

Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri

- Prof.Dr. Hediye ARSLAN*
- Arş.Gör. Özlem Can GÜRKAN*
- Arş.Gör. Zübeyde EKŞİ*
- Öğr.Gör. Dr. Feride Engin YİĞİT*

Özet

Çalışma kadınların doğum sonrası depresyon ve umutsuzluk yaşama düzeylerini belirlemek ve depresyonun annelik yaşamına etkilerini tanımlamak amacıyla prospektif olarak, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum sonrası servisinde yapılmıştır.

1 Şubat-31 Mayıs 2002 tarihleri arasında belirlenmiş hastanede canlı doğum yapan ve amaç açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı isteyen toplam 173 kadın örneklem grubuna alınmıştır.

Katılımcılara doğum sonrası 3. gün Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formu uygulanmıştır. Anket formu kadının demografik, obstetrik özellikleri ile doğum sonrası depresyon puanlarını etkileyebileceği düşünülen soruları içerir. Elde edilen veriler değerlendirildikten sonra doğum sonrası 4. ayda Beck depresyon ölçek puanı 20 üzerinde olan toplam 8 kadınla telefonla görüşülmüş ve kadınların bu süre içinde yaşadıkları sorgulanmıştır.

Katılımcılarımızın %15,7'sinin (n=27) doğum sonrası depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Depresyon puanları yüksek olan annelerin doğumdan sonraki süreçte depresyon belirtileri gösterdiği ve annelik deneyiminin olumsuz yönde etkilendiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler; Doğum sonrası depresyon, annelik deneyimi

Abstract

In order to determine the level of postpartum depression, the experience of hopelessness following child birth, and the effect of depression on motherhood this prospective study was undertaken in the postpartum services of Zeynep Kamil Women and Child Hospital.

After the aim of the study was informed to all volunteers, 173 postpartum women, who gave live birth in the same hospital during the period of February 01 2002 - May 31 2002 participated in the research study.

On the third day following childbirth, Beck's depression scale, Beck's hopelessness scale and a questionnaire, consisting of demographic, obstetrical features and factors associated with postpartum depression were applied each participant. After the initial data was evaluated, 8 women with Beck's depression scale score above 20 were interviewed by telephone and were asked for the events that they had experienced in the 4 th month of postpartum period.

Of 15.7 % participants (n=27) had higher depression scores after birth. It has been observed that mother ship experience was adversely affected and prolonged findings of depression were seen in mothers with high depression scores.

Key words: Postpartum depression, maternity experience

*Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Giriş

Gebelik, kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Gebelik döneminde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişimler kadının ruhsal alanına yansır. Bu nedenle gebelik fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadında stres yaşatan bir durum olabilmekte ve kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (1-4).

Doğum sonrası dönemde annelik hüznü, depresyon ve psikoz şeklinde psikolojik bozukluklar görülebilir. Özellikle doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki ilk 1 yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilen, bütün annelerin %10-15'ini etkileyen, aylar ve hatta yıllar sürebilen ve ilk olarak 1968'de Pit tarafından bir sendrom olarak tanımlanmış bir olgudur (3,5-8). Ancak günümüzdeki çalışmalar doğum sonrası depresyon ile diğer zamanlardaki depresyon arasında bir kategori farklılığı olmadığını bildirmektedir (4).

Uykusuzluk, yorgunluk, dikkat azlığı, bazen gereksiz neşe ve ağlama nöbetleri gibi annelik hüznü sırasında görülebilen bulgulara ek olarak doğum sonrası depresyonda isteksizlik, iştah değişiklikleri, aşırı endişe, sıkıntı, çevreye ilgisizlik, bebekle ilgili aşırı kaygı ya da bebeğe karşı ilgisizlik gibi klinik belirtiler görülebilir (1,2,9).

Yaşanan bu durumdan anne, çocukları ve dolayısıyla aile etkilenir. Sorunun yaşandığı ailelerde çocuğun istenmemesi, ailenin dağılması, kişinin kendine zarar vermesi gibi sonuçlarla karşılaşılabilir (3-6). Böyle ailelerde doğan çocuklarda uzun vadede bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişim olumsuz etkilenir. Dural'ın çalışmasında doğum sonrası psikiyatrik bozukluğu olan kadınların çocuklarında değişik davranış sorunları olduğu gözlenmiştir (8).

Beck 1992'de yaptığı çalışmada, doğum sonrası depresyonu hazırlayan faktörleri gebelik sırasında gözlenen depresyon, kadının diğer doğumlarındaki depresyon hikayesi, sosyal desteğin yokluğu, yaşam stresi, çocuk bakma stresi, annelik hüznü yaşama, başarısız evlilik ve doğum öncesi anksiyete olmak üzere 8 faktör şeklinde tanımlamıştır. Günümüzde yapılan meta analizlerinde doğum sonrası depresyon ile kötü evlilik ilişkisi, yaşam stresi ve gebelik sırasındaki depresyon arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (10).

Watt ve arkadaşları (2002) depresyon puanı yüksek olan kadınlarda, depresyon puanları ile kadının sağlık karakteristikleri (yaş, kronik sağlık probleminin varlığı) ve sosyal çevre özellikleri (kültürel geçmiş, evde konuşulan dil, güvenli destek ve çocuk doktoruna danışma, taburculuk eğitimi alma gibi bakım verme tecrübeleri) arasında ilişki belirlemişlerdir (3).

Watson ve arkadaşları kadınların %23'ünde doğum sonrası depresyon görüldüğünü, bunun gebelik sırasında ortaya çıktığını ve bu durumun gebelik sırasındaki depresyon puanları, antenatal kliniklerdeki bakımın kötü olması, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum eylemi ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (4). Antenatal bakım alan ve almayan kadınlarda, antenatal bakım alanların alanlara göre daha fazla duygusal stres yaşadıkları belirlenmiştir (11).

Elliott ve arkadaşları (1988) antenatal kliniklerde yaptıkları çalışmalarında; hastalara antenatal vizitler, aylık destek grup toplantıları ve doğum sonrası depresyon eğitimi içeren antenatal bakım uygulamışlar ve çalışma sonucunda antenatal bakım alan grupta doğumdan sonraki 3 ay boyunca daha az depresyon görüldüğünü bulmuşlardır (12).

Doğum yapmış kadınlarda, yaşanan stresin yoğunluğunu etkileyen faktörlerden biri de bebekle ilgili sorunlardır. Bebekte hiperbilirubinemi,

mizaç bozukluğu veya anomali varlığı gebelik ve doğum sonrası dönemde anneyi olumsuz etkileyen durumlardır (7,8). Ayrıca, kadınlar hem kendilerinin, hem de bebeklerinin sağlığından aşırı endişe ediyorlarsa, sağlık personelleri bu kadınlarda doğum sonrası depresyondan şüphe etmelidirler (3).

Özetle doğum sonrası depresyonu etkileyen birçok faktör vardır ve problem erken tanımlanmalıdır. Tanı ve tedavideki gecikme sonucu hem annenin hem de bebeğin bakımında sorunlar yaşanmasına neden olur. Bazen bebeğin hem fiziksel, hem de bilişsel gelişiminde gecikmeye yol açar (3).

Watt ve arkadaşları çalışmalarında (2002), depresyon puanı yüksek olan kadınların taburcu olurken bir hekim tarafından değerlendirilmelerine karşın hiçbirinde doğum sonrası depresyondan şüphelenilmediğini belirtmişlerdir (3).

Doğum sonrası depresyon hekimlerin, hemşire / ebelerin, ev ziyaretleri yapan sağlık personelinin ilgilenmesi gereken bir konudur (4). Gebelik sırasında yaşanan depresyonu tanımlamak da, doğum sonrası depresyon oluşumunu azaltan ve erken tedavi edilmesini sağlayan önemli bir yaklaşımdır. Doğum sonrası depresyonu erken tanılamada kullanılan farklı ölçme araçları mevcuttur. Bunlardan biri de Beck depresyon ölçeğidir (10,13,14).

Çalışmamız kadınların doğum sonrası depresyon ve umutsuzluk yaşama düzeylerini belirlemek ve depresyonun annelik yaşamına etkilerini tanımlamak amacıyla prospektif olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kalitatif tipteki çalışmamız, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin doğum sonrası servisinde 1 Şubat-31 Mayıs 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın ilk adımında, doğum sonrası 3. gününde olan ve çalışmaya katılmayı isteyen 173 hastaya, demografik, obstetrik ve depresyonla ilişkili faktörleri içeren bir anket formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) dolduruldu.

BDÖ'den alınan puanlar değerlendirildi. BDÖ'den 20 ve üzerinde puan alan hastalara bir psikiyatrist ya da psikologla görüşmeleri ve yardım almaları önerildi. Ancak hastalardan hiçbirinin psikiyatrist ya da psikolog yardımı almaması, çalışmamızı olumlu ya da olumsuz etkilemedi.

Çalışmanın ikinci adımında ise BDÖ'den 20 ve üzerinde puan alan hastalar ile doğum sonrası 4. ayda telefonla görüşerek bilgi alındı. Telefon görüşmeleri araştırmacılar tarafından gerçekleştirildi ve telefon görüşmeleri sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanıldı. Yarı yapılandırılmış görüşme formları, kadının kendisini nasıl hissettiği, bebeği, çevresi ve ailesi ile olan ilişkilerini değerlendiren soruları içermekteydi.

Araştırmamızda kullanılan, Beck Depresyon Ölçeği, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak ölçmeyi amaçlayan ve bireylerin tek başlarına doldurabilecekleri 21 maddelik bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde Tegin tarafından 1980 yılında yapılan ölçekten 0-63 arasında değişen puanlar alınır. Tegin (1980) BDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında güvenilirlik katsayısı olan Chonbach's Alpha'yı 0.61 olarak belirlemiş ve ölçekten alınan toplam puanın artması ile depresyon düzeyinin artacağına belirlemiştir (15).

Bizim çalışmamızda ölçeğin güvenilirlik katsayısı (Chonbach's Alpha) 0.90 bulunmuştur. Çalışmamızda Tekin ve arkadaşlarının (1996) çalışmalarında kabul ettikleri 20 puan ve üzeri değer kesme noktası alınmış ve 20 puan ve üzerinde alan hastaların depresyon puanları yüksek olarak kabul edilmiştir(2).

Tablo 1: Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçek Puan Ortalamaları

OBSTETRİK ÖZELLİKLER	X ± SD
Evlilik süresi	5.15 ± 4.6 yıl
Gebelik sayısı	2.4 ± 2.05
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.7 ± 1.08
N=173	

Çalışmamızda kullandığımız bir diğer ölçme aracı olan Beck umutsuzluk ölçeği, geçerliliği ve güvenilirliği Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından yapılan, kişinin kendi kendine puanlaması için uygun, 20 maddelik bir ölçektir. Kişinin gelecekle ilgili kişisel düşünce ve inançlarını değerlendiren ve intihar olgusunun güçlü bir göstergesi olan bu ölçeğin toplam puanları 0-20 arasında değişir ve ölçekten alınan puanın yüksek olması umutsuzluk

düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (15).

Seber (1991) çalışmasında, ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Chonbach's Alpha'yı 0.86 bulmuştur (15). Bizim çalışmamızda BUÖ'nin güvenilirlik katsayısı 0.72 bulunmuştur.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi yüzdellik, Ki-kare testi, t testi ve Pearson korelasyon testleri ile yapılmıştır. Doğum sonrası 4. ayda telefonla görüşülerek toplanan veriler ise kalitatif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızdan elde edilen veriler değerlendirildiğinde, olguların yaş ortalamalarının 25 ± 5.02 yıl olduğu, katılımcıların %60'ının ilkökul mezunu olduğu ve %91,9'unun çalışmadığı, eşlerindeki işsizlik oranının ise %12.1 olduğu belirlendi.

Olguların obstetrik özellikleri incelendiğinde, ortalama evlilik süresi 5.15 ± 4.6 yıl, gebelik sayısı 2.4 ± 2.05, yaşayan çocuk sayısı 1.7 ± 1 olarak belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2: Olguların Şimdiki Doğumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER		N=173	%
Gebeliği İsteme	İsteyen	125	72.3
	İstemeyen	48	27.7
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun olma	Olan	164	94.8
	Olmayan	9	5.2
Gebelikte Sorun Yaşama	Yaşayan	40	33.1
	Yaşamayan	133	76.9
Gebelik Süresince Destek Alma	Alan	148	85.5
	Almayan	25	14.5
Geçmişte psikolojik bir sorun yaşama	Yaşayan	16	9.8
	Yaşamayan	157	90.2
Doğum Şekli	Normal Spontan Doğum	125	72.3
	Sectio Sezeryan	48	27.7

Kadınların %15.7'sinin (n=27) depresyon puanları yüksek olarak belirlendi.

Katılımcılarımızın % 72.3'ünün isteyerek gebe kaldığı ve %94.8'inin bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğu, gebelikte sorun yaşama durumu incelendiğinde ise %23.1'inin sorun yaşadığı, geçmişte psikolojik bir sorun yaşama oranının ise %9.8 olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Kadınların yaş ortalamaları, çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları, çocuk sayısı, gebeliği isteme durumu, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu ve doğum şekli ile depresyon puanlarının yüksek olması arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlendi.

Kadınların %15.7'sinin (n=27) depresyon puanları yüksek olarak belirlendi.

Olguların BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde aralarında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($r = 0.312$, $p < 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3: BDÖ ve BUÖ Puanları Arasındaki Korelasyon

	X ± SD	r ve p
BDÖ puan ortalaması	10.8 ± 9.8	r=0.312
BUÖ puan ortalaması	4.4 ± 3.3	p < 0.05

Çalışmamızda gelir düzeyindeki farklılıklar ve depresyon puanlarının yüksek olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi ($X^2 = 15.9$, $P=0$) (Tablo 4).

Tablo 4: Olguların gelir düzeyi ile depresyon puanları arasındaki ilişki

	İyi	GELİR DÜZEYİ		X ²	p
		Orta	Kötü		
Depresyon puanları					
Depresyon puanı düşük olanlar	28	102	16	15.9	
Depresyon puanı yüksek olanlar	5	11	11		p=0

Çalışmamızda, doğum öncesi destek alma ve depresyon puanının yüksek olması durumu arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($t=3.2$, $P<0.001$) (Tablo 5). Olguların % 85.5'inin gebelik sırasında eş, anne ve kayınvalide gibi yakınardan destek aldıkları gözlemlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 5: Doğum Öncesi Destek Alma Durumu İle BDÖ Puanı Arasındaki İlişki

	N	X ± SD	t ve p
Destek alanlarda BDÖ puan ortalaması	148	9.8 ± 8.06	t= 3.2
Destek alamayanlarda BDÖ puan ortalaması	25	16.6 ± 16.14	P < 0.001

Doğum sonrası dönemde BDÖ puanları yüksek olan 27 hastadan ulaşabildiğimiz 8 hasta ile yaptığımız telefon görüşmelerinde; 2 hastanın olumlu ve pozitif duygular yaşadığı, bebeği, eşi ve ailesi ile herhangi bir sorun yaşamadığı bebeğe ve doğum sonrası döneme uyum sağladığı gözlemlenmiştir.

Yapılan görüşmelerde diğer 6 hastada depresif belirtiler saptanmıştır. Hastalarla yapılan görüşme sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur.

Doğum sonrası depresyon puanlarındaki yüksekliğin, emzirme üzerindeki etkisini incelemek üzere hastalara "Bebeğinizi düzenli emziriyor musunuz?" diye soruldu. Altı hasta ile yapılan görüşmede, hastaların etkin emzirmeyi devam ettirmedikleri, sütlerinin yetersiz olduğu düşüncesiyle emzirmeyi kestikleri ya da ek gıdalara başladıkları belirlendi.

Görüşme yapılan hastalardan 4'ünün eşinin çalışmadığı ve ekonomik olarak başkalarına bağımlı oldukları bulundu.

Doğum sonrası olguların yaşadıkları fiziksel sorunlar sorgulandığında, kadınların en fazla dikişlerle ilgili sorunlar yaşadıkları ve bir kadının

Tablo 6: Depresyon Puanları Yüksek Olan Kadınların Bebek, Eş ve Ailesi ile İlgili Evde Yaşadığı Sorunların Dağılımı.

Bebeğimi kısa bir süre emzirdim, sonra sütüm kesildi şimdi ise ek gıdalar veriyorum (5)
Kendimi sıkıntılı hissettim ve bebeği kabullenmem zor oldu (1)
Bebek bakımı ile ilgili zorluklar yaşıyorum bazen korkuyorum (1)
Bebek çok yaramaz ve onunla sürekli ilgilenmek zorundayım (1)
Eşimle bir takım nedenlerle (iş, askerlik vb.) bir süredir ayrıyız (3)
Eşim çalışmıyor ve bize başkaları ekonomik olarak yardımcı oluyor (4)
Eşimin ailesi ve kendi ailemle ilgili ciddi sıkıntılarımız var (2)
Doğumdan sonra kontrole hiç gitmedim (4)
Dikişlerim iltihaplandı ve akıntı oldu ama kendiliğinden geçti (6)
Cinsel ilişki sırasında ağrı duyuyorum (1)
Doğumdan sonra kendimi çok mutsuz hissediyorum (2)
Bir kez kendimi öldürmeye çalıştım ancak bebeğimi düşünüp vazgeçtim (1)
Uyku düzensizliği yaşıyorum (5)
Can sıkıntısı ve yalnızlık hissediyorum (4)
Çok duygusalım (1)
Sürekli halsizlik hissediyorum (1)
Sürekli ağlamak istiyorum, ağlama krizlerim oluyor (1)
İştahsızlık yaşıyorum (2)
Çok hızlı kilo kaybettim (2)
Çocuklarım yüzünden kendime vakit ayıramıyorum ve bu bana sıkıntı veriyor (3)
() içindeki rakamlar aldığımız cevap sayısını yansıtmaktadır.

cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğu belirlendi. Kadınlar fiziksel olarak sorun yaşamalarına rağmen doktora başvurmamış ve sorunun kendiliğinden ortadan kalkmasını beklemişlerdir.

Hastaların hissettikleri duygular sorgulandığında; yalnızlık, dalgınlık, halsizlik, sürekli ağlama hissi, mutsuzluk, intihar düşüncesi, uykusuzluk ve iştahta azalma/ artma şeklinde olumsuz duygular ifade ettikleri belirlenmiştir. Yalnızca bir hasta doğumdan sonra kendini öldürmeye kalkıştığını ancak bebeğini düşünerek vazgeçtiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların ortalama 25 ± 5.02 yaşlarında evlendikleri, evlilik sürelerinin ise ortalama 5.15 ± 4.6 yıl olduğu belirlenmiştir. Grubumuzdaki kadınlarda evlilik sürelerinin az olması nedeniyle ortalama gebelik (2.4 ± 2.5) ve ortalama yaşayan çocuk sayıları da (1.7 ± 1) az bulunmuş-

tur. Ülkemizde evlilik süresinin artması ile paralel gebelik ve yaşayan çocuk sayısı da artmaktadır (16).

Kadınlarımızın gebelik (2.4 ± 2.5) ve çocuk sayılarının (1.7 ± 1) az olması, yaş ortalamalarının düşük (25 ± 5.02 yıl) ve evlilik sürelerinin (5.15 ± 4.6) kısa olması ile ilgili olabilir.

Kadının gebe kalma isteği onun gebeliğe hazır olduğu anlamına gelmez. Kadınların gebeliği arzulaması kadar, psikolojik ve fiziksel olarak da gebeliğe hazır olmaları gerekir. Her yönüyle gebeliğe hazırlanmış kadınların, gebeliğe ve anneliğe adaptasyonları daha kolay gerçekleşir ve kadınlar yaşadıkları durumdan keyif alırlar.

Gebeliklerinden memnun olan kadınlar genellikle, gebeliği doğal bir olay olarak görürler ve gebelikte olağan ruhsal değişikliklere daha kolay adapte olurlar (2).

Araştırdığımızda da isteyerek gebe kaima ve bebeğinin cinsiyetinden memnun olma durumları

yüksek bulunmuştur ve bulgularımız Tekin ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzerlik göstermektedir (2).

İsteyerek gebe kalma ve bebeğin cinsiyetinden memnun olma oranlarının çalışmamızda yüksek bulunmasının nedeni, katılımcıların çoğunlukla ilk gebeliklerini yaşamaları ve yaşayan çocuk sayılarının azlığı ile ilişkili olabilir.

İnandı ve arkadaşları çalışmalarında (2002), istenmeyen gebeliklerin ve bebeğin cinsiyetinden memnun olmamanın, depresyon riskini artırdığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda, gebeliği isteme ve bebeğin cinsiyetinden memnun olma oranı ile depresyon puanının yüksek olması arasında ilişki bulunamamıştır (17).

Günümüzde yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun sıklıkla gebelik öncesi yaşanan psikolojik bozuklukların devamı olduğu ve bu nedenle kadının duygusal durumunun doğum sonrası dönemde olduğu kadar, gebelik döneminde de değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (4).

Gebelik sırasında yaşanan ve bebeğin yaşamını tehdit eden sorunlar kadının daha fazla stres ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (4).

Çalışmamızda gebelik döneminde fiziksel ve psikolojik sorun yaşama oranının az olduğu ve doğum sonrası depresyon puanlarının yüksek olması ile herhangi bir ilişkisi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza kadınların gebelik ve doğum öncesindeki depresyon puanlarını bilmememize ve bu da çalışmamızın sınırlılıklarından biri olmasına rağmen, doğumdan sonraki depresyon puanlarını değerlendirdiğimizde, olgularımız %15.7'sinde BDÖ'den alınan puanların yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda da doğum sonrasında depresyon görülme sıklığının %10-15 oranında olması ve çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermesi, BDÖ'den yüksek puan almış olguların doğum sonrası depresyon

konusunda daha dikkatli değerlendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Watt ve arkadaşları doğum sonrası depresyon yaşayan kadınları incelediği çalışmasında, doğum yapan kadınların hastaneden taburcu olmadan önce mutlaka bir kadın doğum hekimi tarafından değerlendirildiğini ancak hiçbirine depresyon tanısı konulmamış olduğunu ve bu nedenle de hastaların hem medikal tedaviden hem de psikoterapiden yararlanamadıklarını belirlemiştir (3).

Çalışmamızda kadınların umutsuzluk düzeyleri de incelenmiştir. Çünkü umutsuzluk pek çok mental hastalığın oluşum nedenidir. Umutsuzluk depresyon, intihar düşüncesi ve kavrama yeteneği ile de güçlü bir ilişki içindedir (15).

Doğum sonrası depresyon kadınlarda, intihar girişimine kadar götürebilen sonuçlar yaratabilir (4). Depresyon puanı yüksek olan kadınlarda, umutsuzluk puanlarının da yüksek olması kadının yaşadığı durumun ciddiyetini anlamak ve önlem almak açısından önemlidir.

Çalışmamızda, depresyon puanları ile umutsuzluk puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu ve bunun da tahmin edilebilen bir durum olduğu gözlenmektedir. Bu sonuç depresyon puanları yüksek olan kadınlarda intihar düşüncesinin sorgulanması ve kadının daha yakından izlenmesi gerektiğinin göstergesidir. BDÖ'den yüksek puan alan hastalar, bir psikolog ya da psikiyatr tarafından depresyon açısından değerlendirilmelidir.

Doğum sonrası depresyonun oluşumunda sosyal ve ekonomik güçlüklerin önemli bir rol oynadığı çalışmaları ortaya çıkarılmıştır (3,5,8,18). Çalışmamızda da benzer olarak gelir düzeyi azaldıkça depresyon puanının arttığı görülmüştür. Çalışmamızda depresyon puanı yüksek olan 27 hastadan 11'inin düşük gelir düzeyine sahip olmaları bu durumu desteklemektedir.

Gelir düzeyinin azalması kişinin alım gücünü etkilemekte ve bu nedenle kadın, kendisi ve bebeği için gerekli olan temel ihtiyaçları sağlama da sıkıntı çekmektedir. Temel ihtiyaçlarını karşılama sıkıntısı yaşayan kadının stres düzeyi artmakta ve depresyon gelişebilmektedir.

Çalışmamızda ortaya çıkan diğer bir durum da doğum öncesi sosyal destek alma ile depresyon puanlarının yüksek olması arasındaki negatif yönlü korelasyondur. Literatürde de belirtildiği gibi gebelik, doğum ve emzirme sırasında kadının sahip olduğu sosyal desteğin yararlı sonuçları olduğu belirlenmiştir (3, 8,19). Türk toplumunda gebelik sırasında kadına ailesi, eşi ve yakınları tarafından verilen destek çok önemlidir. Gebe kadının bu dönemi özeldir ve herkes yardımcı olmaya çalışır. Çalışmamızda doğum öncesi destek alma oranı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. İnandı ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında da bizim bulgularımıza benzer şekilde, yeterli aile desteği olmayan kadınlarda doğum sonrası depresyonun önemli oranda arttığı belirlenmiştir (17).

Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınların neler yaşadığını anlamak önemlidir. Çünkü bu dönemde kadınlar aile ve çevrenin etkisi altında kalır. Telefon görüşmelerimizde yalnızca 2 hastanın olumlu ve pozitif duygular yaşadığı bebeği, eşi ve ailesi ile herhangi bir sorun yaşamadığı, bebeğe ve doğum sonrası döneme uyum sağladıkları gözlenmiştir.

Diğer 6 hasta ise en çok bebek emzirme konusunda sorun yaşamışlardır. Literatürde de belirtildiği gibi doğum sonrası duygusal problemleri olan annelerin bebekleri yalnız anne sütü ile beslenememektedir.

Doğum sonrası depresyon puanı yüksek olan kadınların, yorgunluk, idrar kaçırma, sırt ağrısı, cinsel problemler, sık öksürme, normalden daha fazla grip ya da soğuk algınlığı, bağırsak problemleri ve ilişkilerde zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (20).

Araştırmamızda kadınların en sık dikişlerde iltihaplanma ve akıntı gibi fiziksel sorunlar yaşadıkları ancak bu sorunlar nedeniyle doktora başvurmadıkları anlaşılmıştır. Bulgularımızla benzer olarak Watt ve arkadaşlarının 2002 yılındaki çalışmalarında, kadınların doğum sonrası mutlaka bir doktor ile iletişim kurdukları ancak sadece %10'unun kendi ihtiyaçları ile ilgili bilgi aldıkları bulunmuştur.

Hastaların doğum sonrası dönemde, sağlık sorunları yaşamalarına rağmen doktora başvuramaları, toplumumuzda kabul gören doğum sonrası dönemdeki iyileşmenin kendiliğinden gerçekleşeceği düşüncesi ve ekonomik sebeplerle ilişkilidir. Hastalarımızdan 4'ünün eşlerinin işsizliği nedeniyle ekonomik olarak başkalarına bağımlı olmaları görüşümüzü desteklemektedir.

Doğum sonrası depresyon tanısı alan kadınlar da ağlamaklı görünüm, umutsuzluk, karamsarlık, duygusal dalgalanmalar, suçluluk, uyku bozukluğu, iştahsızlık, çocuk bakımında yetersizlik hissi, konsantrasyon bozukluğu, bellek bozukluğu, yorgunluk gibi belirtiler gözlenir (8)

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızdaki kadınlarda da, uyku düzensizliği, can sıkıntısı ve yalnızlık, halsizlik, ağlamaklı olma, kendini mutsuz hissetme, iştahsızlık gibi depresif belirtilerin mevcut olduğu gözlenmiştir. Ancak kadınların hiç biri bunları sorun olarak görmemiş ve yönlendirilmelerine rağmen herhangi bir psikolog ya da psikiyatrdan yardım almamışlardır.

Kadınların kendi sorunları ile çok az düzeyde ilgilenmelerinin nedeni öz bakım davranışının gelişmemesi ve ilgisini bebeğine yoğunlaştırması olarak açıklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum sonrası dönemde BDÖ puanlarına göre; depresyon puanları yüksek olanlar (%15.7) azımsanmayacak derecededir. Kadının günlük aktivitelerini, bebeği ile iletişimini, aile içi ilişkilerini

etkileyen ve bazen kadının hem kendisine hem de bebeğine zarar vermesine neden olabilen bu durum hasta taburcu edilmeden önce mutlaka çeşitli ölçme araçları ile değerlendirilmelidir. Depresyonu tanılamayı amaçlayan ölçme araçlarından elde edilen puanlar yüksek ise hastalar bir uzman tarafından depresyon açısından değerlendirilmelidir.

Doğum sonrası dönemde kadınlar sadece fiziksel olarak değil mutlaka psikolojik açıdan da bir uzman tarafından değerlendirilmeli ve gerekiyorsa hastaya psikoterapi veya medikal tedavi önerilmelidir.

Doğum sonrası depresyon yaşadığı belirlenen hastalar, mutlaka evde bakım hemşireleri tarafından izlenmeli, anne emzirmeyi sürdürme ve öz bakım davranışları açısından desteklenmelidir. Gebelik sırasında yeterli sosyal desteği olmayan anneler için doğum sonrası destek grupları oluşturulmalı ve annelerin gruplara katılmaları sağlanmalıdır. Gelir düzeyi düşük olan anneler doğum sonrası yardım alabilecekleri kurumlara yönlendirilmelidir. Hastanın tanınması, tedavisi ve izlenmesinde önemli rolü olan hemşirelerin bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapmaları önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ekşi, A. 1999. **Ben Hasta Değilim**. Nobel Kitapevi, İstanbul.
2. Tekin, N., Ekizler, H., Engin, F. (1996) Yeni Doğan Sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. **Hemşirelik Bülteni**. 10 (39), 15-25.
3. Watt, S., Sward, W., Krueger, P., Sheedan, D. (2002) A cross-sectional study of early identification of postpartum depression. Implications for primary care providers from the Ontario mother & infant survey. **BMC Fam Pract**. 3(1): 5-10.
4. Evans J., Heron J., Framcomb H., O'Leary S., Golding J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ** 4: 323 (7307): 257-260.
5. Beck T, Gable R (2001), Comparative Analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. **Nursing research**; 50 (4): 242-249.
6. Fergenson S.S., Jamieson D.J., Lindsay M. (2002) Diagnosing Postpartum Depression: Can we do better? **Am J Obstet Gynecol**. 186. 899-902.
7. Cutrona C E, Troutman, B, R. (1986) Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A mediational model of postpartum depression. **Child development**, 57: 1507-1518.
8. Dural G, Kutlu, Y. (2003) Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. İ.Ü. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
9. Simpson K.R., Creehan P.A. (2001) **Perinatal Nursing Second Edition**, Philadelphia.
10. Beck, T., Reynolds, M., Rutowski, P. (1992) **Maternity Blues and postpartum Depression**. **JOGNN**; 21 (4): 287-293.
11. Burist, A., Westley D., Hill C. (1999) Antenatal prevention of postnatal depression. **Arch Womens Ment Health**. 1:167-173.
12. Elliott S A., Leverton T., Sanjack M., Turner H., Cowmeadow P, Hopkins J. (2000) Promoting Mental Health After Childbirth: A Controlled Trial of Primary Prevention Of Postnatal Depression. **BRJ Clin Psychol**. 39 (Pt 3), 223-41.
13. Righetti-Veltema M., Conner Perreard E., et al. (1998) Risk Factors and Predictive Signs Of Postpartum Depression. **J Affect Disorder** 49 (3), 167-80.
14. Ouedroogo A., Kere M., Lankoande J., et al. (1998) Screening of Postpartum Depressive States in The Yalgado Ouedraogo National Hospital Center Maternity Ward in Ouagadougou Burkina Faso. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**. 27 (6), 611-6.
15. Savaşır I., Şahin N. (1997) **Bilişsel - Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler**. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 9, Ankara.
16. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)** 1998. Ankara, Türkiye.
17. İnandı T., Elçi O.C., Ozturk A., Egri M., Polat A., Şahin TK. (2002) Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. **International Journal of Epidemiology** 31, 1201-1207.
18. Coşkun, A.; Üreme Psikozları. **Hemşirelik Bülteni**. 1 (3), 86-93, İst, 1984.
19. Morrell C J., Spiby H., Stewart P., Walters S., Morgan A. (2000) Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. **BMJ** 9- 321(7261), 593-598.
20. Brown, S., Lumbey, J. (2001) Physical Health Problems After Childbirth and Maternal Depression at Six to Seven Months Postpartum. **BJOG** October 2000., 107 (10):1194.

