

AYDIN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK ETMENLERİ

Hülya ARSLANTAŞ¹, Filiz ERGİN², Nevin AKDOLUN BALKAYA³

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, Aydın İl Merkezinde doğum sonrası depresyon görülme durumunu ve ilişkili risk etmenlerini incelemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Aydın il merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan annelerde yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma grubunun seçiminde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 248 kadına yüz yüze anket uygulanmıştır. Doğum sonrası depresyon görülme durumunun belirlenmesinde Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca sosyal destek ihtiyacı ve genel sağlık durumlarını belirlemek amacıyla aile ve arkadaş sosyal destek ölçeği ve genel sağlık anketi uygulanmıştır.

BULGULAR: Kadınların son gebeliklerinde doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %12,5 olarak tespit edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde kadının yaşam şeklinin, aile içinde stres, evliliğinde sorun yaşamasının, eşinden şiddet görmesinin, gebeliğin istenmemesinin, gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşamasının, eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olmasının, aile veya arkadaş ilişkilerinin kötü olmasının doğum sonrası depresyon görülme durumunu etkilediği tespit edilmiştir. İleri analizlerde doğum sonrası dönemde depresyon görülme durumunu evde anne-baba veya kardeşlerle yaşamının 3,533 kat (%95 GA'da 1,269-9,838), aile içinde stres yaratan olaylar olmasının 2,674 kat (%95 GA'da 1,037-6,896), gebelik öncesi dönemde ruhsal problemlerinin olmasının 9,867 kat (%95 GA'da 2,043-47,644), kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olmasının 4,650 kat (%95GA'da 1,473-14,679) etkilediği tespit edilmiştir.

SONUÇ: Gelişmekte olan ülkelerde diğer sağlık sorunlarına daha fazla önem verildiğinden doğum sonrası depresyon ihmal edilmektedir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde gerçekleştirilen gebe takibi ve doğum sonrası izlemlerin ebeler tarafından evlerde verildiği Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği gibi basit tarama araçlarını kullanarak, doğum sonrası depresyon riski altında olan kadınların tanımlanması son derece önemlidir.

Anahtar sözcükler: Doğum sonrası depresyon, depresif bozukluk, kadın sağlığı

Postpartum Depression Prevalence and Related Risk Factors in Aydın Province

SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this study was to assess the prevalence and risk factors of postpartum depression in Aydın Province.

MATERIALS and METHODS: A cross-sectional design was used to study a group of women with six to eight weeks old babies, in Aydın city center. Multistage sampling method was used in the selection of the study group. Questionnaire forms were administered to 248 women by face to face interview technique. Edinburg Postpartum Depression Scale was used for the assessment of postpartum depression. Also family and friend social support scale were used. General health questionnaire was used in order to assess general health status and social support need of women.

RESULTS: Postpartum depression prevalence of last pregnancy period of women was 12,5 %. In univariate analysis, living arrangements, stressful life events within family environment, marital problems, violence from husband, unintended pregnancy, psychologic problems before pregnancy, bad relationships with her or husband's family, bad relationships with her family or friends were significant risk factors for postpartum depression ($p < 0,05$). In the final model of multivariate analyses, factors those effect postpartum depression were: living with mothers-fathers-sisters or brothers 3.533 (95% CI 1.269-9.838), stressful events in family 2.674 (95% CI 1.037-6.896), psychologic problems before pregnancy 9.867 (95% CI 2.043-47.644) and bad relationships with her own family 4.650 (95% CI 1.473-14.679).

CONCLUSION: Postpartum depression is mostly neglected in developing countries in which other health problems are considered to be more important. Therefore, it is essential to identify women under the risk of postpartum depression using simple screening tools like Edinburg Postpartum Depression Scale where antenatal and postpartum follow-up visits are made by midwives.

Key words: Postpartum, depression, depressive disorder, women's health

Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır.

Doğum sonrası dönemdeki ruhsal hastalıklar, annelik hüznü, doğum sonrası depresyon (DSD) ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç farklı şekilde görülebilmektedir^{1,2}. Bu hastalıklardan biri olan DSD

¹Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği, AYDIN, TÜRKİYE

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, AYDIN, TÜRKİYE

³Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, AYDIN, TÜRKİYE

huzursuzluk, depresif duygu hali, suçluluk, yorgunluk, anksiyete, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, intihar fikirleri ve diğer somatik belirtilerle seyreden ve doğumdan sonraki 6-8 hafta arasında başlayan bir bozukluktur^{1,3,4}.

DSD annenin benlik saygısını, yeteneklerini, anne-bebek ilişkisini, bebeğin bakımını ve aile içi sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu annelerin çocuklarının büyüme ve gelişmelerinin daha yavaş olduğu, davranışsal, duygusal ve bilişsel gelişimlerinin olumsuz etkilenebildiği bildirilmektedir^{2,5,6}.

DSD sıklığı, kullanılan ölçüm araçları veya tanı kriterlerinin farklılığı, doğum sonrası ölçümün yapıldığı haftaya göre farklılık gösterdiği belirtilmekle birlikte genel olarak doğumların %10-15'inde görüldüğü ifade edilmektedir^{1,7,8,9,10}. Amerika ve Avrupa'da DSD görülme sıklığının %3,5 ile %17,5 arasında değişim gösterdiği, Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise sıklığın % 14 ile % 58 arasında değiştiği saptanmıştır^{2,11-13}.

DSD'un nedenleri içinde biyolojik (hormonal), psikolojik (psikososyal) ve sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir^{2,14,15}. Doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, stres oluşturan durumların varlığı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, destek sistemlerindeki yetersizlikler, benlik saygısında düşme, beden imgesindeki değişiklikler, sosyokültürel düzey ile bireyin içindeki konumu gibi pek çok faktör DSD gelişimine zemin hazırlayabilmektedir^{5,16,17,18}. Bunların dışında doğum öncesi depresyon veya anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsünün bulunması, daha önceki doğumlar sonrasında DSD geçirilmiş olması, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, annenin düşük benlik saygısı, eğitim düzeyi, mesleği, doğum sayısı, adolesan annelik veya sezaryen doğumlar, sosyoekonomik durum ve bebeğin istenme durumunun da DSD gelişimini etkilediği belirtilmektedir^{2,5,8,15}. Bu bakımdan DSD riski altında olan kadınların tanımlanması, bu grup hastalıklara bağlı hastalıkların azaltılmasında son derece önemlidir. Bunun için de sağlık personelinin bu şikâyetleri olan kişileri doğum sonrası en erken dönemde basit tarama yöntemleri ile tespit etmeleri önemlidir. Türkiye'de DSD görülme sıklığı ve doğum sonrası depresyon gelişimine neden olan faktörler ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Batı Avustralya ve İngiltere gibi bazı ülkelerde doğum sonrası depresyon ile ilgili tarama araçlarının kullanımı düzenli olarak uygulamaya girmesine rağmen Türkiye'de düzenli olarak uygulanmamaktadır^{19,20}. Doğum sonrası depresyonun saptanmasının en önemli amaçlarından biri de, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin tespit edilerek çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir²¹.

Bu nedenle bu çalışmada, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılarak

Türkiye'nin batısında yer alan Aydın İl Merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan annelerde doğum sonrası depresyon görülme durumu ve ilişkili risk etmenlerini incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Aydın ili Anadolu'nun batısında, Herodot'un tanımladığı "Gökyüzünün Altındaki En Güzel Yerdendir". Ege bölgesinde turizmin ilk başladığı illerden biridir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ilin 2007 yılındaki nüfusu 946.971'dur. Nüfusun 536.758'i şehirde, 410.213'si köylerde yaşamaktadır. Aydın yüzölçümü itibarıyla 8007 km², nüfus yoğunluğu 121 ve nüfus artış hızı % 14,21 olan bir il olup, İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre il genelinde toplam doğum sayısı 2007 yılı için 11.835'dir.^{22,23}

Çalışmanın süresi ve ön hazırlıklar

Çalışmada anketörlük yapacak öğrenci hemşire grubu için İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin onayı alınmıştır. On kişilik öğrenci hemşireden oluşan anketör grubuna çalışmaya başlamadan bir hafta önce ölçeklerin ve anket formlarının uygulanması ile birlikte doğum sonrası depresyon konusunda bir haftalık eğitim araştırmacılar (HA, NAB) tarafından verilmiştir. Eğitim süresi boyunca anketörlerin testleri benzer biçimde uygulaması sağlanmıştır. Öğrencilere iletişim kurulabilen, mental retardasyonu, psikotik düzeyde bir rahatsızlığı veya organik rahatsızlığı olmayan, madde kötüye kullanımı gibi ikincil bir bozukluğu bulunmayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların araştırmaya alınacağı konusunda bilgi verilmiştir. Araştırma verileri Mart 2006-Mayıs 2006 tarihleri arasındaki sürede toplanmıştır.

Çalışmaya alınan yerleşim birimleri

Aydın İl Merkezindeki 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08 ve 09 No'lu Sağlık Ocağı bölgelerine bağlı yerleşim birimleri çalışma kapsamına alınmıştır.

Örnekleme seçimi

Araştırma Aydın il merkezinde bulunan 9 sağlık ocağı bölgesinde 6-8 haftalık bebeği olan annelerde yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Mart-Mayıs 2006 tarihleri arasında, çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılarak, 248 kadına yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, doğum sonrası depresyonu etkileyeceği düşünülen değişkenlere ilişkin sorular, aile ve arkadaş sosyal destek ölçeği, Genel sağlık anketi yer almıştır. Doğum sonrası depresyon görülme durumunun belirlenmesinde EDSDÖ kullanılmış, ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya, iletişim kurulabilen, mental retardasyonu, psikotik düzeyde bir rahatsızlığı veya organik rahatsızlığı olmayan, madde kötüye kullanımı gibi ikincil bir bozukluğu bulunmayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde il merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 248 anne araştırmaya

dahil edilmiştir.

Belirlenen örnek büyüklüğüne çok aşamalı örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Sağlık ocaklarına bağlı birimler olan ve 2500 kişilik nüfusa hizmet veren sağlık evleri, küme birimi olarak alınmış, her sağlık ocağı bölgesinden bir kırsal bir kentsel sağlık evi basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Toplam 18 sağlık evi kümesinde çalışılmıştır. Seçilen sağlık evlerinde belirtilen ölçütlere uyan tüm kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir.

Doğum sonrası depresyon sıklığı %10 alındığında %95 güven aralığında $d=0,05$ iken tespit edilen örnek büyüklüğü 138 olup, desen etkisi 2 alındığında ulaşılması hedeflenen nüfus 276 olarak belirlenmiş, evde bulamama, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen veya belirlenmiş ölçütlere uymama durumları için %10 yedek grup seçilmiştir. Hedeflenen nüfusun %89,8'ine ($n=248$) ulaşılabilmektedir.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan yapılandırılmış anket formu ve ölçekler yüz yüze görüşme tekniği ile gündüz saatlerinde ve hafta sonları gerçekleştirilmiştir. Anlaşılamayan sorular anketörler tarafından tekrarlanmıştır. İlk gidişte evde bulunamayan kadınlara ikinci kez tekrar gidilmiş, ikinci ziyarette de bulunamadığında yedeklerine geçilmiştir.

Bilgi Toplama Araçları

Çalışmaya katılan kadınlara araştırmacılar tarafından hazırlanan yapılandırılmış anket formu uygulanmıştır. Bu formun ilk sayfasında aydınlatılmış onam belgesi bulunmaktadır. Formda kişiyi tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerini belirleyici sorular yanında, DSD ile ilişkili faktörler olarak, kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, eş eğitim durumu, eşin mesleği, bireyin yaşam şekli, ekonomik durumu, aile içi stres, evlilikte sorun yaşanıp yaşanmadığı, eş şiddeti, çocuğun istenen bir gebelik sonucu olup olmadığı, gebelik öncesi ruhsal sorunların olup olmadığı, kadının kendi ve eşinin ailesi ile olan ilişkisini içeren sorular da mevcuttur. Araştırmada kullanılan tanı ölçekleri aşağıda özetlenmiştir.

Edinburg 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 türünde olup, toplam 10 soru içermektedir²⁴. Engindeniz ve ark. (1996) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, tarama için tanı koymaya yönelik kesme puanı 12/13 olarak hesaplanmıştır²⁵.

Algılanan Aile ve Arkadaş Sosyal Destek Ölçeği (Perceived Social Support From Family; PSS-Fa, Perceived Social Support From Friends; PSS-Fr): Orijinal ölçek Procidana ve Heler (1983) tarafından geliştirilmiştir. Eskin (1993) tarafından ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliği

çalışılmıştır. Önemli özelliği, algılanan arkadaş ve aile desteğini birbirinden ayrı olarak değerlendirmesidir. Testin doğru/yanlış olarak yanıtlanan, 20'si arkadaş (PSS-Fr), 20'si aile (PSS-Fa) desteğini ölçen 40 maddesi vardır. Bireyin ölçeklerden düşük puan alması, bireyin arkadaş ve aile sosyal desteğini düşük olarak algıladığını göstermektedir^{26,27}.

Genel Sağlık Anketi (GSA): Goldberg ve Williams (1988) tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal rahatsızlıkları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Kılıç (1996) tarafından ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{28,29}.

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), sayımla elde edilen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher'in ki-kare testi, ölçüm verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U Testi kullanılmıştır. Doğum sonrası depresyonu etkilemesi muhtemel risk faktörlerini belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde doğum sonrası depresyonu olma ve olmama durumu bağımlı değişken, kadının yaşam şekli, aile içi stres yaşama durumu, evliliğinde sorun yaşayıp yaşamadığı, eş tarafından şiddete maruz kalıp kalmadığı, çocuğun istenen bir gebelik sonucu olup olmadığı, gebelik öncesinde ruhsal sorun yaşayıp yaşamadığı, kadının kendi ailesi ve eşinin ailesi ile ilişkisini nasıl tanımladığı, aile ve arkadaş sosyal destek ölçeği toplam puanları bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Ölçümle elde edilen veri grupları için normal dağılıma uygunluk analizleri (Kolmogorov Smirnov testi) yapılmış, normal dağılıma uymayan veri gruplarının değerleri medyan (%25-75) değerleri olarak verilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Sayımla elde edilen veriler (sayı) %, lojistik regresyon analiz sonuçları tahmini rölatif risk (odds ratio-OR) ve %95 güven aralığı (GA) olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Lojistik regresyon modelinde Backward-Wald methodu kullanılmıştır. Veriler SPSS-11.0/Windows® kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,44\pm 4,34$ (17-39) olup, %47,8'i ilkökul ve altı eğitimli, %81,5'i ev hanımıdır. Araştırmaya katılan kadınların ve eşlerinin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Kadınların ortalama evlilik süresi $5,60\pm 4,03$ yıl; gebelik sayısı $2,04\pm 1,19$; yaşayan çocuk sayısı $1,86\pm 1,06$; doğum sonrası çalışmaya başlama süresi $24,00\pm 17,19$ ay olarak ifade edilmiştir. Kadınların % 21,4'ü aile içinde stres yaratan olaylarla karşı karşıya kaldığını, % 4,4'ü evliliklerinde problemler yaşadığını, %5,2'si eşleri tarafından şiddet gördüğünü belirtmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri (N=248)

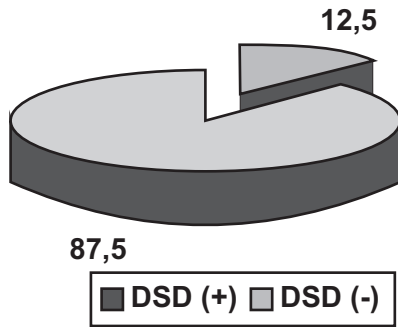
	n	%
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	118	47,8
İlkokul üzeri	130	52,2
Mesleği		
Ev hanımı	202	81,5
Diğer*	46	18,5
Eşinin eğitim durumu		
İlkokul ve altı	106	42,7
İlkokul üzeri	142	57,3
Eşinin mesleği		
İşsiz	8	3,2
Ücretli işçi**	240	96,8
Ekonomik durumu***		
Düşük	77	31,2
Orta/Yüksek	170	68,8
Yaşam şekli		
Eşi ve çocukları ile	218	87,9
Eşi veya kendi anne babası ile	30	12,1

*Memur (35), serbest meslek (6), işçi (5)

**Serbest meslek (97), İşçi (86), Memur (57)

***Kadının kendi beyanına göre

Kadınların son gebeliklerinde doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %12,5 olarak tespit edilmiştir (Grafik 1).

**Grafik 1.** Araştırmaya katılan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme durumu (N=248).

Tablo 2'de araştırmaya katılan kadınların DSD görülme durumu ile DSD'ü etkileyeceği düşünülen değişkenler arasındaki istatistiksel analiz sonuçları verilmiştir. Tek değişkenli analizlerde kadının yaşam şeklinin, aile içinde stres, evliliğinde sorun yaşamasının, eşinden şiddet görmesinin, gebeliğin istenmemesinin, gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşamasının, eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olmasının, aile veya arkadaş ilişkilerinin kötü olmasının doğum sonrası depresyon görülme durumunu etkilediği tespit edilmiştir.

Lojistik regresyon analizi ile yapılan ileri analizlerde doğum sonrası dönemde depresyon görülme durumunu evde anne-baba veya kardeşlerle yaşamının 3,533 kat (%95GA'da 1,269-9,838), aile içinde stres yaratan olaylar olmasının 2,674 kat (%95GA'da 1,037-6,896), gebelik öncesi dönemde ruhsal problemlerinin olmasının 9,867 kat

(%95GA'da 2,043-47,644), kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olmasının 4,650 kat (%95GA'da 1,473-14,679) etkilediği tespit edilmiştir (Tablo 3). Oluşturulan lojistik regresyon modelinin DSD riski altındaki kadınları % 90,1 oranında tahmin edebildiği tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Doğum sonrası dönemde görülen depresyonun erken dönemde tespit edilip tedavisinin sağlanması, annenin, bebeğin ve ailenin diğer üyelerinin sağlıklı bir yaşam sürmeleri bakımından son derece önemlidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çevrenin ve eşin desteğinin yeterli olmaması, kadınların doğum sonrası dönemde yeni bir kimliğe ve yeni bir yaşama uyum sağlamalarını güçleştirmektedir^{5,30-33}. Kadının kendine zaman ayırmaması, sorunlarının farkına varamaması ya da ihmal etmesi, içinde bulunduğu durumu kısır bir döngüye sokmaktadır. Kadınların sosyal statüsünün düşük olduğu ve bu nedenle kendi sağlıkları ile ilgili problemleri ihmal ettiği Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde toplum tabanlı sağlık taramalarının yapılması bu bakımdan önem kazanmaktadır. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelerin takipleri çoğunlukla ebeler tarafından ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilmektedir. Kadının en hassas olduğu doğum sonrası dönemde, kendini güvende hissettiği ev ortamında bu hizmetleri alması son derece önemlidir. EDSÖ toplum tabanlı doğum sonrası depresyon riski taramasında kullanılabilecek uygun bir araçtır. Gerek Kanada'da gerek Fransa'da yapılan çalışmalarda EDSÖ'nin doğum sonrası birinci haftadan itibaren DSD taramasında kullanılabileceği, bu haftadan itibaren uygulandığında DSD'ü olan kadınların %80-85'ini yakaladığı belirtilmektedir^{4,8,34,35}. Ayrıca Amerika'da yapılan bir araştırmada doğum sonrası dönemde uygulanan EDSÖ'de 10'un üzerinde skor alan kadınların, diğerlerine göre doğum sonrası ilk bir yıl içinde 7 kat daha fazla depresyon tanısı aldığı saptanmıştır³⁶.

Araştırmamızda kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %12,5'dur. Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı ülkeden ülkeye ve farklı kültürlerle göre değişmekle birlikte genel olarak kadınların %10-15'ini etkilediği belirtilmektedir^{1,8}. 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 saptanmıştır³⁷. DSD sıklığı Amerika'nın kırsal bölgelerinde %23; zenci kadınlarda ise %13,514,7 dolaylarında saptanmıştır^{38,39}. Londra'da etnik gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda ise Asya kökenli topluluklarda DSD'un 2,7 kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir⁴⁰. Türkiye'nin kuzeyindeki Edirne ilinde yapılan bir araştırmada DSD sıklığı %40,4 bulunurken, güneyindeki bir il olan Mersin'de bu oran %29 bulunmuştur.^{12,13} Aydın iline komşu bir il olan Manisa ilinde DSD sıklığı %14

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınlarda doğum sonrası depresyon ile bazı bağımsız değişkenlerin ilişkisi (N=248)

	DSD olan (Sayı) Yüzde	DSD olmayan (Sayı) Yüzde	p	χ^2/z
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	(16)13,6	(102)86,4	0,647	0,209
İlkokul üzeri	(15)11,6	(114)88,4		
Meslek				
İşsiz/ev hanımı (çalışmıyor)	(25)12,4	(177)87,6	0,902	0,015
Diğer	(6)13,0	(40)87,0		
Eş eğitim durumu				
İlkokul ve altı	(13)12,3	(93)87,7	0,923	0,009
İlkokul üzeri	(18)12,7	(124)87,3		
Eş meslek				
İşsiz	(2)25,0	(6)75,0	0,263	1,181
Ücretli işçi	(29)12,1	(211)87,9		
Yaşam şekli				
Çocuk ve eşle	(22)10,1	(196)89,9	0,005*	9,556
Anne-baba-kardeşlerle	(9)30,0	(21)70,0		
Ekonomik durum				
Düşük	(14)18,2	(63)81,8	0,072	3,232
Diğer	(17)10,0	(153)90,0		
Aile içi stres				
Evet	(16)30,2	(37)69,8	0,000*	19,283
Hayır	(15)7,7	(180)92,3		
Evlilikte sorun				
Evet	(7)63,6	(4)36,4	0,000*	27,519
Hayır	(24)10,1	(213)89,9		
Eş şiddeti				
Evet	(5)38,5	(8)61,5	0,014†	8,454
Hayır	(26)11,1	(209)88,9		
İstenen bebek				
Evet	(23)10,4	(198)89,6	0,006*	9,508
Hayır	(8)32,0	(17)68,0		
Gebelik öncesi ruhsal sorun				
Evet	(5)55,6	(4)44,4	0,002*	15,828
Hayır	(26)10,9	(213)89,1		
Kendi ailesi ile ilişkisi				
İyi mükemmel	(22)9,6	(206)90,4	0,000*	21,009
Orta-kötü	(9)45,0	(11)55,0		
Eş ailesi ile ilişki				
İyi mükemmel	(20)10,1	(179)89,9	0,019†	5,526
Orta-kötü	(11)22,4	(38)77,6		
Gebelik sayısı	2,0(1,0-3,0)	2,0(1,0-3,0)	0,515	/-0,652
Medyan (%25-75)				
Yaşayan çocuk sayısı Medyan (%25-75)	2,0(1,0-2,0)	2,0(1,0-2,0)	0,729	/-0,347
Arkadaş ilişkisi Medyan (%25-75)	13,0 (3,0-17,0)	17,0(13,0-19,0)	0,002*	/-3,136
Aile ilişkisi Medyan (%25-75)	15,0 (7,0-19,0)	18,0(15,0-19,0)	0,049†	/-1,970
Genel sağlık (puan) Medyan (%25-75)	16,0(10,0-22,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,000*	/-6,176
Genel sağlık (kesim noktalı)				
İyi	-	(4) 100,0	1,000	0,581
Kötü	(31) 12,7	(213) 87,3		

† p<0,05, *p<0,01

DSD: Doğum Sonrası Depresyon

Tablo 3. Lojistik regresyon analizine göre doğum sonrası depresyon için risk faktörleri

		B	SE	d.f.	OR	%95 CI
Evde anne, baba veya kardeşlerle yaşamak	Hayır	Referans			1,00	
	Evet		0,522	1	3,553	1,269-9,838
Aile içi stres yaratan olaylar	Yok	Referans			1,00	
	Var		0,483	1	2,674	1,037-6,896
Gebeliğinde ruhsal problemler olması	Hayır	Referans			1,00	
	Evet		0,803	1	9,867	2,043-47,644
Kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olması	Hayır	Referans				
	Evet		0,586	1	4,650	1,473-14,679
Sabit		-2,967	0,332	1	0,051	

bulunmuştur ¹¹. Trabzon il merkezinde Ayvaz ve ark.'nın doğum sonrası depresyon görülme sıklığı ile ilgili yaptıkları bir çalışmada DSD oranını %28,1 olarak tespit etmişlerdir ⁴¹. Çalışmamızda DSD sıklığının Türkiye'de yapılan bazı çalışmalardan daha düşük oranda saptanmasının nedeni ilin ülkenin batı bölgesinde bulunmasına, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin yüksek olmasına ayrıca EDSDÖ kesim noktasının farklı alınmasına (13 yerine 12 alınması gibi) bağlanabilir.

Bu çalışmada kadının/eşinin eğitim durumlarının ve mesleklerinin DSD ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bazı çalışmalar bu bulguları desteklerken ³² bazı çalışmalar da ise tersi bildirilmektedir ^{12,15,31,38,42-44}. Hong Kong'da 269 Çinli kadın üzerinde doğum sonrası depresyon ve ilişkili risk faktörleri ile ilgili olarak yapılan çalışmada yaş, eğitim, gelir ile doğum sonrası depresyon arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır ⁴⁵. Hung 861 Çinli kadında doğum sonrası sağlık belirleyicilerini tanımlamak amacıyla yaptığı çalışmada ise kadının eğitim durumunun yüksekliğinin ve bütün gün bir işte çalışıyor olmasının doğum sonrası depresyon görülme olasılığını azalttığını bulmuştur ⁴⁶. Çalışmamızda eğitim durumu ve mesleğin DSD ile ilişkili olmaması, araştırmaya alınan grubun çoğunluğunun benzer özelliklere sahip olmasına bağlanabilir. Nitekim araştırma grubunun %81,5'i ev hanımı, eşlerin % 96,8'i ücretli işçi olup, yaklaşık %70'i orta-yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Çalışmamızda ailenin ekonomik durumunun DSD ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışmaya katılan örneklem sayısının küçük olmasına veya araştırmaya dahil edilen grubunun sosyo-demografik açıdan benzerliğinden kaynaklanmış olabilir. Yapılan çalışmalara göre sosyoekonomik düzey yükseldikçe DSD görülme sıklığı düşmektedir ^{46,47}. Nur ve ark. Sivas il merkezindeki kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklığı ve risk faktörlerini 750 anne üzerinde araştırdıkları çalışmalarında işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, zayıf aile içi ilişkiler ve kadınlardaki ruhsal sorunların DSD için ciddi risk faktörleri olduğunu bulmuşlardır ⁴⁸. Small ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise ailenin gelir düzeyi DSD görülme olasılığını etkilememiştir ⁴⁹. Wang ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da ekonomik durum DSD görülme sıklığını etkilememiştir ⁴⁴.

Bu çalışmada lojistik regresyon modeli ile yapılan ileri analizlerde anne, baba ve kardeşlerle birlikte yaşamının DSD yaşama olasılığını 3,53 kat artırdığı tespit edilmiştir. Bu bulgu ile ilgili olarak ülkemizde yapılan herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu durum geniş aile yapısında aile büyüklerinin doğum sonrası dönemde kadına daha fazla oranda müdahale etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Hung araştırmasında Tayvan'da geleneksel olarak doğum yapan kadınların yanlarında bir ay süre ile kadının ya da eşinin ailesinin, bebeğe ve aile üyelerine bakmak amacıyla kaldıklarını ve bunun da

doğum sonrası depresyon olasılığını düşürdüğünü belirtmiş, bu sonucun nedenini doğum sonrası dönemde kısa süreli çevresel desteğin annesi olumlu olarak etkilemesine bağlamıştır. Ancak anne ve bebeğe aile büyüklerinin uzun süreli olarak bakması durumunda aile içi problemlerin arttığını belirtmiştir. ⁵⁰ Benzer şekilde Türkiye'de de geniş aile tipi olan ailelerde birlikte yaşam ömür boyu sürebilmekte bunun sonucunda da aile büyüklerinin müdahalesi hem anne babaya hem de bebeğin büyütülmesi ile ilgili olarak devam edebilmektedir. Bu durumda bazen anne ve babanın çocuk büyütme şekilleri karışabilmekte bu da rol karmaşasına neden olabilmektedir. Ayrıca anne ve babanın ayrı bir aile olamaması, alınan kararlarda hep aile büyüklerinin kararlarının alınması DSD riskini artırıyor olabilir.

Bu çalışmada, lojistik regresyon modeli ile yapılan ileri analizlerde aile içi stres yaratan olaylar yaşamının 2,67 kat doğum sonrası depresyon riski yaşama olasılığını artırdığı tespit edilmiştir. Ülkemizde bu bulguya benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Hong Kong'da yapılan çalışmada annenin evde tek başına kalması ve yalnız çocuğa bakması, toplumun "iyi anne" olma baskısı nedeniyle çocuk bakımına yönelik stresini anlamlı derecede yükselttiği tespit edilmiştir. Bunun da DSD olasılığını arttırdığı bildirilmiştir ⁴⁵. Kadının annelik rolü, herhangi gelir getiren bir işte çalışmaması ve çocuk bakımında eş desteğini alamıyor olması stres yaşamasına, bu da doğum sonrası dönemde depresyon yaşamasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada, evliliklerinde sorun olanlarda DSD riski yaşama olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Hindistan, Avustralya, İngiltere gibi çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda ailevi sorunları olan, eşi ile problemler yaşayan kadınların daha fazla DSD riski taşıdığı bildirilmektedir ^{11,32,51,52}. Zambrana ve ark. çalışmalarında kadınların evliliklerinde eşleriyle çatışma olduğu durumlarda ve eş desteği görmediklerinde DSD'un ve madde kullanımlarının arttığını bulmuşlardır ⁵³.

Bu çalışmada eş şiddetinin DSD riski yaşama olasılığını artırdığı tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda bu bulguyu destekler nitelikte bir bulguya rastlanılmamıştır. Eş şiddetinin DSD'u arttırması beklendiği bir bulgudur. Kadının kendini değersiz hissetmesine, benlik saygısının düşmesine neden olabilecek bu durum, kadının çocuk bakımını da olumsuz olarak etkileyecektir. Bir çalışmada, eş tarafından şiddet uygulanıyorsa DSD riskinin üç kata varan oranlarda arttığından bahsedilmektedir ⁵⁴. Records ve Rice fiziksel ve seksüel kötüye kullanımı olan ve olmayan 28 kadın üzerinde doğum sonrası depresyonun görülme sıklığını karşılaştırdıkları bir çalışmada herhangi bir farklılık bulmamışlar, bunun nedenini örneklem grubunun küçüklüğüne bağlamışlardır ⁵⁵.

Bu çalışmada, istenen bebek olmamasının DSD yaşama olasılığını arttırdığı tespit edilmiştir.

Geleneksel yapıya sahip ve hala cinsiyet kimliğinin önemli olduğu ülkemizde bu bulgu beklendik bir bulgudur. Literatürde, araştırmamızı destekleyen bulguların yanısıra tam tersi bulgulara da rastlanmıştır. İstenmeyen gebelikler Türkiye'de önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalar her 100 gebeliğin 11,3'ünün isteyerek düşük ile sonuçlandığını göstermektedir⁵⁶. Türkiye de, Edirne ilinde yapılmış bir araştırmada, istenmeyen gebeliklerde DSD'nun 2,84 kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Edirne'de yapılmış olan çalışmada kız çocuk dünyaya gelmesinin DSD riskini 2,18 kat arttırdığı saptanmıştır¹². 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 bahsedilmektedir⁵⁴. Bir başka çalışmada yine kız bebek doğduğunda, DSD riskinin 2,6 kat arttığı bildirilmektedir⁵⁷. Çin ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda da bebeğin cinsiyeti ile DSD arasında ilişki olduğu görülmüştür.⁵⁸ Bu bulguların aksine, Wang ve ark. yaptıkları çalışmada çocuğun cinsiyetinin DSD görülme sıklığını etkilemediğini bulmuşlardır⁴⁴. Ayvaz ve ark. Trabzon ilindeki yaptıkları çalışmada da benzer şekilde bebeğin cinsiyetinin DSD'u etkilemediğini bulmuşlardır⁴¹.

Bu çalışmada lojistik regresyon modeli ile yapılan ileri analizlerde gebelik öncesi ruhsal problemlerin olmasının doğum sonrası depresyon olasılığını 9,86 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Daha önce bir depresyonun geçirilmiş olması, hormonal dengesizliklerin olduğu bu dönemde anneye çocuk bakımı ile ilgili artan sorumluluk rollerinin yüklenmiş olması, aynı zamanda annedeki çok fazla beklentinin olması bu yakınlığı tetikleyebilmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada, doğum öncesi dönemde depresyonu olan kadınların doğum sonrası dönemde de depresyon yaşadığı tespit edilmiştir⁵⁹. Fransa'da yapılmış bir çalışmada doğum öncesi dönemde anksiyete bozuklukları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin 2,7 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir⁵¹. Doğum öncesi dönemde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalığı olanların DSD için riskli grup olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir^{58,60}. Literatürde önceki doğumda depresyon hikayesinin olması DSD riskini arttıran etmenler arasında yer almaktadır⁶¹⁻⁶³. Portekiz'de yapılan bir çalışmada, annede depresyon öyküsü olması doğum sonrası depresyonu için en önemli risk etmenlerinden biri olarak değerlendirilmiştir⁶⁴. Annenin özgeçmişinde depresyon öyküsünün olması diğer çalışmalarda da öncelikli risk etmeni olarak gözlenmiştir^{65,66}. Başka bir çalışmada, önceden doğum sonrası depresyonla birlikte son gebeliğinde de depresyon geçirmesi, önemli risk etmeni olarak bulunmuştur⁶⁷. Hong Kong'da yapılan çalışmada doğum öncesi depresyon varlığının DSD olasılığını önemli derecede artırdığı bildirilmektedir⁴⁵. Aynı

şekilde birçok çalışmada da doğum öncesi stres ve depresyon doğum sonu depresyonun önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmiştir⁶⁸⁻⁷¹. Buna karşın Wang ve ark. yaptıkları çalışmada kadının depresyon hikâyesinin DSD görülme sıklığını etkilemediğini bulmuşlardır⁴⁴.

Bu çalışmada, lojistik regresyon modeli ile yapılan ileri analizlerde kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olmasının doğum sonrası depresyon olasılığını 4,65 kat arttırdığı bulunmuştur. Bu beklendik bir bulgudur. Sosyal destek yaşanan sorunların ve problemlerin paylaşımında önemli bir etkidir. Bireyler herhangi bir problemle karşılaştıkları zaman profesyonel olmayan yardım kaynaklarına başvururlar ki, bunlar da birinci derece akrabalar, eş ve yakın arkadaşlardır. Bu bulguyu destekler şekilde, Leung ve ark. yaptıkları çalışmada doğumdan sonraki her türlü desteğin (eş, aile, bilgi v.b.) DSD görülme olasılığını azalttığını tespit etmişlerdir⁴⁵. Roux ve ark. doğum sonrası depresyon ile ilgili olarak boylamsal olarak yaptıkları bir çalışmada, kadınların evlilik problemleri yaşamalarının doğum sonrası depresyon için bir risk oluşturduğu tespit edilmiştir⁷². Small ve ark. Avustralya'ya göç eden Filipinli, Türk ve Vietnamlı kadınlarda DSD riskini, buldukları yerde akrabaların olmamasının ve kadınların güvenebilecekleri bir arkadaşlarının olmamasının arttırdığını bulmuşlardır⁴⁸. Hung 861 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınların ailelerinden yada eşinin ailesinden doğumdan sonraki bir ay içinde sosyal destek almalarının doğum sonrası stresi yatıştırdığını ve sağlık durumunu olumlu yönde etkilediğini bulmuştur⁵⁰. Martinez-Schallmoser ve ark. Meksika kökenli Amerikalı kadınlarda doğum sonrası depresyondaki kültürleşme ve sosyal desteğin etkisini araştırdıkları çalışmalarında sosyal desteği yeterli olan kadınların DSD oranlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır⁷³. Danacı ve ark. benzer şekilde kadının eşi ve eşinin ailesi ile ilişkilerinin kötü olmasının DSD riskini artırdığını bulmuşlardır¹¹.

Bu çalışmada, genel sağlık durumunun kötü olması DSD yaşama olasılığı arttırmaktadır. Ülkemizde DSD ile ilgili olarak yapılmış araştırmalarda bu bulgu ile ilgili bir araştırma sonucuna rastlanmamıştır. Ancak annenin kendi sağlığını kötü olarak algılaması bebeğe vereceği bakımı olumsuz olarak etkileyebilecek, annelik ve eş görevlerini tam olarak yapamadığını düşünmesine neden olabilecek bu da DSD riskini artırabilecektir. Yapılan çalışmalar annenin genel sağlık durumunun kötü olmasının doğum sonrası depresyonu artırdığı yönündedir^{46,50,73}.

Sonuç olarak, DSD için risk etmenlerinin belirlenerek buna göre erken girişimlerin yapılması anne bebek sağlığı açısından önemlidir. Gelişmekte olan ülkelerde diğer sağlık sorunlarına daha fazla önem verildiğinden DSD ihmal edilmektedir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde

gerçekleştirilen gebe takibi ve doğum sonrası izlemlerin ebeler tarafından evlerde verildiği Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde EDSDÖ gibi basit tarama araçlarını kullanarak, DSD riski altında olan kadınların tanımlanması son derece önemlidir.

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 ayrıntılı psikiyatrik muayeneler yapılmadan, sadece ölçekler verilerek DSD riski altında olan kadınların belirlenmeye çalışılması da bu çalışmanın diğer önemli kısıtlılıklarından biridir.

Ancak çalışmanın Aydın İlinde yapılmış ilk toplum tabanlı çalışma olması, araştırma sonuçlarının birinci basamak sağlık personeli ile paylaşılmasının planlanması ve böylelikle kullanılan ölçeğin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesinin düşünülmesi, ayrıca ülkemizde yapılmış diğer çalışmalara kıyasla DSD'ü etkilemesi muhtemel tüm risk faktörlerinin sorgulanmış olması nedeniyle önemli olduğu ve konuya ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kemp B, Bongartz K, Rath W. Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem? *Geburtshilfe Neonatol* 2003;207:159-65.
2. Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum* 2004;3:14-24.
3. Heh S, Fu Y. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *J Adv Nurs* 2003; 42(1):30-6.
4. Dennis CLE. Preventing postpartum depression part I: A review of biological interventions. *Can J Psychiatry* 2004; 49:467-75.
5. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43.
6. Evcimen YA, Sudak DM. Postpartum depression. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2003;10(5). 210-9.
7. Huang YC, Mathers N. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 2000;33:27987.
8. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 2002;7:378-82.
9. Whitton A, Warner R, Appleby L. Brief report: The pathway to care in postnatal depression: women's attitudes to postnatal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996;46:427-8.
10. Tammentie T, Tarkka MT, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Family dynamics and postnatal depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(2):141-9.
11. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11: 204-11.
12. Ekuklu G, Tokuc B, Eskioçak M, Berberoğlu U, Saltık A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49:908-14.
13. Buğdaycı R, Şasmaz CT, Tezcan H, Kurt AO, Oner S. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health* 2004;13:63-8.
14. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:58-67.
15. Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and Mainland China. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1407-12.
16. Viinamaki H, Niskanen L, Pesonen P, Saarikoski S. Evolution of postpartum mental health. *J Psychosom Obstet.Gynecol* 1997;18:213-9.
17. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999; 26:3.
18. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM. Cultural elements of postpartum depression: A study of 327 Jewish Jerusalem Women. *J Reprod Med* 2000;45:2.
19. Downie J, Wynaden D, McGowan S, Juliff D, Axten C, Fitzpatrick L, et al. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to achieve best practice standards. *Nursing and Health Sciences* 2003;5:283-7.
20. Davies BR, Howels S, Jenkins M. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. *J Adv Nurs* 2003;44:248-55.
21. Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, 23-28 Eylül 2002: 858-61.
22. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11 Erişim tarihi: 09.01.2009.
23. <http://www.aydinsaglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 09.01.2009.
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
25. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1996: 51-2.
26. Procidano ME, Heler K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983;11:1-24.
27. Eskin M. Reliability of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behaviour and suicide probability scale. *J Clin Psychol* 1993;49:515-22.
28. Goldberg DP, Williams P. A users guide to the general health questionnaire. Windsor, NFER/Nelson, 1988.
29. Kılıç C. Genel sağlık anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7:3-9.
30. Nahas VL, Hillege S, Amasheh N. Postpartum depression: The lived experiences of middle eastern

- migrant women in Australia. *J Nurse Midwifery* 1999;44:65-74
31. Rodrigues M, Patel V, Jaswal S, de Souza N. Listening to mothers: Qualitative studies on motherhood and depression from Goa. *India Soc Sci Med* 2003; 57: 1797-806.
 32. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria Australia. *Ethn Health* 2003;8:189-206.
 33. Heilemann MV, Coffey-Love M, Frutos L. Perceived reasons for depression among low income women of Mexican descent. *Arch Psychiatr Nurs* 2004;18:185-92.
 34. Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Brief report: Screening for postnatal depression Validation of the Norwegian version of the Edinburg Postnatal Depression Scale and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76:151-6.
 35. Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburg Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry* 2004;49:51-4.
 36. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract* 2001;50:117-22.
 37. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:62-6.
 38. Beeghly M, Olson KL, Weinberg MK, Pierre SC, Downey N, Tronick EZ. Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in Black mothers during the first 18 months postpartum. *Matern Child Health* 2003;7:157-68.
 39. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R. Prevalence of postpartum depression in a native american population. *Matern Child Health* 2005;9:21-5.
 40. Onazawa K, Kumar RC, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Arch Women Ment Health* 2003;6:51-5.
 41. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17: 243-51.
 42. Richman JA, Raskin VD, Gaines C. Gender roles, social support and postpartum depressive symptomatology, the benefits of caring. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:139-47.
 43. Irfan N, Badar A. Determinants and pattern of postpartum psychological disorders in hazara division of Pakistan. *J Ayup Med Coll Abbottabad* 2003;15:19-23.
 44. Wang SY, Chen CH, Chin CC, Lee SL. Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth* 2005;32:1.
 45. Leung SSK, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005;28:27-38.
 46. Hung CH. Predictors of postpartum women's health status. *J Nurs Scholarsh* 2004;36: 345-51.
 47. Logsdon MC, Birkimer JC, Usui WM. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2000; 25:262-6
 48. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26: 55-9.
 49. Small R, Lumley J, Yelland J. Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia. *Ethn Health* 2003;8:189-206.
 50. Hung CH. Women's postpartum stress, social support, and health status. *West J Nurs Res* 2005;27:148-59.
 51. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004;19:459-63.
 52. Templeton L, Velleman R, Persaud A, Milner P. The experiences of postnatal depression in women black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK. *Ethn Health* 2003; 8:207-21.
 53. Zambrana R, Scrimshaw S, Collins N, Dunkel-Schetter C. Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: The role of acculturation. *Am J Public Health* 1997;87:1022-6.
 54. Patel W, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002;159:43-7.
 55. Records K, Rice MJ. A comparative study of postpartum depression in abused and nonabused women. *Arch Psychiatr Nurs* 2005;19:281-90.
 56. Tezcan, S, Bozbeyoğlu AC. Düşükler ve ölü doğumlar. Hacettepe University Institute of Population Statistics, Turkish Demographic and Health Survey, Ankara, Turkey, 2003: 81-9.
 57. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *Br J Psychiatry* 2002;181:499-504.
 58. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26: 289-95.
 59. Martinez-Schallmoser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs* 2003;14:329-38.
 60. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol* 1990;46: 588-92.
 61. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
 62. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-2-85.
 63. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Meredith G, Haris MG, Boyce PM. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:69-74.
 64. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and

- men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *Br J Psychiatry* 1996;169:30-5.
65. Kumar R, Robson KM. A perspective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
 66. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silve PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994; 38: 620-4.
 67. Unterman RR, Posner NA, Williams KN. Postpartum depressive disorders: changing trends. *Birth* 1990;17:131-7.
 68. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord* 1997;46:39-49.
 69. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: Prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatr* 1997;171:65-8.
 70. Logsdon MC, McBride, AB, Birkmer JC. Social support and postpartum depression. *Res Nurs Health* 1994;17:449-57.
 71. Se'guin L, Potvin L, Denis M, Loiselle J. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: A longitudinal study. *Women Health* 1999;29:57-72.
 72. Roux G, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: A longitudinal study. *J Perinat Educ* 2002;11:25-36.
 73. Martinez-Schallmoser L, Tellen S, Macmullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs* 2003;14:329-38.

YAZIŞMA ADRESİ

*Yrd. Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık
Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği, AYDIN,
TÜRKİYE*

E-Posta : *hulyaars@yahoo.com*

Geliş Tarihi : *19.01.2009*

Kabul Tarihi : *08.05.2009*