

Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri

Dr. Sibel AYVAZ¹, Dr. Çiçek HOCAOĞLU², Dr. Ahmet TİRYAKİ³, Dr. İsmail AK⁴

ÖZET

Amaç: Kadın yaşamının bazı dönemlerinde depresyon riski artmaktadır, doğum sonrası dönem de bu riskin arttığı dönemlerden birisidir. Bu çalışmanın amacı, Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyonun sıklığını ve gebelikteki risk etmenlerini araştırmaktır.

Yöntem: Trabzon il merkezine bağlı toplam 6 sağlık ocağı ile Doğum ve Çocuk Hastanesi tarafından takip edilen, gebeliğinin son üç ayında olan tüm kadınlar çalışma ile ilgili olarak bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 316 kişiye sosyodemografik anket formu, Genel Sağlık Anketi, Beck Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Bu olgulardan 192'si (%75) çalışmanın ilk aşamasını tamamlamıştır. Çalışmanın 2. döneminde kadınların 152'sine (%79) doğum sonrası 6-8 haftada Sosyodemografik Anket Formu hariç diğerlerine ek olarak Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın 3. döneminde ise kadınların 132'sine (%68.7) aynı ölçekler doğum sonrası 6. ayda yeniden uygulanmıştır.

Bulgular: Trabzon ili merkezinde, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre DSD sıklığı %28.1'dir. Önceki doğumundan sonra depresyon geçirmiş olma, Genel Sağlık Anketi'nde beş ve üzerinde puan alma ve Beck Anksiyete Envanteri'ne göre yüksek puan alma depresyon ortaya çıkışıyla ilişkili risk etmenleri olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bu bulgular, ülkemizde doğum sonrası depresyon yaygınlığını, bu alanda kullanılmak üzere hazırlanmış bir ölçekle, araştırılan ilk izlem çalışması olması nedeniyle konu ile ilgili yapılacak çalışmalara öncülük etmesi nedeni ile önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Doğum Sonrası Depresyon, Sıklık, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

SUMMARY: Incidence of Postpartum Depression in Trabzon Province and Risk Factors at Gestation

Objective: Risk of depression increases in some periods of the women's life and postpartum period is one of these periods. Women in the risk group should be followed-up both prenatally and postnatally. The aim of this study is to investigate the incidence and risk factors of postpartum depression in Trabzon province.

Method: Among all pregnant in the third trimester of gestation attending to six primary health care centers belonging to Trabzon province and the Hospital of Obstetrics and Pediatrics were informed about the study and of these 316 person who accepted to attend the study were applied Sociodemographic Questionnaire, General Health Inventory, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory. Of these 192 women (75%) were reached at the first visit. At sixth-eighth weeks of postpartum, above mentioned inventories, excluding Sociodemographic Questionnaire but additionally Edinburgh Postnatal Depression Scale, were applied to 152 of these women (79%). All tests were re-applied to 132 (68.7%) women at their sixth month after delivery.

Results: Incidence of DSD according to Edinburgh Postnatal Depression Scale was found 28.1% in Trabzon province. Reported depression after previous pregnancies, scores equal or above five in General Health Inventory in pregnancy and high scores in Beck Anxiety Inventory were determined as predictors of postpartum depression in the study population.

Conclusion: As being the first follow up study of investigating the incidence of postpartum depression by a scale prepared to used this area, these findings are important to guide the further studies in connected with matter.

Key Words: Postpartum Depression, Incidence, Edinburgh Postnatal Depression Scale

¹Uzm., ²Yrd. Doç., ³Yrd. Doç., ⁴Prof., K.T.Ü Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Trabzon.
Dr. Çiçek Hocaoglu, e-posta: chocaoglu@superonline.com

GİRİŞ

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Doğum öncesinde ve sonrasında meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir. Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (Okanlı ve ark. 2003). Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (Yıldız ve Ünal 1996). Psikiyatrik hastalanma ve depresyon oranlarının hemen doğumu izleyen dönemde arttığına ilişkin yaygın kanı, özellikle son 20 yılda konu ile ilgili yapılan çalışmalarca da desteklenmiştir. Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde, kadınların psikiyatrik nedenli hastane başvurularında belirgin bir artış olmaktadır (Kısa ve Yıldırım 2004). Bu yatkınlığın, sık rastlanan bir hüznün halinden başlayarak, psikotik özellikli bir depresyonun hızlı başlangıçlı ve renkli belirtili biçimlerine kadar değişebilen farklı klinik görünümleri tanımlanmıştır (Kırpınar ve Özer 1995). Doğumdan hemen sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi, doğum sonrası dönem olarak psikiyatrik tabloların görülebildiği önemli bir dönemdir (Yıldırım ve ark. 2004). 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 (Deveci 2003). Yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, annelerin bir kısmı için bazı duygusal sorunlar ortaya çıkar. Bunlardan en sık görüleni ve zorlayıcı olanı da depresyondur. Doğum sonrası depresyon, birkaç değişik şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan birisi erken dönemde ortaya çıkan ve kısa sürede iyileşen annelik hüznü, diğeri ise daha geç ortaya çıkan, daha uzun süren ve daha ciddi bir durum olan doğum sonrası depresyondur. Yapılan pek çok çalışmada, doğum sonrası depresyon yaygınlığı %10-15 arasında bildirilmiştir (Danacı ve ark. 2000). Doğum sonrası depresyon, DSM-IV’de Duygudurum Bozuklukları içinde yer almakta ve “postpartum başlangıç belirleyicisi” ile tanımlan-

maktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve bir çok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde çökkün duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları nedeniyle belirtilerini saklamaları, doğum sonrası depresyonun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Sünter ve ark. 2002, Danacı ve ark. 2002). Doğum sonrası depresyonun saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (Çeber ve ark. 2002).

Bu çalışmada Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelik döneminde risk oluşturan etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Trabzon, Anadolu’nun kuzeydoğusunda, Doğu Karadeniz’in doğal bir limanının kıyısında, Asya ve Ortadoğu transit yolunun başında kurulmuş bir şehirdir. Devlet İstatistik Enstitüsünün verilerine göre il merkezinin 2000 yılındaki nüfusu 214 949’dur. Nüfusun %38’i şehirde, %62’si köylerde yaşamaktadır. Trabzon 81 il içerisinde yüzölçümü itibarıyla 62., nüfus itibarıyla 23., nüfus yoğunluğu bakımından 5. ve nüfus artış hızı %2.44 ile 59. sırada yer almaktadır. Trabzon net göç veren bir il konumunda olduğundan nüfus artış hızı da oldukça düşük oranlarda seyretmektedir (DİE 1997). Trabzon ilinin 2004 yılında, il sağlık müdürlüğü verilerine göre bir yıllık toplam doğum sayısı 8 618’dir.

Çalışmanın süresi ve ön hazırlıklar

Çalışmada anketörlük yapacak ebe-hemşire grubu için il sağlık müdürlüğünden gerekli izin onayı alındı. Elli kişilik ebe-hemşireden oluşan anketör grubuna çalışmaya başlamadan bir hafta önce ölçeklerin uygulanması ve doğum sonrası depresyon konusunda eğitim araştırmacılar (S. Ayvaz, İ. Ak) tarafından verildi. Eğitim süresi boyunca anketörlerin testleri benzer biçimde uygulaması sağlandı. Çalışmaya dahil edilecek kişilerin hangi özelliklere sahip olması gerektiği anla-

TABLO 1. Sosyodemografik Etmenler ile DSD İlişkisi.

	DSD		DSD değil		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Medeni durum					
Evli	54	28.1	138	71.8	0.315
Mesleki durum					
Ev kadını	50	29.9	117	70.1	0.473
Memur	3	20	12	80	
İşçi	1	12.5	7	87.5	
Diğer	0	0	2	100	
Eğitim durumu					
Eğitimsiz	15	26.3	42	73.7	0.281
İlköğretim	25	26.3	70	73.7	
Lise	10	45.5	12	54.5	
Yüksek okul/ üniversite	4	22.2	14	77.8	
Yerleşim alanı					
Merkez mahalle	53	28.2	135	71.8	1.000
Gecekondü mahallesi	1	25	3	75	
Oturulan ev					
Kiralık	29	26.9	79	73.1	0.656
Ev sahibi	25	29.8	59	70.2	

tılırken çalışmadan dışlama ölçütleri de belirtildi. Kendi aralarında anket uygulatılarak eğitimle anketörlere pratik kazandırıldı. Karşılaşılabilecekleri tahmin edilen sorunların nasıl çözümlenebileceği öğretilti. Ekim 2003-Ekim 2004 tarihleri arasındaki bir yıllık sürede veriler toplandı.

Çalışmaya alınan yerleşim birimleri

Trabzon il merkezindeki 03 No'lu Sağlık Ocağı, 05 No'lu Sağlık Ocağı, Dr. Hakan Yıldırım Sağlık Ocağı, Erdoğan Sağlık Ocağı, Bahçecik Sağlık Ocağı, Boztepe Sağlık Ocağı bölgelerine bağlı yerleşim birimleri ile Trabzon Doğum ve Çocuk Hastanesine il merkezinden başvuru alan mahalleler çalışma kapsamına alındı.

Örnek seçimi

Çalışmanın 1. dönemine çalışma bölgesinde bulunan 15-49 yaşları arasında, gebeliğinin son 3 ayına giren tüm kadınlardan (toplam 426) çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 316 kişi alındı. Çalışmanın birinci bölümünü bu kadınların 192'si (%75), ikinci bölümünü 152'si (%48.1) ve gebelik sonrası 6. aydaki kısmını ise 132'si (%41.8) tamamladı.

Bilgi toplama araçları

Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerini kaydetmek için, hazırlanan "sosyodemografik veri formu" kullanıldı. Bu formun ilk sayfası aydınlatılmış onam belgesinden oluşturulmuştur. Formda ayrıca kişiyi tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerini belirleyici sorular yanında biyolojik (gebelik sayısı, premenstrüel belirtiler, geçirdiği hastalıklar), şimdiki gebeliğine ait (hiperemesis, geçirdiği hastalıklar, gebeliğin planlanmış olup olmadığı, son doğum şekli, doğum korkusu, doğumu nerede yaptığı, önceki gebeliklerinde geçirdiği ruhsal ve bedensel hastalıklar), bebeğe ait (cinsiyet, hastalık, doğum kilosunu) ve annenin bebeğin cinsiyetinden memnuniyeti konularını içeren sorular da mevcuttur.

Araştırmada kullanılan tanı ölçekleri aşağıda özetlenmiştir

1. Genel sağlık anketi (GSA)

Goldberg ve Hillier (1979) tarafından geliştirilen ölçek toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulaması kolay ölçektir. GSA'nın 12 ve 28 soruluk formları

TABLO 2. Çalışma Grubunda DSD Sıklığı (Trabzon, Ekim 2003-Ekim 2004).

	DSD		DSD değil		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
Doğum sonrası 6-8. hafta	45	29.6	107	70.4	152
Doğum sonrası 6. ay	15	11.4	117	88.6	132
Toplam	54	28.1	138	71.9	192

vardır. Bu çalışmada 28 soruluk formu kullanılmıştır. GSA 28 için kesme puanı 4/5 olarak hesaplanmıştır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır.

2. Beck anksiyete envanteri (BAE)

Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilip geçerlilik, güvenilirliği yapılan ölçektir. 21 maddeden oluşmaktadır. Puan aralığı 0-63'tür. Ülkemizde Ulusoy ve ark. (1996) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

3. Beck depresyon envanteri (BDE)

Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içeren bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 arasında değişir. Hisli (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

4. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeği türündedir. Toplam 10 soru içermektedir. Engindeniz ve ark. (1996) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, tarama için tanı koymaya yönelik kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır .

Uygulama

Trabzon ili merkezine bağlı altı sağlık ocağında çalışan otuz dokuz kişilik ebe-hemşire grubu anketör olarak görevlendirildi. Her anketör sorumlu olduğu mahalledeki tüm gebe kadınları belirledi. 2003 Ekim ayından itibaren 2004 yılının Mart ayına dek, toplam beş ay boyunca gebeliğinin 6. ayını bitirmiş olan kadınlar çalışmaya dahil edildi. Anketörler ile görüşen tüm gebe kadınlardan 266'sı çalışmaya katılmayı kabul etti. Trabzon Doğum

ve Çocuk Hastanesi gebe polikliniğinde çalışan 11 hemşire ise 2003 yılının Aralık ayı ve 2004 yılının Ocak ayında polikliniğe başvuran, gebeliğinin 6. ayını doldurmuş tüm kadınlara çalışmayı anlattılar ve 50 kadın araştırmaya katılmayı kabul etti. Çalışma örneklemini oluşturan tüm kadınlar aynı grup içinde yer aldı. Tüm anketörler çalışmaya katılmayı kabul eden hamile kadınlara "Aydınlatılmış Onam Formu"nu imzalattılar ve sırası ile Sosyodemografik veri anketi, GSA, BAE ve BDE'ni verdiler ve kendi kendilerine dolduracaklarını söylediler. Eksiksiz doldurulduğunu kontrol ederek geri aldılar. Çalışmanın birinci dönemini toplam 316 (266'sı sağlık ocaklarından ve 50'si Trabzon Doğum ve Çocuk Hastanesinden) gebe kadından 192'si (%75) tamamladı. 124 kişi ise çalışmaya katılma koşullarını karşılamamaları, anketlere uyum sağlayamama ya da kendi istekleri gibi nedenlerden dolayı çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmanın ikinci döneminde, daha önce anket doldurmuş gebe kadınlara, anketörler tarafından, doğum yaptıktan 6-8 hafta sonra sırası ile GSA, BAE, BDE ve EDSDÖ uygulandı. Trabzon Doğum ve Çocuk Hastanesindeki gruba telefon ile ulaşıp Farabi Hastanesine çağrılarak tarafımızdan ölçekler uygulandı. Sağlık ocakları grubundan 147, hastane grubundan 5 kişi olmak üzere toplam 152 kişi tekrar ölçek uygulamasını kabul etti.

Çalışmanın üçüncü döneminde, kadınlara doğum sonrası altıncı ayda, çalışmanın ikinci dönemindeki işlem uygulandı. Sağlık ocakları grubundan 92'si ikinci döneme katılan 129 kişi, hastane grubundan 3 kişi tekrar aynı anketleri yaptı ve böylece çalışmanın üçüncü dönemini 132 kişi tamamladı. Sağlık ocaklarından üçüncü döneme katılanlardan 37 kişi sadece 1. döneme katıldılar.

İstatistiksel analiz

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. DSD olan ve olmayan gruplar arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılıma

TABLO 3. DSD Sıklığı İle Gebelik Dönemindeki Risk Etmenlerinin İlişkisi.

Modeldeki Değişkenler	DSD		DSD değil		p
	Sayı	%	Sayı	%	
İstenen gebelik					
Evet	37	26.6	102	73.4	0.567
Hayır	17	32.0	36	68.0	
Hiperezezis					
Evet	20	33.3	40	66.7	0.363
Hayır	34	26.2	98	73.8	
Doğum yapma korkusu					
Evet	44	28.8	109	71.2	0.672
Hayır	9	23.7	29	76.3	
Bebeğin cinsiyeti					
Kız	26	32.5	54	67.5	1.000
Erkek	23	32.9	47	67.1	
Bebeğin cinsiyetinden memnuniyet					
Evet	46	31.9	98	68.1	0.393
Hayır	3	50.0	3	50.0	

uyan veriler student t testi, normal dağılıma uymayan veriler ise Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmalı analizleri ise Ki kare testi ile yapılmıştır. DSD üzerine etkili risk faktörleri saptayabilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde doğum sonrası depresyon olma ve olmama bağımlı değişken, GSA, BDE, BAE, önceki doğumda depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, eğitim durumu, aylık gelir, gebelik sayısı ve doğum korkusu bağımsız değişken olarak alınmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, sayımla elde edilen veriler sayı (%), lojistik regresyon analizi sonuçları ise tahmini rölatif risk (odds ratio-OR) ve %95 Güven Aralığı (GA) olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın birinci dönemine 192 gebe kadın katıldı. Yaş ortalaması 27.3 olan çalışma grubunun, ortalama olarak 12 yıldır aynı mahallede oturduğu, 490 YTL gelir düzeyine sahip ve ortalama çocuk sayısının 2.03 olduğu, çalışma grubunun hepsinin evli, çoğunun ev kadını (%87), ilköğretim (%49.5)

tahsilli, merkez mahallede (%97.9) ve kiralık evde (%56.3) oturmakta olduğu saptandı. Çalışma grubundaki kadınların medeni durumu, mesleki durumu, yerleşim alanı ve kiralık ya da kendi evinde oturmaları ile DSD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Eğitim durumu ile DSD arasında istatistiksel ilişki olmasa da lise mezunu olanlarda DSD oranını (%45.5), diğerlerine göre oldukça yüksektir (Tablo 1).

GSA, BAE, BDE ve EDSDÖ ile ilgili değerlendirme sonuçları

Gebelik dönemindeki 192 kişiden 85'i GSA'ya göre (beş ve üzerinde puan alanlar), psikiyatrik rahatsızlığa sahip olup, bunların 37'sinde % 43.5 de DSD saptanmıştır. Bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0005$). Buna göre, gebelikte GSA sonucuna göre psikiyatrik bozukluk saptananlarda, saptanmayanlara göre DSD sıklığı daha yüksektir.

Gebelik döneminde BDE ile yapılan ölçümde 17 ve üzerinde puan alan 35 kişi mevcuttur. Bu kişilerin 15'inde (%42.9) DSD tespit edilmiştir. Fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna göre, BDE sonucuna göre depresif özellik gösterenlerde göstermeyenlere göre DSD tanısı

TABLO 4. Lojistik Regresyon Analizine Göre DSD İçin Risk Etmenleri.

Değişken adı	OR	%95 GA	P
Önceki doğumda depresyon			
Yok	1		
Var	5.71	1.78-18.31	0.003
GSA			
<5	1		
≥5	3 .79	1.64-8.50	0.001
BDE			
<17	1		
≥17	1.18	0.45-3.05	0.738
Ailede depresyon öyküsü			
Yok	1		
Var	0.64	0.24-1.65	0.352
Doğum korkusu			
Yok	1		
Var	1.03	0.41-2.58	0.951
Eğitim durumu			
Eğitimsiz	1		
İlköğretim	0.90	0.38-2.10	0.804
Lise	2.78	0.88-8.81	0.083
Yüksekokul-üniversite	0.57	0.12-2.70	0.481
Aylık gelir	1.43	0.48-4.28	0.522
Gebelik sayısı	1.03	0.78-1.37	0.817
BAE	1.01	0.98-1.04	0.517

alma istatistiksel açıdan farklılık göstermez iken, gebelik sonrası dönemde BDE sonucu 17 ve üzeri olanlarda daha düşük değer alanlara kıyasla DSD saptanması anlamlı düzeyde sıktır.

Çalışmaya katılan 192 kişinin 152'si (%79.2) doğum sonrası 6-8. haftada görüldü ve EDSDÖ'ye göre (12 ve üzerinde puan alanlar) DSD durumu saptandı. Buna göre 45 kadın DSD tanısı aldı (%29.6). Doğum sonrası 6. ayda, içerisinde doğum sonrası 6-8 haftada görüşme yapılamamış kişilerden de oluşan 132 kişi (%68.8) görüldü. Bu dönemde 15 kişi (%11.4) EDSDÖ'ye göre DSD tanısı aldı. Her iki dönemde toplam 54 kişi (%28.1) DSD tanısı aldı. Çalışmada DSD sıklığı olarak %28.1 sayısı kabul edildi. DSD sıklığı Tablo 2'de

gösterilmektedir. DSD'li 54 kişinin gebelik döneminde, 50 kişinin doğum sonrası 6-8. haftada ve 36 kişinin doğum sonrası 6. ayda BAE'ye göre anksiyete puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gebelik ve sonrası dönemde saptanan BAE puan ortalamaları, DSD tanısı alan kadınlarda DSD tanısı almayan kadınların elde ettikleri ortalama puanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

DSD'nin risk etmenleri

Gebelik isteği, doğum yapma korkusu, bebeğin cinsiyeti ve bundan memnuniyet ve gebelikte geçirilen hastalıklar ile DSD sıklığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat, gebelikte

hiperemezis yakınması olan kişilerde olmayanlara göre yüksek oranda (%33.3) DSD görülmüştür. DSD sıklığı ile gebelik dönemindeki risk etmenlerinin ilişkisi Tablo 3'te gösterilmiştir. Önceki doğumundan sonra depresyon geçirmiş olma ile DSD sıklığı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.003$). Bu durum Tablo 4'te lojistik regresyon analizine göre DSD için risk etmenleri içinde incelenebilir. Lojistik regresyon analizine göre GSA ile beş ve üzerinde puan alanlarda DSD riski 3.7 kat (odds ratio= 3.7847, GA= 1.6348-8.5018, $p= 0.0013$), önceki doğumda depresyon öyküsünün olması ile de 5.7 kat (odds ratio= 5.7100, GA= 1.7806-18.3113, $p= 0.0034$) artmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda Trabzon ilinin merkezinde DSD sıklığı %28.1 bulunmuştur. İsrail'de yapılan 280 kişilik örneklemde oluşan çalışma grubunda DSD sıklık değeri %22.6 bulunmuştur (Glasser ve ark. 1998). İsveç'te, 1584 kadın üzerinde EDSÖ kullanılarak, doğum sonrası 8. ve 12. haftalarda yapılan ölçümler sonucunda 8. haftada DSD yaygınlığı %12.5, 12. haftada DSD yaygınlığı %8.3 saptanmıştır. (Wickberg ve Hwang 1997). Ülkemizde ise Samsun il merkezinde yapılan çalışma %23.1'lik, İzmir ili Bornova ilçesinde %29, Manisa'da yarı-kentsel bir bölgede yapılan çalışmada ise doğum sonrası depresyon yaygınlığı %36.9 bulunmuştur (Sünter ve ark. 2002, Çeber ve ark. 2002, Erbay 2002). Farklılığın büyük oranda olması, üzerinde çalışılan toplumun tipik özellikleri, örneklem grubunun seçimi, depresyonu tanımlamanın yöntemleri, tanı için kullanılan ölçüt çeşitliliğiyle ilgili olabilir. İlimizde yapılan DSD sıklığı çalışmasında saptanan sayılar, Ortadoğu ülkelerine daha yakındır. Trabzon ili ülkemizin doğusunda yer almakta olup sosyokültürel anlamda orta düzeyde gelişmiş bir şehirdir. Kırsal kesim ile şehir merkezi iç içedir. Bu da ataerkil dediğimiz büyük aile modelinin halen yaygın şekilde sürdüğü anlamına gelmektedir. Bu durum, bulduğumuz sonucun, daha önce kırsal alanlarda yapılmış çalışmaların ifade ettiği DSD sıklığına daha yakın olan %28.1 oranını açıklamaktadır.

GSA'ya göre gebelik döneminde psikiyatrik morbiditeye sahip olma, DSD olma tahmini riskini 3.7 kat artırmaktadır. Doğum öncesi dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalığı

olanların DSD için riskli gruba dahil olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Robertson ve ark. 2004, Pfof ve ark. 1990).

Hamilelikte BAE ile ölçülen anksiyete puanlarının yüksekliği ile DSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. [Puan aralığı (0-63)], DSD olan 54 kişi gebeliğinde yapılan BAE de ortalama 20.61 ± 13.05 puan almış ve bu değer DSD olmayan kadınların skor ortalamasına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyetenin DSD riskini artıran etmenler arasında yer aldığı literatürde net olarak belirtilmektedir (Beck 1996, Robertson ve ark. 2004). Gebelik döneminde bedensel ve ruhsal sağlık sorununun olup olmadığına yönelik yapılan sorgulama ile DSD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır: 164 kişilik büyük çoğunluk hiçbir hastalıkları olmadığını ifade etmişlerdir. İki parçadan oluşan genel fizyolojik sağlık ölçümü yapılan bir çalışmada, DSD olanların %78'inin doğum öncesi dönemde fizyolojik morbiditeye sahip olduğu bulunmuştur (Patel 2002). Bizim çalışmamızda genel fizyolojik morbiditeyi ölçen bir test uygulanmamıştır. Bu nedenle yeterli bilgi elde edilememiş olabilir.

Çalışmada doğacak bebeğin cinsiyeti ve annenin cinsiyetten memnun olup olmamasıyla DSD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır: 80 kız bebeğe karşılık 70 erkek bebek dünyaya gelmiştir. Bu bebeklerin annelerinde DSD olan ve olmayanların oranı birbirine denktir. Bir çalışmada, bebeğin cinsiyetinin kız olması ile cinsiyetten hoşnutsuzluk, önceki çocuklardan birinin kız oluşu, yoksulluk ve eş tarafından şiddet uygulanıyorsa DSD riskinin üç kata varan oranlarda arttığından bahsedilmektedir (Patel 2002). Bir başka çalışmada yine kız bebek doğduğunda, DSD riskinin 2.6 kat arttığı bildirilmektedir (Chandran ve ark. 2002). Batı'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki bulunmamıştır. Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki olduğu görülmüştür (Robertson ve ark. 2004).

Çalışmamızın sonucunda, katılımcının önceki doğum sonrasında depresyon öyküsünün olması durumunun lojistik regresyon analizine göre DSD tahmini riskini 5.7 kat arttıran bir etmen olduğu bulunmuştur. Literatürde önceki doğumda depresyon hikayesinin olması DSD riskini arttıran etmenler arasında yer almaktadır (O'Hara ve Swain 1996, Johnstone ve ark. 2001, Beck 2001). Portekiz'de

yapılan bir çalışmada, annede depresyon öyküsü olması en önemli risk etmenlerinden biri olarak değerlendirilmiştir (Areias ve ark. 1996). Annenin özgeçmişinde depresyon öyküsünün olması diğer çalışmalarda da öncelikli risk etmeni olarak gözlenmiştir (Kumar ve Robson 1984, Schaper ve ark. 1994). Başka bir çalışmada, önceden doğum sonrası depresyonla birlikte son gebeliğinde de depresyon geçirmesi, önemli risk etmeni olarak bulunmuştur (Untermann ve ark. 1990). Manisa ilinde yapılan bir çalışmada da EDSÖ puanlarının yükselmesiyle anneye ait etmenlerden, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, daha önceki gebelik sırasında ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme ve bu gebeliğinde psikiyatrik bir hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Danacı ve ark. 2002).

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Areias ME, Kumar R, Calheiros JM ve ark. (1996) Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26:135-141.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck CT (1996) A meta analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 45:297-303.
- Beck AT, Epstein N, Brown G (1998) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56: 893-897.
- Beck CT (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50:275-285.
- Chandran M, Tharyan P, Muliyil J (2002) Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry*, 181:499-504.
- Cox JL, Holden JM (1987) Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry*, 150:782-786.
- Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ (2002) İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.858-861.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A ve ark. (2000) Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:204-211.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A ve ark. (2002) Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 37:125-129.
- Deveci A (2003) Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2:42-46.
- DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) (1998) 1997 Genel Nüfus Tespiti, il ve ilçelerin şehir ve köy nüfusları kesin sonuçları: Ankara, DİE matbaası. s. 17-123.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Çalışmanın tek bir ilde, sadece kent merkezinde, seçilmiş bir kadın grubunda yapılmış ve çalışma grubunun küçük olması nedeni ile çalışmanın genellenebilirliğini önemli düzeyde sınırlamaktadır. Ayrıca çalışmaya katılan kadınlara sadece ölçekler verilerek depresyon ve anksiyete düzeylerinin ölçülüp, ayrıntılı psikiyatrik muayeneleri ile tanıların konmamış olması da bu çalışmanın diğer önemli kısıtlılıklarından biridir. Ancak çalışmanın sonuçlarının ülkemizde doğum sonrası depresyon yaygınlığını, bu alanda kullanılmak üzere hazırlanmış bir ölçekle, araştıran ilk izlem çalışması olması nedeniyle bundan sonra bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz. Bu nedenle, ülkemiz için farklı yerleşim yerlerinde yapılacak epidemiyolojik alan çalışmalarına gereksinim vardır.

- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S (1996) Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s:51-52.
- Erbay DP (2002) Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 8:862-865.
- Glasser S, Barell V, Shoham A ve ark. (1998) Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19: 155-164.
- Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-145.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR ve ark. (2001) obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*, 35:69-74.
- Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7:3-9.
- Kısa C, Yıldırım SG (2004) Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 4):0-0
- Kırpınar İ, Özer H (1995) Postpartum psikiyatrik bozukluklar (I). *Psycho Med*, 1:55-59.
- Kumar R, Robson KM (1984) A perspective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, 144: 35-47.
- O'Hara MW, Swain AM (1996) Rates and risks of postpartum depression: a meta analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8: 37-54.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ (2003) Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:98-105.
- Patel W, Rodrigues M, De Souza N (2002) Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*, 159:43-47.
- Pfost KS, Stevens MJ, Lum CU (1990) The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*, 46:588-592.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:289-295.

Schaper AM, Rooney BL, Kay NR ve ark. (1994) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med*, 38:620-624.

Sünter AT, Güz H, Ordulu F ve ark. (2002) Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı, 855-858.

Trabzon Yılı 97: Trabzon Belediye Başkanlığı yayınları, no 52: 9-79, 1997.

Unterman RR, Posner NA, Williams KN ve ark. (1990) Postpartum depressive disorders: changing trends. *Birth*, 17: 131-137.

Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H (1996) Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychoterapy*.

Wickberg B, Hwang CP (1997) Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*, 95:62-66.

Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç (2004) Postpartum Depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12 (Ek 4):0-0.

Yıldız M, Ünal S (1996) Gebelik ve psikiyatrik sorunlar. *Psycho Med*, 2:141-146.