

Psychosocial Factors in The Development of Postpartum Depression; A Case Control Study

Postpartum Depresyon Gelişiminde Psikososyal Faktörler; Bir Vaka Kontrol Çalışması

Sezanur Nazlı TÜRKÖĞLU¹, Ayşe Nur BALCI YAPALAK¹, Ceyda ACAR¹, Bedia ÖZYILDIRIM¹

¹Department of Public Health, Bezmialem Vakif University Faculty of Medicine, Istanbul

Yazışma Adresi / Correspondence:
Sezanur Nazlı TÜRKÖĞLU

Department of Public Health, Bezmialem Vakif University Faculty of Medicine, Kayseri
E-mail : sturkoglu@bezmialem.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 04.07.2022 Kabul Tarihi / Accepted: 18.08.2022

Orcid :

 Sezanur Nazlı TÜRKÖĞLU <https://orcid.org/0000-0003-4638-2596>

 Ayşe Nur BALCI YAPALAK <https://orcid.org/0000-0003-1323-4511>

 Ceyda ACAR <https://orcid.org/0000-0001-5848-3787>

 Bedia ÖZYILDIRIM <https://orcid.org/0000-0001-9136-3891>

Hippocrates Medical Journal / Hippocrates Med J 2022, 2(2): 14-23 DOI: <https://doi.org/10.29228/HMJ.15>



Abstract

Objective In this study, it was aimed to enable early detection of women at risk by investigating the factors affecting postpartum depression (PPD), which is not a health problem experienced by the mother alone, but which is of interest to the community.

Materials and Methods All women (18,865 people) who applied to the psychiatry clinic of a foundation university hospital between January 2015 and January 2020 formed the universe of this study, which was planned as a case-control type analytical study. Women with a diagnosis of "Postpartum Depression" made by the Psychiatry Clinic were determined as the case group. Women who were not diagnosed with PPD according to hospital medical records and declaration were determined as the control group. 54 women were included in the case group and 108 women were included in the control group. The case and control groups were matched in order of age and child. The questionnaire form prepared by the study team was filled in via telephone. Permission was obtained from the Bezmialem Vakif University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee.

Results All women (18,865 people) who applied to the psychiatry clinic of a foundation university hospital between January 2015 and January 2020 formed the universe of this study, which was planned as a case-control type analytical study. Women with a diagnosis of "Postpartum Depression" made by the Psychiatry Clinic were determined as the case group. Women who were not diagnosed with PPD according to hospital medical records and declaration were determined as the control group. 54 women were included in the case group and 108 women were included in the control group. The case and control groups were matched in order of age and child. The questionnaire form prepared by the study team was filled in via telephone. Permission was obtained from the Bezmialem Vakif University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee.

Conclusion Women with risk factors can be prevented from experiencing PPD by detecting their application to health institutions during pregnancy and puerperium.

Keywords Depression; postpartum depression; risk factors

Özet

Amaç Bu çalışmada, annenin tek başına yaşadığı bir sağlık sorunu olmayıp toplumu ilgilendiren postpartum depresyona (PPD) etki eden faktörleri araştırarak risk altındaki kadınların erken tespitine olanak sağlamak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem Ocak 2015- Ocak 2020 tarihleri arasında bir vakif üniversitesi hastanesinin psikiyatri kliniğine başvurmuş tüm kadınlar (18.865 kişi) vaka-kontrol tipinde analitik bir çalışma olarak planlanan bu çalışmanın evrenini oluşturdu. Psikiyatri Kliniği tarafından konulmuş "postpartum depresyon" tanısı olan kadınlar vaka grubu olarak belirlendi. Hastane tıbbi kayıtlarına ve beyana göre PPD tanısı olmayan kadınlar kontrol grubu olarak belirlendi. Vaka grubuna 54 kadın, kontrol grubuna 108 kadın dahil edildi. Vaka ve kontrol grubu yaş ve çocuk sırasına göre eşleştirilmiştir. Çalışma ekibi tarafından hazırlanan anket formu telefon yoluyla dolduruldu. Bezmialem Vakif Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı.

Bulgular Çalışmamızda ailesinde ruhsal destek alanların olduğu, bebeği preterm doğan, sezaryen doğum yapan, gebeliğinde ve doğumda sağlık sorunu yaşayan, doğum sonrası bebeği sağlık sorunu yaşamış olan, emzirmemiş olan, bebeğine bakım verirken birinden destek alan, gebeliğinde evlilik memnuniyeti düşük olan, bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü yaşayan annede PPD görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi ile PPD'a etki eden faktörler değerlendirildiğinde PPD yaşama ihtimalini, ailede depresyon yüküsü başta olmak üzere ruhsal destek alan kişilerin bulunmasının 2,9 kat, bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü duymanın 18,2 kat artırdığı ve emzirmenin 10,0 kat, bebek bakımında destek görmenin 5,0 kat bu ihtimali azalttığı görüldü.

Sonuç Risk faktörlerine sahip kadınlar, gebelik ve lohusalık dönemlerinde sağlık kuruluşlarına başvurularında tespit edilerek PPD yaşamları önlenebilir.

Anahtar Kelimeler Depresyon; postpartum depresyon; risk faktörleri

GİRİŞ

Kadınların çoğu gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki değişimlere kolay uyum sağlamaktadır. Bir bölümünde ise hafif psikiyatrik belirtilerden, hastaneye yatışı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır (1).

Gebelikte psikiyatrik ciddi psikiyatrik hastalık görülme riski düşmekle beraber postpartum dönemde ciddi psikiyatrik hastalık sıklığında artış olmakta ve bu dönem yıllarca sürebilmektedir (2).

Doğum sonrası annelerin stres, üzüntü, endişe, yalnızlık ve yorgunluk gibi duygulardan oluşan “bebek hüznü” yaşaması yaygındır (3). Bu durum genellikle birkaç gün içinde kendiliğinden geçmektedir (4). Ortaya çıkma zamanı ve süresi konusunda literatürde fikir birliği bulunmayan postpartum depresyonda ise doğum hüznünden daha yoğun duygular yaşanmaktadır (4, 5). Postpartum depresyonun doğumun en sık komplikasyonu olduğu bildirilmektedir (2).

Kendiliğinden geçmeyen bu depresyon tedavi edilmezse haftalarca, aylarca hatta yıllarca sürerek psikoza dönüşebilmektedir (3, 6). Fakat semptomlar hem annenin çevresi hem de sağlık çalışanı tarafından doğum sonrası dönemdeki normal duygular olarak değerlendirilebilmekte, anneler de damgalanma korkusu ile sağlık kuruluşlarına başvuru yapamamaktadır (7).

Depresyondaki annelerin psikoterapi randevularına gitme konusundaki isteksizlikleri ve emziriyorlarsa kullanacakları ilaçların bebeklerine zarar vermesi konusundaki endişeleri tedaviyi engelleyebilmektedir (8). Depresif ruh hali, değersizlik duygusu, hayata ilgisizlik gibi semptomların ilerlemesiyle kadınlar intihar edebilmektedir (9).

Diğer taraftan postpartum depresyon çocuk gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Annenin çocuğuna daha az ilgi gösterme, emzirmeyi daha erken bırakma, araba koltuğu kullanımı gibi önerilen güvenlik uygulamalarına uymama olasılığı ve uzun vadeli bilişsel bozukluk ve davranış sorunları görülme riski daha yüksektir. Çocuklarının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ve aşılama oranları daha düşüktür (10).

Anneler ve çocukları üzerindeki bu ciddi sağlık sonuçları nedeniyle, kadınları PPD açısından taramak ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik hizmetler sunmak önemlidir (8).

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisindeki ilerlemelere rağmen, PPD hala yeterince teşhis edilememektedir (11). Öncesinde kadınların sağlık sistemi ile düzenli temas halinde olunan gebeliği ve sonrasında yine sağlık sistemi ile teması gerektiren doğumu takiben ortaya çıkan doğum sonrası depresyonun olduğu bu bağlam önleyici müdahaleler için benzersiz fırsatlar sunmaktadır (8, 10).

Bu dönem kadınların sağlık hizmet kullanımının arttığı bir zaman olduğundan sağlık çalışanlarının gebe kadının fiziksel ve psikolojik sağlığını kontrol ederek depresyonla ilişkili risk faktörlerinin tespit edilebileceği bir fırsat çerçevesidir (10, 12).

Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, geniş ailede yaşama, plansız gebelik, gebelikte sağlık sorunu yaşama, özellikle erkek çocuk isteği, bebek bakımında desteği olmama, bebeğinde sağlık sorunu yaşama gibi literatürde PPD için risk faktörleri olarak bulunan durumlar bulunmaktadır.

Kadınların doğum sonrası döneme hangi PPD risk faktörleriyle girdiği tespit edildikten sonra bu kadınlar daha yakından izlenerek PPD gelişimi önlenabilir veya erken dönemde müdahale edilebilir (8). PPD için risk faktörlerinin iyi bir şekilde anlaşılması, önleme ve taramayı kolaylaştıracaktır. Bu şekilde yüksek riskli kadınlarda teşhis artırılabilir ve tedavi oranları iyileştirilebilir (13). Hastalık başlangıcından sonra tedavi etmek yerine başlamadan önlenmesi insani ve ekonomik maliyetleri daha fazla azaltacaktır (10).

2010-2017 yılları arasında kapsayan bir çalışmada ülkemizde postpartum depresyon prevalansının %6 ile %58 arasında olduğu, dünyada bu oranın %3,5 ile %63,3 arasında değiştiği bildirilmiştir (14). Bir diğer çalışmada, kullanılan tanı yöntemlerinin farklılığından dolayı değişik oranlar verilse de yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15’inde postpartum depresyon geliştiği belirtilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anne ruh sağlığı sorunlarının küresel olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu

bildirmektedir. Ayrıca, anne sağlığı göstergelerinin merkezinde anne ölümü yer alsa da Evrensel Sağlık Kapsamı ve Sağlıklı Yaşam Beklentisi göstergelerine de önem verilerek Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda anne ve çocuk sağlığı için ruh sağlığına odaklanması gerektiğini belirtmektedir (15).

Araştırmanın amacı, annenin tek başına yaşadığı bir sağlık sorunu olmayıp toplumu ilgilendiren bu soruna etki eden faktörleri bu kez ülkemizde ve vaka-kontrol çalışması yöntemiyle araştırarak risk altındaki kadınların erken tespiti-ne olanak sağlamaktır (9, 14).

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2015- Ocak 2020 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesi hastanesinin psikiyatri kliniğine başvurmuş tüm kadınlar (18.865 kişi) vaka-kontrol tipinde analitik bir çalışma olarak planlanan bu çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Psikiyatri Kliniği tarafından konulmuş "Postpartum Depresyon (PPD)" tanısı olan kadınlar vaka grubu olarak belirlenmiştir. 18 yaşında veya daha büyük, canlı doğum yapmış, deliryum ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıkları veya başka ciddi tıbbi durumu olmayan 98 kadın çalışmaya alınmıştır. Telefonunu açmayan, telefon numarası kullanılmamakta veya yanlış olan, çalışmaya katılmak istemeyen kişiler elenerek 54 kişi vaka grubuna dahil edilmiştir. Hastane tıbbi kayıtlarına ve beyana göre PPD tanısı olmayan kadınlar kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu 108 kişi ve vaka grubundaki kadınların yaşı ile vaka grubundaki kadınların PPD tanısı aldıkları çocuk sırasına benzer olacak şekilde evrenden seçilmiştir.

Postpartum depresyona etki eden faktörleri saptayabilmek için literatür taranarak bir anket formu hazırlanmıştır. Vaka grubunda olan katılımcılar arasında hayatında bir defadan çok PPD yaşamış olanların ilk yaşadıkları PPD'ya yönelik anket uygulanmıştır. Vaka ve kontrol grubu yaş ve çocuk sırasına göre eşleştirilmiştir.

Kişilere telefon görüşmesi ile çalışmanın hedefleri hakkında sözlü bilgi verilip katılma istekleri sorulmuştur ve bu görüşme sözlü onam sayılmıştır. Hastane sisteminde kayıtlı numaralar arandığında kullanılmayan numaralar,

telefonu açmayanlar, katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakılmıştır. Kabul edenlere telefon görüşmesi için müsait oldukları tarih ve saat sorularak katılımcıların en uygun olduğu ve kendisini rahat hissedeceği zaman soruları cevaplaması sağlanmıştır. Tüm araştırmacılarla aynı kişi görüşmüştür.

Katılımcılara literatür taranarak hazırlanan anket soruları yöneltilmiştir. Anket sorularında sosyodemografik bilgiler, sağlık durumları, yaptıkları doğumlar hakkında bilgiler ve ruh sağlığı desteği alma/almama durumları yer almıştır. Ruh sağlığı desteği alanlara uygulanacak ankette aldıkları destek ile ilgili sorular da sorulmuştur.

Çalışma için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2020 tarihli 374 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değişkenler frekans ve ortalama \pm standart sapma ile tanımlanmıştır. Nicel verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. İki nitel değişkenin karşılaştırılmasında uygun olan ki-kare yöntemi, nicel verilerin nitel veriler ile karşılaştırılmasında nicel verilerin dağılımlarına ve nitel değişkenin grup sayılarına göre Mann Whitney U testi kullanılmıştır. PPD'ye etki eden etmenlerin belirlenmesinde binary lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Classificasyon tablosuna göre regresyon modeli vakaların %81,4'ünü açıklamıştır. Nagelkerke R2 değeri 0,517 ve Omnibus test için $p < 0,001$ bulunmuştur. İstatistikler için IBM SPSS 26 analiz programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması $41,9 \pm 9,8$ yıl, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $41,9 \pm 9,7$ yıl idi. Vaka ve kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Kadınların eğitim durumu, mesleği, geliri, sigara kullanma alışkanlığı, gebelikten önce depresyon öyküsü ve eşlerin eğitim durumuna bağlı olarak vaka-kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ailede ruhsal destek alanların varlığı ile PPD arasında ise

Sosyodemografik Özellikler	Vaka Grubu (n=54) n (%)	Kontrol Grubu (n=108) n (%)	P
Eğitim Durumu			
İlköğretim ve altı	17(%31,5)	42(%38,9)	0,563
Lise	16(%29,6)	25(%23,1)	
Üniversite ve üstü	21(%38,9)	41(%38,0)	
Eş Eğitim Durumu			
İlköğretim ve altı	20(%37,0)	35(%32,4)	0,835
Lise	14(%25,9)	31(%28,7)	
Üniversite ve üstü	20(%37,0)	42(%38,9)	
Meslek			
Ev kadını	25(%46,3)	62(%57,4)	0,225
Diğer	29(%53,7)	48(%42,6)	
Hane Halkı Toplam Gelir (TL)			
Asgari ücretten az	3(%5,6)	7(%6,5)	0,568
Asgari ücret-4999	31(%57,4)	51(%47,2)	
5000-9999	13(%24,1)	37(%34,3)	
10000 ve fazlası	7(%13,0)	13(%12,0)	
Sigara			
Kullanmıyor	39(%72,2)	62(%57,4)	0,960
Kullanıyor	15(%27,8)	46(%42,6)	
Depresyon Öyküsü			
Yok	16(%29,6)	32(%29,6)	1,000
Var	38(%70,4)	76(%70,4)	
Ailede Ruhsal Destek Alan			
Yok	22(%40,7)	63(%58,3)	0,035
Var	32(%59,3)	45(%41,7)	

Tablo 1. Vaka ve kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik özellikleri

anlamli bir fark bulunmuştur (p=0,035).

Vaka grubundaki 54 kadından 37 (%68,5) 'si birinci, 12 (%22,2) 'si ikinci, 3 (%5,6) 'ü üçüncü, 2 (%3,7) 'si dördüncü çocuğunun doğumundan sonra PPD yaşadığını söylemiştir.

Vaka grubundaki kadınların postpartum depresyon yaşadığı gebelik ve kontrol grubundaki kadınların bu gebelik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Bebeği preterm doğan, sezaryen doğum yapan, gebeliğinde ve doğumda sağlık sorunu yaşayan, doğum sonrası bebeği sağlık sorunu yaşamış olan, emzirmemiş olan, bebeğine bakım verirken birinden destek alan, gebeliğinde evlilik memnuniyeti düşük olan, bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü yaşayan annede PPD görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur

(Tablo 2).

Gebeliği planlı olmayan, normal yolla gebe kalmamış, gebelik eğitimi almayan, bebeğinin cinsiyeti erkek olan, gebelik eğitimi almayan, çevresinde bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü yaşayan biri olmayan kadınlarda PPD görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizi ile PPD'a etki eden faktörler değerlendirildiğinde doğum zamanı, doğum şekli, gebelik ve doğumda sorun yaşama, bebeğinin sağlık sorunu yaşaması ve gebelikte evlilik memnuniyetinin PPD yaşama ihtimalini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 3). Ailede depresyon öyküsü başta olmak üzere ruhsal destek alan kişilerin bulunmasının 2,9 kat, bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü duymasının 18,2 kat PPD yaşama ihtimalini arttırdığı ve

Özellikler	Vaka Grubu (n=54) n (%)	Kontrol Grubu (n=108)n (%)	P
Planlı Gebelik			
Hayır	19(%35,2)	26(%24,1)	0,137
Evet	35(%64,8)	82(%74,9)	
Gebelik Şekli			
Normal	49(%90,7)	105(%97,2)	0,118
Tüp bebek	5(%9,3)	3(%2,8)	
Gebelikte Sağlık Sorunu			
Olmadı	29(%53,7)	76(%70,4)	0,036
Oldu	25(%46,3)	32(%29,6)	
Gebelik Eğitimi Alma			
Almadım	53(%98,1)	101(%93,5)	0,200
Aldım	1(%1,9)	7(%6,5)	
Gebelikte Evlilik Memnuniyeti Puanı*			
1-5 puan	33(%61,1)	46(%42,6)	0,026
6-10 puan	21(%38,9)	62(%57,4)	
Doğum Zamanı			
Preterm	8(%14,8)	5(%4,6)	0,033
Term	46(%81,5)	103(%95,4)	
Doğum Şekli			
Normal doğum	24(%44,4)	66(%61,1)	0,044
Sezaryen	30(%55,6)	42(%38,9)	
Bebek cinsiyeti			
Erkek	26(%48,1)	46(%42,6)	0,502
Kadın	28(%51,9)	62(%57,4)	
Bebegin cinsiyeti sebebiyle üzüntü			
Yaşamadım	50(%92,6)	107(%99,1)	0,043
Yaşadım	4(%7,4)	1(%0,9)	
Çevrede bebeğin cinsiyeti sebebiyle üzüntü			
Yaşamadı	49(%90,7)	94(%87,0)	0,482
Yaşadı	5(%9,3)	14(%13,0)	
Doğumda sorun			
Olmadı	46(%85,2)	103(%95,4)	0,033
Oldu	8(%14,8)	5(%4,6)	
Doğum Sonrası Bebeğe Sağlık Sorunu			
Olmadı	45(%83,3)	104(%96,3)	0,011
Oldu	9(%16,7)	4(%3,7)	
Emzirme			
Hayır	12(%22,2)	8(%7,4)	0,015
Evet	42(%77,8)	100(%92,6)	
Bebeğe Bakımda destek olan			
Olmadı	13(%24,1)	46(%42,6)	0,033
Oldu	41(%75,9)	62(%57,4)	

Tablo 2. Vaka ve kontrol grubunun gebelik özellikleri *Gebelikte evlilik memnuniyeti puanı, kişilere gebelik dönemindeki evlilik memnuniyetlerine 1-10 arası puan vermeleri istenerek elde edilmiştir.

emzirmenin 10,0 kat, bebek bakımında destek görmenin 5,0 kat bu ihtimali azalttığı görülmüştür (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, küresel olarak önemli bir halk sağlığı sorunu olan anne ruh sağlığı sorunlarından postpartum depresyona etki eden faktörleri araştırarak risk altındaki kadınların erken tespitine olanak sağlamak amaçlanmıştır. PPD görülme oranları ile ilişkili bulunan faktörler: Preterm doğum, sezaryen doğum, gebelikte ve doğumda sağlık sorunu yaşama, doğum sonrası bebeği sağlık sorunu yaşamış olma, emzirmemiş olma, bebeğine bakım verirken birinden destek alma, gebeliğinde evlilik memnuniyeti düşük olma, bebeğinin cinsiyeti sebebiyle üzüntü yaşamadır.

Ailede depresyon öyküsü, ailede ruhsal destek alan kişilerin varlığı, bebeğın cinsiyeti sebebiyle üzüntü duymanın PPD yaşama ihtimalini arttırmaktadır. PPD'ye karşı koruyucu uygulamalar ise; emzirme ve bebek bakımında destek görmedir.

PPD ile anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Oysa bazı çalışmalarda annenin eğitim düzeyinin yükselmesinin PPD oranını düşürdüğü ve PPD prevalansını etkileyen faktörlerden biri olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda da böyle bir sonuç varılmamıştır (16-18). Şehir merkezinde yaşamının ve eğitim düzeyinin PPD'ye etkisini azaltmış olabileceğinin ifade edildiği bir çalışmaya benzer olarak çalışmamızda kadınların tamamına yakını şehir merkezinde yaşamaktadır. (16).

Eğitim düzeyi düşük erkeklerle evli kadınların PPD'ye karşı daha savunmasız olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi eğitim eşin mesleğinin ve gelirinin dolaylı olarak PPD'yi etkilediği de bazı çalışmalarda gösterilmiştir (18, 19). Çalışmamızda eşin eğitim durumunun PPD prevalansını etkilemediği bulunmuştur ama meslek ve geliriyle ilgili bilgi bulunmamaktadır.

Ev hanımıolan kadınlar ile herhangi bir işte çalışan kadınlar arasında PPD yaşama bakımından anlamlı bir fark bulamadık. Ancak ev hanımlarında PPD görülme sıklığı

yüksek bulan çalışmalar çoğunluktadır (18-20). Bu çalışmalarda, çalışan kadınların ev işlerindeki sorumluluklarının azalmış olması, daha fazla yardım talep etmeleri ve daha az ekonomik kaygı yaşamaları sebebiyle daha az sıkıntı yaşıyor olabilecekleri??? söylenmiştir. Örneklem sayımızın az olması nedeniyle anne mesleğinin PPD'ye etkisine dair sonuçlarımız literatürün aksine çıkmış olabilir. Gelir durumu yeterli olmayan ailelerde bir bebeğın beslenme vb. bakım masrafları ve sağlık hizmetlerinden faydalanma aile için önemli bir maddi yük olabilmektedir (16, 18, 20). Ekonomik durumu kötü olan kadınların PPD yaşama ihtimali daha fazla olduğu, yüksek sosyoekonomik düzeyin PPD'ye karşı koruyucu olduğu söylenmiştir (21). Çalışmamızda ise örneklem sayımızın az olması anlamlı bir fark bulunmasına engel olmuş olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanımının zamanı (PPD öncesi mi sonrası mı dönemde olduğu) sorgulanmadığı için literatürdeki sigara kullanımının PPD riskini arttırdığına dair kanıtlar ile bizim bulgularımızın karşılaştırılması anlamlı olmayacaktır (22).

Gebelik öncesi depresyon öyküsünün PPD olma ihtimalini arttırdığını gösteren çalışmalar olduğu gibi etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (16, 18). Çalışmamıza katılan kadınlar depresyon semptomları olsa da bir ruh sağlığı desteği almamış ve bu sebeple tanı konmamış olabileceğinden çalışmamızda depresyon öyküsü ile PPD arasında ilişki bulunmamış olabilir.

Ailede depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık öyküsünün PPD yaşama ihtimalini arttırdığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (18, 23). Çalışmamızda da PPD yaşamış kadınların ailelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık görülme oranı PPD yaşamamış kadınlardan yüksek olup lojistik regresyon analizinde de bu bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Ayrı ayrı değerlendirildiğinde ölü doğum, düşük, kürtaj öyküsü ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulan ve bulmayan çalışmalar bulunmaktadır (16, 19, 20). Gebelik kayıpları kadın yaşamını olumsuz etkilediğinden bu olumsuz deneyime sahip kadınlar her gebelikte bu kaybı tekrar yaşayacaklarını düşünebilmektedir (16, 20). An-

Değişkenler	OR	%95 Güven Aralığı		P
		Alt	Üst	
Ailede ruhsal destek alanların varlığı	2,9	,138	,873	,025
Doğum zamanı				,839
Preterm	,000	,000	.	,999
Term	,000	,000	.	,999
Doğum şekli	1,5	,254	1,827	,446
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	1,1	,364	2,477	,917
Doğumda sorun yaşama	3,7	,047	1,533	,139
Bebeğin sağlık sorunu yaşaması	2,8	,049	2,626	,313
Emzirme	0,1	1,583	28,348	,010
Bebek bakımında destek görme	0,2	,061	,569	,003
Gebelikte evlilik memnuniyeti*				,690
Gebelikte evlilik memnuniyeti (1)	0,4	,554	10,141	,244
Gebelikte evlilik memnuniyeti (2)	0,4	,354	17,772	,358
Gebelikte evlilik memnuniyeti (3)	1,3	,103	5,625	,789
Gebelikte evlilik memnuniyeti (4)	0,3	,565	23,455	,174
Gebelikte evlilik memnuniyeti (5)	0,2	1,144	30,836	,034
Gebelikte evlilik memnuniyeti (6)	0,8	,171	8,133	,868
Gebelikte evlilik memnuniyeti (7)	0,4	,337	21,079	,353
Gebelikte evlilik memnuniyeti (8)	1,1	,110	7,056	,904
Gebelikte evlilik memnuniyeti (9)	0,8	,121	12,338	,865
Bebeğin cinsiyeti sebebiyle üzüntü duyma	18,2	,003	,905	,042

Tablo 3. Postpartum depresyona etki eden faktörler (lojistik regresyon analizi) *Gebelikte evlilik memnuniyeti, kişilerin gebelik dönemindeki evlilik memnuniyetlerine 1-10 arası verdikleri puana göre değerlendirilmiştir. Kodlama da bu puanlarla aynı olacak şekilde yapılmıştır.

lamli bir ilişki olmasa da gebelik kaybı yaşayan kadınlarda PPD oranı daha yüksek bulunmaktadır (16). Çalışmamızda ölü doğum, düşük, kürtaj öyküsü olan az sayıda kadın olduğundan gebelik kaybı ile PPD arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda PPD yaşayan kadınların çoğu (%68,5) ilk çocuğunun doğumundan sonra PPD yaşadığını söylemiştir. Bu bulgu ilk çocukta PPD oranının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildiren çalışmayla uyumlu olmakla beraber çocuk sayısının PPD'ye etkileri çeşitlidir (16, 18, 19). Bazı çalışmalarda çocuk sayısının artması ekonomik yükü arttırdığından ailenin sıkıntı yaşayabilmesinin PPD olasılığını arttıracığı, bazı çalışmalarda çocuk sayısının artmasının tecrübeyi artırmasından dolayı PPD olasılığını azaltacağı, bazı çalışmalarda ise çocuk sayısının PPD ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (18, 19).

Planlı bir gebelik anneliğe ve bebeğe uyum sağlamayı kolaylaştırmakta, planlanmamış bir gebelikte ise bu uyum

zor olmaktadır (16-18). Çoğu çalışmada planlanmamış gebelik PPD için bir risk faktörü olarak bulunurken bizim çalışmada olduğu gibi bazı çalışmalarda da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (16-19, 23). Bunun sebebi örneklem sayımızın az olması olabilir.

Spontan yolla gebe kalamadığından tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlar duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak daha çok çaba harcamaktadır. Infertilite tedavisi sürecinde yaşadıkları stres, korku, kaygı gibi karışık duygular yaşayabilmektedirler. Bu kadınların prenatal bağlanma envanterindeki puan ortalaması spontan gebe kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Prenatal bağlanma perinatal depresyonu önleyici olduğundan gebelik şekli ile PPD arasında ilişki olması beklenebilir fakat çalışmamızda çok az sayıda yardımcı üreme tekniği kullanan kadın olduğundan bu ilişki incelenememiştir (24).

Gebeliğin sağlık sorunlarıyla sıkıntılı geçmesi sebebiyle gebeliğin devamının ve anneliğinin tehlikeye girmesinin,

doğumun zor ve travmatik olması ile bebeğin yaşamının tehlikeye girmesinin postpartum depresyon riskini arttırdığı bilinmektedir (17, 19, 20, 23, 25). Çalışmamızda da gebelikte sağlık sorunu yaşayan, doğumda sorun yaşayan, doğum sonrası bebeğinin sağlık sorunu olan annelerin literatürle uyumlu şekilde postpartum depresyona yatkın olduğu bulunmuştur ama lojistik regresyon analizinde bu bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Gebelik eğitimlerinin kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri azalttığı, olumlu duygu ve düşünceleri arttırdığı sonuç olarak da postpartum depresyon riskini azalttığı gösterilmiştir (26). Çalışmamızda gebelik döneminde devlet hastanesi, özel hastane veya belediye tarafından düzenlenen gebelik eğitimi alan çok az sayıda kadın olmuştur. Eğitimler kadının fizyolojisi, gebe fizyolojisi, gebelikte hormon değişimi, gebelik ve lohusalık psikolojisi, gebe beslenmesi, doğum çantası, bebek bakımı, bebek beslenmesi, bebek ilkyardımları gibi konular içermiştir. Gebelik eğitimi almayan kadınlar ise böyle bir eğitimin çok faydası olacağını ve kendi gebeliklerinde böyle bir eğitimden mahrum kaldıklarından dolayı üzüntü duyduklarını ifade etmişlerdir. Gebelik eğitimlerinin daha bilinir olması ve gebelerin bu eğitimi alması hem gebelik sürecinin hem doğum sonrasında daha iyi geçmesi ve postpartum depresyon riskinin azalması için önemlidir (26). Çalışmamızda kontrol grubunda gebelik eğitimi alan kadın sayısı vaka grubundan fazla olsa da bu fark anlamlı değildir. Eğitim alan kadın sayısının çok az olması bu sonucu açıklayabilir.

Çok sayıda çalışmada karı-koca arasındaki kötü ilişkinin, kocanın ailesiyle kötü ilişkinin, kocadan ve kocanın ailesinden sosyal destek görememenin PPD riskini arttırdığı bulunmuşken evlilik sorunlarının PPD açısından dikkate değer bir etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (19, 21, 23). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki çoğu çalışmayla uyumlu olarak kontrol grubunda gebelikte evlilik memnuniyeti vaka grubuna kıyasla yüksek olup lojistik regresyon analizinde bu bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Gebelerin ve eşlerinin ruh sağlığının bebeklerinin sağlık

durumundan çok etkilendiği ve PPD riskini etkilediği bilinmektedir (25). Erken doğum yoğun bakım ünitesine gidiş ihtimalini arttırarak PPD riskini arttırmaktadır. Çalışmamızda da PPD yaşamış annelerde preterm doğum oranı daha yüksek bulunmuştur ama lojistik regresyon analizinde bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Bazı çalışmalarda sezaryen doğumun bir ameliyat olması ve buna bağlı komplikasyon gelişebilme ihtimali nedeniyle PPD riskinin arttığı, bazı çalışmalarda ise vajinal yolla doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapanlara göre PPD riskinin arttığı gösterilmiştir (16, 19). Çalışmamızda vaka grubunda sezaryen doğum oranı daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen doğum yapan bu kadınların çoğu bu doğum şeklinin kendi tercihleri değil tıbbi zorunluluk olduğunu ve doğum sonrası bebeklerinde sağlık sorunu olduğunu söylemiştir. Doğumda ve doğum sonrası dönemde sorun yaşama oranı vaka grubunda daha yüksektir. Bu sonuçlar doğum şekline göre PPD yaşama ihtimali değerlendirildiğinde doğum şeklinin doğrudan PPD riskini etkilemediğini ama doğumda ve doğum sonrasında yaşanan sorunlarla riskin arttığını belirtildiği literatürle uyumludur (16, 19). Çalışmamızda ise doğum şekli ve doğumda sorun yaşama lojistik regresyon analizinde bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Toplumdan topluma bebeğin cinsiyetinin PPD gelişimine etkisi değişmektedir. Bazı ülkelerde bebeğin cinsiyeti PPD ile ilişkisizken, erkek bebeklere verilen değer ekonomik, sosyal, kültürel vb. nedenlerle (yada açılardan) daha fazla olduğu ülkelerde kız bebek sahibi olmak veya erkek bebek sahibi olmak isterken kız bebek sahibi olmak PPD ile ilişkilendirilmiştir. Ülkemizde bazı bölgelerde bebeğin erkek olması kız olmasından daha çok istendiğinden bazı çalışmalarda kız cinsiyet ile PPD arasında ilişki bulunmuştur (18, 19). Çalışmamız ülkenin batı bölgesindeki bir hastaneye başvuran kadınlarla yapıldığından cinsiyet ile PPD arasında bir ilişki bulunmaması anlaşılabilir.

Bebeğin cinsiyetinden memnuniyetsizlik PPD için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (21). Vaka grubundaki memnuniyetsizlik oranının kontrol grubundan fazla olması literatürle uyumlu olduğu gibi lojistik regresyon ana-

lizinde bebeğin cinsiyetinden memnun olmama/üzüntü duyma bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Bebeğin cinsiyeti sebebiyle eş veya yakın çevrenin memnuniyetsizliğini dile getirmesi, tutumunda değişiklik olması ile PPD gelişimi arasında ilişki bulunmaktadır (19). Çalışmamızda, eş ve ailelerin cinsiyet memnuniyetsizliğinin kız bebelere yönelik olduğu görülmüştür. Ama bu kadınlar zaten kız bebek istediklerini ve çevrelerinden etkilenmediklerini, durumdan memnun olduklarını dile getirmişlerdir. Bu yüzden çevrede bebeğin cinsiyeti sebebiyle üzüntü duyanların olması ile PPD arasında ilişki bulunmaması anlaşılabilir.

Anne ve bebek arasındaki temasın artması PPD gelişimine karşı koruyucudur (25). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı gereken bebek ile anne arasındaki temasın kesintiye uğraması, bebeğin sağlığıyla ilgili endişe duyulması PPD riskini arttırmaktadır (17, 19, 20, 25). Doğumdan sonraki ilk birkaç dakika “büyülü zaman” olarak anılmaktadır. “Büyülü zaman” sırasında emzirmek, PPD gelişimine karşı koruyucu olan maternal oksitosin üretimini arttırdığı bilinmektedir (25). Çalışmamızda bu bilgileri doğrular nitelikte doğum sonrası bebekte sağlık sorunu olan kadınlarda PPD görülme ihtimali daha yüksek bulunmuştur ama lojistik regresyon analizinde bu bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Yenidoğanın beslenmesi, annenin temel bir fizyolojik işlevi olarak kabul edilmektedir (17). Emzirmenin hem anne hem de bebek sağlığı için çok sayıda yararı bulunmaktadır. Emziremeyen anneler suçluluk, yetersizlik duyguları yaşayabilmekte ve sosyal bir baskı görebilmektedir (16). Emzirmenin PPD riskini azalttığı ve herhangi bir nedenle emzirmemenin PPD riskini arttırdığını gösteren çalışmalar olduğu gibi riski etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (16, 17, 19, 27). Çalışmamız literatürle uyumlu olup vaka grubunda emzirmeme oranı daha yüksek bulunurken lojistik regresyon analizinde de emzirme PPD’den koruyucu bir faktör olarak bulunmuştur.

Annelik karmaşık ve stresli bir deneyimdir. Bu deneyimi sağlıklı ve kolay bir şekilde geçirebilmek için aile, eş ve akraba gibi sosyal destek çok önemlidir (17). Hem gebe-

lik döneminde hem de doğum sonrası bebek bakımında anneye destek olan kişilerin eksikliği PPD riskini arttırmaktadır (16). Çalışmamızda da bebeğe bakımda sorun yaşama ve bebeğe bakımda destek eksikliği yaşama vaka grubunda daha yüksek olup literatür bu bulguyu desteklemektedir. Lojistik regresyon analizinde de bebek bakımında sorun yaşama ve bebek bakımında destek görmeme bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Çalışmamızın bazı kısıtlıkları bulunmaktadır. Katılımcılara sorulan anket sorularından geçmişe yönelik olanlar hatırlamaya dayalı biasa yol açmış olabilir. PPD tanısı olduğu halde çeşitli sebeplerle görüşmenin gerçekleştirilememesi bulgularımızı etkilemiş olabilir.

SONUÇ

Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyinin, anne mesleğinin, hane halkı toplam gelirinin, anne depresyon öyküsünün, planlı gebeliğin, gebelik şeklinin, bebeğin cinsiyetinin, çevrede bebeğin cinsiyeti sebebiyle üzüntü duyulmasının PPD’ye etkili olduğuna dair bir sonuç bulunmamıştır. Ailesinde ruhsal destek alan birileri olması, bebeğinin cinsiyetinden memnun olmaması, bebeğini emzirmede sorun yaşaması, bebek bakımında çevresinden destek almaması gibi PPD’ye etkili olduğuna dair bulgularımızın olduğu risk faktörlerine sahip kadınlar, gebelik ve lohusalık dönemlerinde sağlık kuruluşlarına başvurularında tespit edilerek PPD yaşamalarını önlemek için adımlar atılabilir. Bu adımlar sağlık çalışanlarının PPD’nin risk faktörleri hakkında bilgilendirilerek Aile Sağlığı Merkezlerinde gebelik eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve gebelik izlemelerine PPD taramalarının eklenmesi olabilir.

Teşekkür ve çıkar çatışması : *Çalışmamız için herhangi bir hibe veya başka bir destek kaynağı almadık.*

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.

Etik Kurul Oma Numarası 2020/374

Ethical Comitee Number Approv : 2020/374

References

1. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009;29(1):206-14.
2. Erdem Ö, Bucaktepe PGE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012;39(3):458-61.
3. American Psychological Association. What is postpartum depression & anxiety? 2020 [cited 2020 September, 27]. Available from: <https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Depression Among Women 2020 [cited 2020 September, 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/depression/index.htm>.
5. Silva RS, Junior RA, Sampaio VS, Rodrigues KO, Fronza M. Postpartum depression: a case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019;1-6.
6. Üstgörül S, Yamkikerem E. Psychosocial Health of Women During Postpartum Period and Affecting Risk Factors. 2017;3(0):61-8.
7. Yaman Ş, Lale T, Eroglu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*. 2009;10.
8. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
9. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PLoS one*. 2019;14(11):e0224792-e.
10. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1205-17.
11. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nursing Clinics of North America*. 2019;54(4):561-7.
12. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(3):176-83.
13. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108.
14. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *J Psy Nurs*. 2018;9(3):147-52.
15. World Health Organization. Maternal mental health 2020 [cited 2020 September, 27]. Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.
16. GÜLnar D, Sunay D, ÇAylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2010;20(3):141-8.
17. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):542.
18. Ahmed GK, Elbeh K, Shams RM, Malek MAA, Ibrahim AK. Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study. *Journal of Affective Disorders*. 2021;290:211-8.
19. Kahveci G, Kahveci B, Aslanhan H, Bucaktepe PGE. Evaluation of Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale: A Cross-Sectional Analytic Study. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*. 2021;27(3):227-33.
20. Remziye CAN, Sayiner FD, ÜNsal A, Ayrancı Ü. Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2(2):73-80.
21. Qi W, Zhao F, Liu Y, Li Q, Hu J. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):1-15.
22. Şahin Ö, Koç EM, Aksoy H. 6 hafta-1 yaş bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik risk faktörleri. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2021;25(2):123-31.
23. Nayak SB, Jaggernaut S, Jaggernaut A, Jadoo P, Jagmohansingh N, Jaggernaut V, et al. An Assessment of the Risk Factors and Concerns of Postpartum Depression among Mothers Seeking Health Care in North Central Trinidad. *Indian J Community Med*. 2021;46(2):263-7.
24. Kavlak O, Çetinkaya E, Kazankaya F, Misirli S, Aksakal Bİ. İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda prenatal bağlanma. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021;30(1):25-31.
25. Shovers SM, Bachman SS, Popek L, Turchi RM. Maternal postpartum depression: risk factors, impacts, and interventions for the NICU and beyond. *Current Opinion in Pediatrics*. 2021;33(3).
26. Tuna GN, Karataş A, Bİlge Ç, ÇELİK D. Gebe Eğitim Sınıfının Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisi: Olgu Sunumu. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(1):85-90.
27. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2021;286:158-65.