)	120 (85.1)	0.902
Çalışıyor	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (14.9)	
Baba Eğitim				
İlkokul ve altı	15 (28.8)	37 (71.2)	52 (36.9)	0.379
Ortaokul	9 (34.6)	17 (65.4)	26 (18.4)	
Lise ve üstü	26 (41.3)	37 (58.7)	63 (44.7)	
Aylık Gelir				
≤500 YTL	18 (41.9)	25 (58.1)	43 (30.5)	0.618
501-1000 YTL	24 (33.3)	48 (66.7)	72 (51.1)	
>1000 YTL	8 (30.8)	18 (69.2)	26 (18.4)	
Annenin Evlenme Yaşı				
<18 yaş	3 (10.3)	26 (89.7)	29 (20.2)	0.007
18-24 yaş	38 (40.9)	55 (59.1)	93 (66.0)	
≥ 25 yaş	9 (47.4)	10 (52.6)	19 (13.8)	
Evlilik Süresi				
≤5 yıl	33 (38.8)	52 (61.2)	85 (60.3)	0.619
6-10 yıl	9 (30.0)	21 (70.0)	30 (21.3)	
> 10 yıl	8 (30.8)	18 (69.2)	26 (18.4)	
Eşler Arasında Akrabalık				
Yok	38 (35.2)	70 (64.8)	108 (76.6)	0.740
1. dereceden var	6 (31.6)	13 (68.4)	19 (13.5)	
2. dereceden var	6 (42.8)	8 (57.1)	14 (9.9)	
Evde Eş ve Çocuk Dışında Yaşayan				
Var	20 (35.1)	37 (64.9)	57 (40.4)	0.880
Yok	30 (35.7)	54 (64.3)	84 (59.6)	
Bebek Bakımında Yardım Alma				
Evet	18 (26.1)	51 (73.9)	69 (48.9)	0.026
Hayır	32 (44.4)	40 (55.6)	72 (51.1)	
Sigara İçme Durumu				
Gebelikten önce ve gebelikte içmiş	11 (55.0)	9 (45.0)	20 (14.2)	0.111
Gebelikten önce içmiş	9 (37.5)	15 (62.5)	24 (17.0)	
Hiç içmemiş	30 (30.9)	67 (69.1)	97 (68.8)	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
1	24 (36.4)	42 (63.6)	66 (46.8)	0.546
2	15 (30.3)	34 (69.3)	49 (34.8)	
≥3	11 (41.2)	15 (58.8)	26 (18.4)	

PPD gelişimi arasında ilişki olmadığını bulmuşlardır. DüNDAR¹³ ise yetişkin annelerde yaptığı bir çalışmada annenin yaşı ilerledikçe PPD görülme

oranının arttığını, annenin öğrenim düzeyinin yükselmesinin PPD oranını düşürdüğünü saptamıştır. Eğitim düzeyi yetersiz kadınların, düşük

TABLO 2: Postpartum depresyonu olan ve olmayan annelerin obstetrik özellikleri yönünden karşılaştırılması.

	Postpartum Depresyon			p
	Var n (%)	Yok n (%)	Toplam n (%)	
Postpartum Süre				
<1 ay	6 (24.0)	19 (76.0)	25 (17.7)	0.054
1-3 ay	14 (28.0)	36 (72.0)	50 (35.5)	
3-6 ay	30 (45.5)	36 (54.5)	66 (46.8)	
Doğum Şekli				
Sezaryen	30 (40.0)	45 (60.0)	75 (53.2)	0.206
Normal	20 (30.3)	46 (69.7)	66 (46.8)	
Doğum Zamanı				
Miyadında Doğum	41 (34.5)	78 (65.5)	119 (84.4)	0.667
Erken Doğum	9 (40.9)	13 (59.1)	22 (15.6)	
Ölü Doğum Öyküsü				
Var	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (4.3)	0.655
Yok	47 (34.8)	88 (65.2)	135 (95.7)	
Düşük Öyküsü				
Var	11 (37.9)	18 (62.1)	29 (20.6)	0.731
Yok	39 (34.8)	73 (65.2)	112 (79.4)	
Küretaj Öyküsü				
Var	8 (47.1)	9 (52.9)	17 (12.1)	0.275
Yok	42 (33.9)	82 (66.1)	124 (87.9)	
Son Gebelikte Yatarak Tedavi				
Var	15 (48.4)	16 (51.6)	31 (22.0)	0.116
Yok	35 (31.8)	75 (68.2)	110 (78.0)	
Son bebekte sağlık sorunu				
Var	14 (38.9)	22 (61.1)	36 (25.5)	0.697
Yok	36 (34.3)	69 (65.7)	105 (74.5)	
Son gebelik planlı mıydı?				
Evet	27 (28.7)	67 (71.3)	94 (66.7)	0.016
Hayır	23 (48.9)	24 (51.1)	47 (33.3)	
Emzirme Durumu				
Hiç emzirmemiş	5 (55.5)	4 (44.5)	9 (6.4)	0.145
0-3 ay emzirmiş	21 (28.0)	54 (72.0)	75 (53.2)	
3-6 ay emzirmiş	24 (42.1)	33 (57.9)	57 (40.4)	
Önceki gebeliklerden sonra psikiyatrik hastalık				
Var	12 (75.0)	4 (25.0)	16 (20.5)	0.001
Yok	15 (24.2)	47 (75.8)	62 (79.5)	
Gebelikten önce depresyon				
Var	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (24.8)	0.001
Yok	27 (25.5)	79 (74.5)	106 (75.2)	

sosyal yaşam içerisinde benlik saygıları azalabilir, daha fazla stres ve anne olmanın getirdiği psikososyal ve duygusal zorlanmalarla baş etmede güçlük yaşayabilirler. Çalışma grubumuzun büyük bir kıs-

mının kent merkezinde yaşıyor olması eğitim yetersizliğinin dezavantajını telafi etmiş olabilir.

Çalışmamızda aylık gelir düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte aylık ge-

liri 500 YTL ve altı olan ailelerde annede PPD görülme sıklığı daha fazlaydı. Sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan anneler, kendileri ve bebeklerinin geleceği için daha fazla kaygı duyabilirler. Bebeğin veya kendisinin karşılaşılabileceği sağlık sorunları, beslenme ve bakım ihtiyacı konusunda kendilerini daha endişeli ve huzursuz hissedebilirler ve bu durum PPD gelişimine yatkınlık yaratabilir. Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada, ailenin düşük gelirli olması durumunda 3.3 kat, çok düşük gelirli olması durumunda ise 6.15 kat daha fazla PPD görüldüğü bildirilmiştir.¹⁴

Ülkemizde akraba evliliğinin yaygın olmasına rağmen çalışma grubumuzda akraba evliliği oranı çok düşüktü ve akraba evliliği olma durumu ile PPD arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu, çalışmanın büyük bir kentin merkezinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Ülkemizde bu konuyla ilgili olarak yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, doğum şekli ile PPD arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ancak istatistiksel anlamı olmamakla birlikte son bebeğini sezaryen ile dünyaya getiren annelerde PPD olasılığının daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızda sezaryen ile doğum yapan annelerin oranı normal doğum yapanlardan daha fazlaydı. Bu nedenle doğum şekli ve PPD ilişkisi, göreceli olarak sezaryenle doğum yapanlarda daha yüksek saptanmış olabilir. Atasoy ve ark.nın¹⁵ yaptıkları bir çalışmada da doğum yapma şekli ile PPD ilişkisiz bulunmuştur. Samsun'da yapılan çalışmada, PPD olanlarda normal vajinal yolla doğum yapmış olma, depresyonu olmayanlara göre 2.2 kat daha fazla tespit edilmiştir.¹⁶ Chaaya ve ark.nın¹⁷ Lübnan'da 396 kadında yaptıkları çalışmada vajinal yolla doğum yapan annelerde sezaryenle doğum yapanlara göre daha yüksek oranda PPD görüldüğü ve sezaryenle doğumun tekrarlayan PPD için koruyucu bir rol oynayabileceği bildirilmiştir.

Daha önce geçirilen depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları ve uyumsuzlukları, olumsuz yaşam deneyimleri ya da istenmeyen gebelik, ölü doğum, evlilik dışı doğum, ikiz doğum gibi gebelik sırasında depresyona neden olabilecek başka pek çok risk faktörü bildirilmiştir.

Çalışmamızda son gebeliğin plansız olmasının PPD ihtimalini 2.4 kat artırdığı saptandı. Gebeliğin istenmemesi, annenin bebeğe ve annelik rolüne hazır olmadığını ve oluşabilecek sorunlarla baş etmekte güçlükler yaşayabileceğini düşündürebilir. Nitekim İnandı ve ark.nın¹⁴ yaptığı çalışmada istemeden gebe kalan annelerde PPD'nin 1.56 kat daha sık olduğu saptanmıştır. Samsun il merkezinde yapılan bir çalışmada da planlanmayan gebeliğin PPD için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.¹⁶

Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Malatya'da gebelerdeki depresyonun sosyal destekle ilişkisini saptamak amacıyla 104 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, sosyal destek yetersizliği ile artmış depresif belirti düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹⁸ Çalışmamızda da bebek bakımında anneye yardım eden birinin olmaması durumunun PPD olma ihtimalini 2.21 kat artırdığı saptandı.

Emzirme anne ve bebek arasında fiziksel ve duygusal birlikteliğin yaşandığı ortalama bir yıl kadar süren bir dönemdir. Bu dönemde bebeğini emziremeyen anneler suçluluk ve yetersizlik duyguları yaşayabilirler. Emzirme, postpartum depresyon tedavisi için bile önemli bir durum olarak gösterilmiş ve emzirmeyi bırakmanın oluşturduğu sosyal baskı ve suçluluk duygusunun başlı başına ek bir stresör olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Çalışmamızda emzirme süresi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemekle birlikte bebeğini herhangi bir nedenle emzirmeyen annelerde PPD oranı daha yüksekti.

Çalışmamızda, gebelikten önceki herhangi bir zamanda depresyon öyküsü olanlarda PPD olma ihtimalinin 5.7 kat arttığı saptanmıştır. Önceki gebeliklerinden sonra psikiyatrik hastalık geçirme ile PPD olma arasında da anlamlı bir ilişki saptandı. Benzer olarak Ayvaz ve ark.¹⁰ önceki doğum sonrasında depresyon geçirmiş olmanın PPD riskini 5.7 kat, Özdemir ve ark.¹¹ 4.7 kat artırdığını bildirmiş-

lerdir. Amerika'da 1662 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, geçirilmiş depresyon öyküsü en güçlü risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve antenatal depresif semptomlarda dört kata varan bir artışa sebep olduğu öne sürülmüştür.²⁰

Atasoy ve ark.nın¹⁵ yaptığı çalışmada gerek ölü doğum gerekse düşük öyküsü ile PPD arasında ilişki bulunamamıştır. İnandı ve ark.nın¹⁴ yaptığı çalışmada ise daha önceki gebeliklerinde 3 veya daha fazla düşük öyküsü olan kadınlarda PPD oranı 2.4 kat artmış olarak bulunmuştur. Çalışmamızda anenin ölü doğum, düşük ve kürtaj öyküsü olması ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemekle birlikte bütün bu durumlarda PPD olma oranı daha yüksekti.

Çalışmamızda, istatistiksel anlamlı olmamakla beraber, 3 ve daha çok çocuk sahibi olan annelerde PPD sıklığı, daha az çocuklu annelere göre daha fazlaydı. Yapılan bazı çalışmalarda da PPD sıklığının yaşayan çocuk sayısı ile ilişkisiz olduğu saptanmıştır.¹⁴ Danacı ve ark.nın²¹ yaptığı çalışmada ise çocuk sayısı fazla olan annelerde PPD riski anlamlı derecede artmış olarak bulunmuştur. Leung ve ark.²² Hong Kong'ta yaptıkları çalışmada ilk çocuğu olan kadınlarda depresyon oranının iki ya da daha fazla çocuğu olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarının farklı olması, çocuk sayısına kültürel ve geleneksel bakışın farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. İlk çocuğu olan anneler çocuk bakımı konusunda tecrübesizliği nedeniyle yetersizlik hissedebilir ve duygusal zorlanmalar yaşayabilir, çocuk sayısı fazla olanlarda ise ekonomik kaygılar, çocukların geleceğine yönelik endişeler artabilir ve bu durumlar PPD gelişimine zemin hazırlayabilir.

Evlenme yaşı, buna bağlı olarak ilk doğum yaşı daha ileri olan annelerde PPD oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. İlk doğum yaşı ileri olan annelerde, anne ve bebekte görülebilecek komplikasyonlarda hafif bir artış olduğu bilinmektedir. Yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olan gebelik ve doğum sonrası süreçte bir de bu risk faktörlerinin eklenmesiyle PPD olasılığının bu annelerde daha fazla olacağı tahmin edilebilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı il merkezinde rastgele yöntemle seçilmiş küçük bir kadın grubunda yapılmış olması ve bu nedenle ülke genelini temsil etme gücünün olmamasıdır. Ayrıca çalışma grubuna sadece EPDS uygulanmış olup ayrıntılı psikiyatrik muayenelerinin yapılmamış olması da bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Ancak başka illerde yapılmış önceki çalışmalarla benzer sonuçların elde edilmiş olması önemlidir.

SONUÇ

Düşük sosyoekonomik düzey, depresyon ve postpartum depresyon öyküsü olması, ileri yaşta evlenme, sosyal destek yetersizliği, istenmeyen gebelik postpartum depresyon gelişmesi açısından önemli risk faktörleridir. Tüm anne adaylarına ve eşlerine eğitim programları düzenlenerek doğumdan sonra yaşanabilecek duygusal değişimler konusunda bilgiler verilmesi, bu eğitimlerin bütün sağlık kurumlarında bir danışmalık hizmeti olarak benimsenmesi ve ulaşılabilecek hedef kitlenin büyütülmesi, PPD açısından risk taşıyan gebe ve loğusaların sağlık çalışanları tarafından yakından ve daha uzun süre ile izlenmelerinin ve uygulaması kolay bir ölçek olan EPDS'nin kullanımının yaygınlaşmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karaçam Z, Kitiş Y. [The Postpartum Depression Screening Scale: Its Reliability and Validity for the Turkish Population]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(2):187-96.
2. Orr ST, James SA, Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002;156(9):797-802.
3. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-A metaanalysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
4. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. [Postpartum depression]. 2004;12(Ek 4):0-0.
5. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
6. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Ankara: Psikiyatri Demeği Yayınları; 1997:51-2.
7. Gülseren L. [Postdelivery depression: a review]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10 (2):58-67.
8. Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, Hart S. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19(3): 155-64.
9. Lee DT, Yip AS, Chan SS, Tsui MH, Wong WS, Chung TK. Postdelivery screening for postpartum depression. *Psychosom Med* 2003;65(3):357-61.
10. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. [Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation] *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):243-51.
11. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. [Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center]. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(5):391-8.
12. Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7(2):123-31.
13. Dündar PE. [Postpartum depression prevalence and state report of woman in a semi-urban region]. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi; 2006. p.158-68.
14. 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.
15. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, et al. [Clinical and socio-demographic risk factors that effect the level of depressive symptoms at postpartum period] *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14(5):252-7.
16. Sünter AT, Güz H, Ordulu F. [Postpartum depression prevalence and risk factors in the city center of Samsun]. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi; 2002. p. 855-8.
17. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002;5(2):65-72.
18. Virit O, Akbaş E, Savaş A, Sertbaş G, Kandemir H. [Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy]. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45(1): 9-13.
19. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. [Babyblues and postpartum depression]. *Duygudurum Dizisi* 2000;2(1):64-71.
20. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(3):221-7.
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. Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005;28(1):27-38.