

PUERPERAL DÖNEMDE DEPRESYON SEMPTOM PREVALANSI: OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ, KAYGI DÜZEYİ VE SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİ

Sevsen Altınay Cebeci* Çiğdem Aydemir** Erol Göka***

ÖZET

Amaç: Gebelik ve postpartum dönem birçok klinisyen tarafından depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir. Gebelikte başlayan depresyonun doğum sonrası devam edebileceği gibi sadece postpartum dönemde depresyonlar başlayabilir. Bu sebeple özellikle problemlere açık bu dönemde depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal soruna karşı hekimin dikkatli olması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı; post partum dönemde depresif semptom düzeyleri, ve bunların sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisini saptamaktır. **Yöntem:** Bu tarama çalışmasında, 100 kadında doğumdan sonraki ilk yirmi dört saat içinde anket formu, Beck depresyon ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ve sosyal destek ölçeği ile depresyon semptom düzeyleri, kaygı düzeyi ve algılanan sosyal destek açısından değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Postpartum dönemde depresif semptom prevalansı % 10-15 arasında değişmektedir. Çalışmamıza göre depresyon

semptomları düzeyi, gebelik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, antenatal bakım ve sosyal destekle ilişkili değildir. Kronik fiziksel hastalığı olan kadınların depresyon semptomları düzeyleri kronik fiziksel hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bütün annelerin sürekli kaygı düzeyleri yüksek saptanmasına rağmen, depresyon semptomları yüksek olan grup olmayanlar ile karşılaştırıldığında kaygı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. **Tartışma:** Bu çalışmanın sonuçları, puerperal kadınların büyük bir bölümü anksiyete semptomlarından ve daha az bir kısmı da ağır depresyon semptomlarından yakınmakta olduğunu göstermektedir. Her ikisi de hem yeni doğanın hem de annenin yaşam kalitesini bozabilecek durumlardır, bu sebeple tanınmaları ve gereken durumlarda müdahale edilmeleri anne ve bebeğin lehine olacaktır.

Anahtar Sözcükler: gebelik, depresyon, anksiyete, sosyal destek

The Prevalance of Depressive Symptom Levels In Puerperal Period: Relationship with Obstetric Risk Factors, Anxiety Levels and Social Support

SUMMARY

Objective: Pregnancy and postpartum period are accepted as risk periods for depres-

* Uz. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimi, 1. Psikiyatri Kliniği.
** Uz. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Psikiyatri Kliniği.
*** Doç. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

sion by many clinicians. Depression beginning during pregnancy may last in postpartum period or it may just begin in postpartum days. For this reason in this period clinicians must be careful about mental disorders especially depression. The aim of this study is to determine the depressive symptom levels and their relations with sociodemographic characteristics, obstetric risk factors and anxiety levels in postpartum period. **Method:** 100 patients at their first postpartum day were assessed by means of depressive symptoms, state-trait anxiety and perceived social support with the aid of Multidimensional Scale of Perceived Social Support, State-Trait Anxiety Inventory "STAI", and Beck Depression Inventory. **Results:** The present results have important implications. The prevalence of high levels of depressive symptoms was found to be % 10- 15 in the postpartum period. Age, education, employment state, number of children and perceived social support were not associated with depressive symptom levels. However depressive symptoms were found to be more, prevalent in physically ill mothers. All mothers trait anxiety scores were high but there were no differences between depressed and non-depressed groups by means of state and by the trait anxiety scores. **Discussion:** The findings of this study show that most of the puerperal women suffer from anxiety and smaller proportion of them also have severe depressive symptoms. We suggest that both of them worsen the quality of life of the mother and the infant. These must be identified and intervened for the well being of both mother and infant.

Key Words: Pregnancy, depression, anxiety, social support

GİRİŞ

Sağlık verileri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'de sağlık gereksinimlerinin karşılanmasının en yetersiz olduğu kesimin, üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar ile 0-5 yaş arası çocuklar olduğu ortaya çıkmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993). Hamile kadınları ve çocukları, özellikle ilk yaşta olanları, yakın izlem gerektiren riskli gruplar olarak nitelendirebiliriz.

Gebelik ve gebelik sonrası duygudurum bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemekte ve sık karşılaşılan obstetrik komplikasyonlar-

dan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak araştırmaların önemli bir kısmı, postpartum vakaların çoğunun yeni olmadığını, gebeliğin özellikle ikinci trimesterinden itibaren başladığını göstermektedir. Söz edilen çarpıcı epidemiyolojik verilere karşın bu populasyonda sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Llewellyn ve ark 1997).

Klinik olarak anlamlı derecede depresyon, birinci derece sağlık hizmeti için başvuran hastaların %10'unda, yataklı tedavi ünitelerinde bulunan hastaların % 22-33'ünde görülmektedir (Lustman 1994, Weissman ve Olfson 1995). Major depresyona kadınlarda, erkeklere oranla iki kat daha sık rastlanmaktadır örneğin batı ülkelerinde major depresyon sıklığı erkeklerde yaklaşık % 2-3, kadınlarda % 5-9'dır (Weissman ve Olfson 1995). Evlilik yaşantısı ise erkeklerde depresyon görülme sıklığını azaltırken, kadınlarda artırmaktadır. Depresyon özellikle 25-35 yaş arasında daha sık görülür ki bu kadınların doğurganlık çağı olarak da kabul edilebilir. Görüldüğü gibi doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli dönemdir. Hemen hemen hiç bir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslanamaz. İnfertilite, gebelik, düşük, ölü doğum, ve postpartum dönemdeki sosyal, ekonomik, biyolojik ve hormonal değişiklikler gibi durumların her biri kadının ruh sağlığını etkiler (Llewellyn ve ark 1997). Gebelik ve cinsiyet ile ilişkili risk faktörlerine geçmişte depresyon hikayesi, aile yüklülüğü gibi faktörler de katkıda bulunabilir (Rudy ve Kurowski 1997).

Gebelik ve postpartum dönemle ilgili çalışmalar incelendiği zaman; birçok yazıda; postpartum depresyonun klasik depresyondan ayrılması gereken özel bir bozukluk olduğu görüşünün ağır bastığı ve "atipik depresyon" olarak tanımlandığı görülür. Başka yayınlara göre de postpartum depresyon, doğuma bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluk değil, nonspesifik streslere bir cevap olarak kabul edilir. Bu görüşü destekleyen araştırmaların çoğunda gebe olan ile olmayan kadınların depresyon prevalanslarının benzer olduğu saptanmış ve çalışmaların önemli bir kısmında klinik özellikler açısından bir fark olmadığı gösterilmiştir (Field ve ark 1985, Cutrona 1986, Cooper ve ark 1988, Jeffrey 1996).

Bu bilgiler çerçevesinde, dünyada prevalansı en yüksek ve kronik olma riski fazla olan hastalıklardan biri olan depresyonun, ana-çocuk sağlığı perspektifinden bakarak yeni annede depresyon semptomları, sosyal destek ve kaygı düzeyleri konusunda veriler elde edilmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu tarama çalışması, SSK Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış ve yatmakta olan 100 postpartum kadına doğumdan 24-48 saat sonra uygulanmıştır. Çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra, hastanın izni alınmış ve prevalans değerlendirmesini etkilememek amacıyla denek seçimi yapılmamıştır.

Araştırmada, veri toplamak amacıyla dört araç kullanılmıştır. Bunlar sırasıyla hasta bilgi formu, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (Zimet ve Dahlem 1988, Eker ve Arken 1995) Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği (Spielberger 1970, Öner, Le Compte, 1983) ve Beck depresyon (Beck ve ark. 1961, Hisli 1989) ölçeğidir.

Hasta bilgi formu, araştırmacılar tarafından hazırlanmış hastaların demografik ve gebelik ile ilgili özelliklerini saptamak amaçlı kullanılan bir anket formudur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği Zimet ve Dahlem tarafından 1988 de geliştirilmiştir. Eker ve Arkan tarafından 1995 te Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, her eğitim düzeyindeki insanın algılayabileceği on iki maddeden oluşmuştur. Yüksek puanlar, algılanan desteğin yüksek oluşuna, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığına ya da destekten yoksun oluşu belirtmektedir.

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve ark tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985 te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçek likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir.

Beck Depresyon Ölçeği; Beck (1961) tarafından geliştirilen ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri belirtmelerinin derecesini objektif olarak ölç-

meye yarayan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Tegin (1987) tarafından yapılmıştır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Tüm bu araçlar yukarıdaki sıraya göre hastalara uygulanmıştır. Elde edilen veriler "SPSS" 6.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

17 yaş ile 44 yaş arasında değişkenlik gösteren tüm vakaların yaş ortalaması 26.47 ± 5.45 tir, diğer demografik özellikler tablo-1'de, gebelik ile ilgili bilgileri tablo-2'de sunulmuştur.

Tablo- 1: Sosyodemografik Özellikler.

	Vaka Sayısı	Yüzde %
Yaş		
20 Yaş Ve Altı	11	11.0
21 Yaş Ve Üstü	89	89.0
Eğitim		
5 Yıl Ve Altı	63	63.0
6 Yıl Ve Üstü	36	36.0
Sosyoekonomik Düzey		
Düşük	23	23.0
Orta / Yüksek	77	77.0
Meslek		
Ev Hanımı	93	93.0
Ev Hanımı Değil	7	7.0

Tablo-2: Obstetrik Risk Faktörleri İle İlgili Veriler.

	Vaka Sayısı	Yüzde %
Yaş		
20 yaş öncesi gebelik	11	11.0
21 yaş sonrası gebelik	89	89.0
Gebelik Sayısı		
Primipar	33	33.0
Multipar	67	67.0
Evde Çocuk Sayısı		
0	40	40.0
1	34	34.0
2 ve daha çok	26	26.0
Planlı Gebelik		
Evet	81	81.0
Hayır	19	19.0

Doğum Şekli		
spontan vaginal sezeryan	64 36	64.0 36.0
Sorunlu Doğum		
Hayır	84	84.0
düşük doğum ağırlığı	12	12.0
ikiz gebelik	2	2.0
ölü doğum	2	2.0
Bebek Bakımına Yardım Edecek Kişi		
Var	55	55.0
Yok	45	45.0
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Yok	98	98.0
Var	2	2.0
Fiziksel Hastalık Öyküsü		
Yok	93	93.0
Var	7	7.0
Gebelikte Madde Kullanımı		
Yok	84	84.0
Sigara	15	15.0
Sigara + Alkol	1	1.0
Depresyon		
Var	12	12.0
Yok	88	88.0

Denekler Depresyon semptomları yüksek ve alçak olarak iki gruba ayrılmış (Beck depresyon puanı 17 ve üzeri) ve sosyodemografik özellikleri, gebelik dönemi bilgileri, destek sistemleri ve kaygı düzeyleri açısından karşılaştırılmışlardır.

Tablo- 3: Psikometrik Değerlendirme Sonuçları

	Median \bar{X}	Min-Max
Beck Depresyon Puanı	10 ± 5.77	0 - 23
Durumluk Kaygı Puanı	40 ± 5.62	24 - 55
Sürekli Kaygı Puanı	46 ± 6.19	31 - 60
Aile Desteği Puanı	25 ± 5.35	9 - 28
Eş Desteği Puanı	24.5 ± 5.10	8 - 28
Arkadaş Desteği Puanı	21 ± 7.65	4 - 28

Depresyon semptom düzeyleri yüksek ve düşük olan iki grup arasında sosyoekonomik düzey, eğitim, meslek, evlilik süresi bakımından istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo-1,2,4). Gebelik yaşı, gebelik sayısı, evdeki çocuk sayısı, bebeğin bakımına yardım edecek kişinin bulunup bulunmaması açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo-2,3,4).

Tablo-4: Vakaların Depresyon Semptomu Varlığına Göre Analizi, ortalama skorları ve U Değerleri.

	Depresyon semp. olan BDI >17	Depresyon semp. olmayan BDI < 17	
	Ortalama Skor	Ortalama Skor	Mann Whitney-U Değeri
Gebelik Yaşı	26.37 ± 5.34	27.17 ± 6.38	502.0*
Evlilik Süresi	6.36 ± 5.44	7.96 ± 6.49	449.5*
Evde Çocuk S.	0.92 ± 1.00	1.00 ± 0.95	494.5*
Gebe Takibi	5.65 ± 3.13	4.58 ± 2.27	444.0*
DurumKaygı P.	39.98 ± 5.71	39.75 ± 5.12	514.5*
SürekliKaygıP.	46.27 ± 6.24	49.08 ± 5.47	382.0*
AileDest. Puanı	23.34 ± 5.23	21.83 ± 6.26	462.5*
EşDest. Puanı	23.29 ± 4.93	21.33 ± 6.21	428.0*
ArkadaşDest.P.	19.41 ± 7.56	17.00 ± 8.35	434.0*
BeckDepres. P.	8.53 ± 4.65	19.92 ± 2.06	-
* p > 0.05			

100 kadından 19'u gebeliklerinin planlanmadan gerçekleştiğini belirtmiştir. Plansız gebeliklerin tamamı gebelik gerçekleşikten sonra bebeği doğurmak istediklerini belirtmişlerdir. İstatistiksel olarak planlı gebelik ile plansız gebelik arasında depresyon semptomu şiddeti açısından fark saptanmamıştır.

Beck depresyon ölçeğine göre 100 kadından 12'sinde yüksek düzeyde depresyon semptomu saptanmıştır. (Tablo-2,4). Aile destek puanı (\bar{X} : 25), eş desteği puanı (\bar{X} : 24.5), arkadaş desteği puanı (\bar{X} : 21) depresyon semp-

tom şiddeti açısından bakıldığında kıyaslamalar istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo-4).

Tüm vakaların durumluk kaygı median skoru 40, sürekli kaygı median skoru ise 46'dır. Depresyon semptom düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı ortalama skoru 49.08 iken, olmayanlarda 46.27'dir. Durumluk kaygı düzeyine baktığımızda ise depresyon semptom düzeyi yüksek olanlarda ortalama skor 39.75 iken, olmayanlarda 39.98'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo-4).

TARTIŞMA

Bu çalışma iki temel amaç üzerine şekillendirilmiştir. Birinci amaç, gebelikte depresyon semptomatolojisi prevalansını saptamaktır. İkinci gebelikte depresyon gelişmesinde etkili olabilecek faktörler olan sosyal destek ve kaygı durumu düzeyini değerlendirmek ve bu değişkenlerin ilişkisini incelemektir.

Klinik bilgiler gebelik döneminin duygusal olarak iyilik hali olduğunu göstermektedir. Ancak gebelikte intihar insidansının azaldığını destekleyen retrospektif çalışmalara rağmen, gebeliğin mental hastalıklara karşı koruyucu olduğunu destekleyen çok az veri bulunmaktadır (Appleby L. 1991). Ruh sağlığı değişkenleri depresyon açısından incelendiği zaman ise gebe olan ile gebe olmayan kadınlarda major depresyon oranları benzer bulunmuştur (Öztürk 1996). Gebelerin yaklaşık % 70'inde depresyon semptomları görülmektedir. Ancak bunların % 10-16'sı major depresyon tanı kriterlerine uymaktadır (Klein ve Essex 1995, Beck 1995, Jeffrey, 1996).

Manly ve arkadaşları (1982) Beck depresyon ölçeği kullanarak gebelik döneminde orta ve ağır depresif semptomatoloji prevalansını % 13 olarak bulmuşlardır. Başka çalışmalarda ise standardize edilmiş metodlar kullanarak taranan, orta derecede ve üstü şiddette saptanan, depresyon semptomu oranı gebelikte % 3.5-% 9 ve postpartum dönemde % 3.5-% 16 arasında bulunmuştur (O'Hara 1986, Gotlib ve Whiffen 1987).

Yaptığımız çalışmada 100 kadının 12'sinde Beck depresyon ölçeğine göre (17 ve üzeri pu-

an alanlar) yüksek depresyon semptomu saptadık. Bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen oranlar ile uyumlu gözükmektedir. Ayrıca BDÖ de yüksek puan alan iki annenin (22 ve 19 puan) geçirilmiş depresyon atağı hikayesi olması ve diğer grupta hiçbir annenin depresyon hikayesi olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Konsepsiyondan önce depresyon atağı öyküsü veren kadınların ise % 30'unda postpartum depresyon görülmektedir (O'Hara 1986). Gebelik sırasında oluşan depresyonun gebelik sonrası depresyonun habercisi olup olmadığı ile ilgili olarak da çelişkili bulgular vardır (Connor Kendell 1982, O'Hara ve ark. 1982, Atkinson ve Rickel 1983, Cox ve ark. 1984, O'Hara ve Whiffen 1984, O'Hara 1986, Kendell, 1987). Takip süresi uzun tutulan bazı çalışmalarda da postpartum depresyon prevalansı da artmaktadır. Bu çalışmalarda gebelik sırasında depresyon bulunmasının, gebelik sonrası depresyon gelişmesi açısından bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Field ve ark 1985, Gotlib ve Whiffen 1987, Gotlib ve ark. 1989, O'Hara ve ark. 1990). Bizim bulgularımız istatistiksel metodlar uygulanması açısından yetersiz bir sayıyı içermektedir. Daha geniş bir örneklem grubunda bu konu ile ilgili sağlıklı bilgiler edinilebilir.

Depresyon semptomları yüksek ve alçak olan iki grup karşılaştırıldığında eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, mesleğe, gebelik yaşı, gebelik sayısı, evlilik süresi, evdeki çocuk sayısı açısından farklı olmadığı bulundu. Bu durum çevre faktörlerinin birebir risk faktörü oluşturmadığını düşündürmektedir (Vandenbergh 1980, Gotlib ve Whiffen, 1987, Kendell 1987, Gotlib ve Whiffen 1987, Gotlib ve 1989, O'Hara ve ark. 1990, Kumar ve Robson 1994, Green 1990).

Daha önce geçirilen depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları ve uyumsuzlukları, olumsuz yaşam deneyimleri ya da istenmeyen gebelik (Gotlib ve Whiffen 1987, O'Hara 1986, Frank 1987, Kitamura 1993), ölü doğum, evlilik dışı doğum (Gitlin MJ. 1989) ya da ikiz doğum gibi gebelik sırasında depresyona neden olabilecek başka pek çok risk faktörü bildirilmiştir (Cox ve ark 1982, O'Hara ve ark 1982, O'Hara ve Whiffen, 1984, Gotlib ve ark 1989, Gitlin, 1989, Warner, 1996). Önceki gebeliği ar-

dından depresyon atağı öyküsü olan kadınların, sonraki gebeliklerinde depresyon atağının yinelenme riski % 50'dir (O'Hara 1986, Gotlib 1991). Bu faktörler açısından depresyon semptomu yüksek olan ile olmayan gruplar arasında istatistiksel fark bulunamamıştır.

Bu çalışmaya katılan annelerin hepsi baştan planlanmamış gebelikleri bile istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışma grubunda bekar anne ya da çoğul gebelik saptanmamıştır. Sosyal destek sistemleri açısından incelendiğinde ise bütün annelerin aile desteklerinin iyi olduğu sonucu bulunmuştur. Bu durum aile sorunlarının çok fazla olmadığı yolunda yorumlanabilir. Saptamalarımıza göre literatürde geçen pek çok risk faktörünün bu çalışma grubunda geçerliliği yoktur. Yaptığımız bu çalışmada dikkat çeken bulgulardan birisi risk faktörlerinin diğer çalışmalardan görece azlığına rağmen şiddetli depresyon semptomu gösteren vakaların oranının diğer çalışma sonuçlarından farklı olmamasıdır. Bu belirtiler, puerperal dönemde ortaya çıkan depresyon semptomlarının değişen metabolizma ve hormonal denge sonucunda ortaya çıktıkları düşüncesini getiriyor. Ancak bu hipotezin doğrulanabilmesi için daha geniş ölçekli çalışma gruplarında daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda fiziksel hastalığı olanlarda daha yüksek depresyon semptomları saptanmıştır. Bu bulgu kronik fiziksel hastalık ile depresyon ilişkisini gösteren başka bir bulgudur.

Literatürde depresif bozukluk tanısı almış hastaların algılanan arkadaş ve aile desteği puanlarının, normallere kıyasla anlamlı biçimde düşük olduğu, bunun yanında sosyal desteğin kişinin sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu saptanmış, destek için en etkili kaynağın çekirdek aile üyeleri ve akrabalar olduğu bildirilmiştir (Neziroğlu 1992). Sosyal destek kaynaklarının hastalık öncesinde, sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkileri olduğunu ileri sürenler sıklıkta (Atkinson ve Rickel 1983, Hall ve ark 1985, Gotlib ve ark 1989, Warner 1996, Patrick 1990). Sosyal kaynakların niteliği ile depresif semptomların ilişkisi pek az araştırmanın odaklandığı bir konudur. Hall ve arkadaşları ise sosyal kaynakların her zaman

destekleyici değil aksine stres kaynağı haline gelebildiğini de göstermişlerdir (Hall ve ark 1985, Hall ve ark 1996). Yaptığımız çalışmada kadınlarda aile desteği ve eş desteğinin arkadaş desteğine göre daha fazla etkili olduğu görülmüştür. Sosyal destek varlığı ya da yokluğu açısından iki grup arasında fark saptanamamıştır.

Gebelik sırasında kaygı ve depresyon, doğumdan sonra depresyon gelişeceğinin göstergesi olabilmektedir (O'Hara ve ark 1987). Cox ve arkadaşları (1982) erken gebelikte kaygılı olma ile doğum sonrası üçüncü ayda depresyon saptanması arasında dikkati çeken bir ilişki bulmuşlardır. Yaptığımız çalışmada durumluk kaygı puanları ortalama skoru 40 iken, sürekli kaygı puanları ortalama skoru 46 puandır; Ancak depresif kadınlar ile depresif olmayanlar arasında kaygı düzeyleri açısından istatistiksel fark bulunamamıştır. Sürekli kaygı puanlarının tüm gebelerde yüksek olması yeni duruma uyum sürecinin getirdiği bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

Gebelikte depresyon varlığı ihmal edilemez bir gerçektir. Ortaya konmuş birçok risk faktörlerinin olmasına karşın gebelik ve gebelik sonrası depresyon etiolojisi belirsizliğini korumaktadır (Llewellyn ve ark. 1997). Depresyon atağına yönelik koruyucu önlemler ve erken tedavi, semptomların ağırlığını azaltmakta, anne ve bebek üzerinde olabilecek olumsuz etkilenmeleri sınırlamaktadır (Jeffrey 1996).

Tarama çalışması olarak planlanan bu araştırmanın zayıf yanı demografik özellikler açısından eşleştirilmiş bir kontrol grubunun bulunmayışı ve doğum öncesi dönemde vakaların takiplerinin olmayışıdır. Ülkemizde doğurganlık çağındaki sağlıklı kadınların rutin sağlık kontrolleri için sağlık kuruluşlarına başvuramaları kontrol grubuna ulaşmayı oldukça güçleştirmektedir. Gerek doğum zamanının planlı olamaması, gerekse anne adaylarının gebelik takiplerine de düzenli gelmeyişleri prepartum izlemleri olanaksız kılmıştır. İleride yapılacak kontrollü ve daha detaylı çalışmalar postpartum dönemin emosyonel sorunlarına daha fazla ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

- Atkinson AK, Rickel AU.(1983) Depression in woman: the postpartum experience. *Issues Ment Health Nurs*, 3;5:197-218.
- Appleby L. (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 302:137-140.
- Beck AT ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck CT (1995) Screening methods for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 24:308-312.
- Cooper PJ, Campbell EA, Day A. (1988) Nonpsychotic psychiatric disorder after childbirth. *Br J Psychiatry*, 152:799-806.
- Cox JL, Connor Y, Kendell RE. (1982) Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*, 140:111-117.
- Cutrona CE. (1986) Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev*, 57: 1507-1518.
- Eker D, Arkan H (1995) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 10 (34): 45-55.
- Field T, Sandberg D, Garcia R. (1985) Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Dev Psychol*, 21(6):1152-1156.
- Frank G. (1987) Pregnancy related affective disorders among woman with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, 144:288-293.
- Gitlin MJ. (1989) Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. *Am J Psychiatry*, 146:1413-1422.
- Gotlib H, Whiffen VE, Mount JH. (1989) Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Cons Clin Psychol*, 57:269-274.
- Gotlib H, Whiffen VE. (1987) Prevalans rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psychol*, 144:188-293.
- Gotlip IH. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol*, 100(2):122-132.
- Green JM. (1990) Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17:15-24.
- Hall LA, Kotch JB, Browne D. (1996) Self-Esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 45(4): 231-238.
- Hall LA, Williams CA, Greenberg RS. (1985) Supports, stressors and depressive symptoms in low-income mothers of young children. *Am J Public Health*, 75:518-522.
- Hisli N. (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi* , 7:3-14.
- Jeffrey L. (1996) Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract*, 43(suppl): s17-s24.
- Kendell RE. (1987) Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, 150:662-673,
- Kitamura T. (1993) Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant woman. *Psychol Med*, 23:967-975.
- Klein MH, Essex MJ. (1995) Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in second trimester. *Depression*, 2:308-314.
- Kumar R, Robson K. (1994) Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Sos Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29:250-264.
- Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. (1997) Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 15):26-32.
- Lustman PJ. (1992) Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 11:1631-1639.
- Neziroğlu F. (1992) Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*, 149:947-950.
- O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. (1982) Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioural models and postpartum depression. *J Abnorm Psychol*, 91:457-461.
- O'Hara MW, Whiffen VE. (1984) Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnorm Psychol*, 93:158-171.
- O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH. (1990) Controlled prospective study of postpartum mood dis-

orders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 99(1):3-1.

O'Hara MW. (1986) Social support, life events and depression during pregnancy and puerperium. *Arch Gen Psychiatry*, 43:569-573.

Öner N, Le Compte A. (1983) Durumluk-Sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul Boğaziçi Ün. Yay. No.333.

Öztürk MO, (1990) Duygulanım Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım-Yayım-Dağıtım, Ankara, 205-222.

Patrick C. (1990) Mediators of depression among low-income, adolescent mothers of infants: A longitudinal perspective. *J Youth and Adolescence*, 19:327-347.

Rudy DR, Kurowski K. (1997) Depression, Family Medicine. Williams Wilkins, 791-841.

Stowe ZN. (1995) Woman at risk for postpartum onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*, 173:639-645.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 Ankara. Sağlık Bakanlığı Ana- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve DHS Macrointernational Inc., 1994.

Vandenbergh RL. (1980) Postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol*, 23:1105-1111.

Warner R. (1996) Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *B J Psychiatry*, 168:607-611.

Watson JP, Elliot SA, Rugg AJ. (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry*, 144:453-462.

Weissman MM, Olfson M. (1995) Depression in woman: implication for health care research. *Science*, 269:799-801.

Zimet G, Dahlem N. (1988) The multidimensional sale of perceived social support. *J Personality Assesment*, 52(1):30-41.

Yazışma Adresi:

Uz. Dr. Sevsen Altınay Cebeci

Şabanözü Sokak No: 10/5

Subayevleri 06130 - ANKARA

Tel: 0 310 30 30 / 5316

GSM: 0 532 307 89 23

e-posta: cebecisevsen@hotmail.com