

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE POSTPARTUM
DEPRESYON SIKLIĞININ BEBEKLERİN BESLENME VE
BÜYÜMESİ İLE İLİŞKİSİNİN LONGİTUDİNAL İNCELENMESİ**

Menekşe Nazlı ULUSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 09202045 proje numarası ile desteklenmiştir.

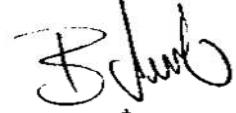
KONYA-2010

S. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Menekşe Nazlı ULUSOY tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak **oy birliği** /oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

S.Ü. Sağlık
Yüksekokulu
Hemşirelik
A.B.D.



İmza

Danışman: Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU

S.Ü. Selçuklu
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği
A.B.D.



İmza

Üye: Yrd.Doç.Dr. Emel EGE

S.Ü. Konya Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik A.B.D.



İmza

ONAY

Bu tez Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim

Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen danışmanım Doç. Dr. Kamile Marakoğlu'na, Yüksek lisans eğitimimde emeği olan ve araştırmamın planlanmasında görüşlerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Emel Ege ve Yrd. Doç Dr. Belgin Akın'a, yüksek lisans eğitimim boyunca beni maddi olarak destekleyen TÜBİTAK'a, tez projemde beni maddi olarak destekleyen Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne, veri toplama aşamasında beni destekleyen Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastanesi başhemşiresi Arzu Tanrıverdi ve doğum servisi hemşirelerine, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere, beni büyük özveri ile yetiştiren ve her zaman beni destekleyen aileme, anlayış ve hoşgörülerinden dolayı eşimin ailesine, üstün fedakarlığı için eşime, her zaman beni motive eden oğlum Alper'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Menekşe Nazlı ULUSOY

Konya 2010

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. POSTPARTUM HÜZÜN.....	3
1.1.1. Postpartum Hüznün Fizyopatolojisi	3
1.1.2. Postpartum Hüznün Belirtileri.....	3
1.1.3. Postpartum Hüznün Epidemiyolojisi.....	3
1.1.4. Postpartum Hüznün Tedavisi.....	4
1.2. POSTPARTUM DEPRESYON	5
1.2.1. Postpartum Depresyonun Tarihçesi.....	5
1.2.2. Postpartum Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri	5
Biyolojik faktörler	5
Obstetrik faktörler	8
Klinik faktörler	8
Diğer risk faktörleri	9
1.2.3. Postpartum Depresyonun Kliniği	9
1.2.4. Postpartum Depresyonu Tarama.....	12
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)	12
Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ)	13
Beck Depresyon Envanteri	14
1.2.5. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi	14
1.2.6. Postpartum Depresyonda Tedavi.....	14
Psikoterapötik tedavi	15
Farmakolojik tedavi	16
Elektrokonvulzif tedavi (EKT)	17

Hormonal tedavi	17
1.3. POSTPARTUM PSİKOZ.....	18
1.3.1. Postpartum Psikozda Fizyopatoloji	18
1.3.2. Postpartum Psikozun Belirtileri.....	18
1.3.3. Postpartum Psikozda Tanı	19
1.3.4. Postpartum Psikozun Epidemiyolojisi.....	19
1.3.5. Postpartum Psikozda Tedavi	19
1.4. POSTPARTUM DUYGU DURUM BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ	20
1.4.1. Postpartum Duygu Durum Bozukluklarında Hemşirelik Tanıları.....	20
1.5. BEBEK BÜYÜMESİ	22
1.5.1. Antropometrik Ölçüler.....	22
Ölçümlerin yapılması	23
Vücut ağırlığı	23
Boy uzunluğu	24
Baş çevresi	24
Göğüs çevresi	24
1.5.2. Büyümenin Değerlendirilmesi.....	25
1.6. BEBEK BESLENMESİ	27
Anne sütü ile beslenmenin on adımı.....	29
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
2.1. Araştırmanın Şekli.....	32
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
2.3. Araştırmanın Evreni	33
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	33
2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	34
2.6. Araştırma Soruları	34

2.7. Verilerin Toplanması ve Araçlar	34
2.7.1. Anne Tanıtım Formu	35
2.7.2. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ).....	35
2.7.3. Bebek Değerlendirme Formu	36
2.7.4. LATCH Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH).....	36
2.8. Veri Toplama Süreci.....	37
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	39
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
2.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3. BULGULAR.....	41
4. TARTIŞMA	62
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	81
6. ÖZET.....	84
7. SUMMARY	85
8. KAYNAKLAR	86
9. EKLER.....	91
EK. A: Veri Toplama Formu.....	91
EK. B: Etik Kurul Onayı	96
EK. C: Onam Formu.....	97
10. ÖZGEÇMİŞ	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

APB: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

ÇKS: Çocuk Kalp Sesi

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV. Versiyonu

DS: Doğum Sonrası

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDDÖ: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

GI: Glisemik İndeks

GY: Glisemik Yük

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması)

KMB: Karamanoğlu Mehmet Bey

LATCH: L (Latch on breast); bebeğin memeyi kavramasını,
A (Audible Swallowing); bebeğin yutma hareketinin görülmesi,
T (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,
C (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,
H (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardım

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

PPD: Postpartum Depresyon

SPSS: Scientific Packages for Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ

Sağlık kompleks bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı bir bireyde sadece hastalık olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Öz 2004). Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi nedeniyle de önemlidir.

Kadınlarda hayat boyunca majör depresyon görülme sıklığı %10-25 olup bu oran erkeklerden 1,5-3 kat daha fazladır (Yaman ve ark 2009). Ruhsal bozukluklarda cinsiyetler arasındaki bu farklılık biyolojik, psikososyal faktörlerle etkileşen fizyopatoloji ve etiyoloji farklılığından kaynaklanmaktadır (Kısa ve Yıldırım 2004). Erkeklerden farklı olarak kadınların üreme dönemlerinde (puberte, gebelik, doğum sonu dönem ve menapoz) biyolojik ve gelişimsel özelliklerinin tetiklemesi nedeniyle depresyon sık yaşanmaktadır (Kısa ve Yıldırım 2004, Ocaktan ve ark 2006).

Gebelik ve doğum, fizyolojik bir olgu olarak kabul edilse de gebelik esnasında ve doğum sonu dönemde anne sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmekte (Karaçam ve Taşkın 2004), kadınlarda depresyonun başlamasını tetikleyebilmektedir (Sevindik 2005). Postpartum dönem olarak adlandırılan doğum sonu dönem, doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranların doğumundan sonra başlar, bütün sistemlerin gebelik öncesi durumlarına döndükleri altı haftalık bir süreyi kapsar. Postpartum dönemde annede retrogressive ve progressive değişiklikler meydana gelir. Hızla meydana gelen bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik davranış değişiklikleri de gözlenir (Taşkın 2005).

Kadınların birçoğu gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere kolay uyum sağlar iken, bazı kadınlarda değişen şiddet düzeylerinde ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır (Gülseren 1999, Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Karaçam ve Taşkın 2004, Nur ve ark 2004, Sünter ve ark 2006). Postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (Kısa 2004). Postpartum ruhsal bozukluklar, prevalansı, klinik gidişi, yaklaşımı değişen üç şekilde görülmektedir; postpartum hüznün, postpartum depresyon ve postpartum psikoz (WHO 2008a, Marakoğlu ve ark 2009). Postpartum depresyon, Mental

Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-IV) göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik, gerekse psikotik olmayan major depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılırlar ve “doğum sonrası” olarak özgülleştirebilmek için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır (APB 1998). Postpartum depresyon; risklere duyarlı süt çocukluğu dönemine getirdiği yük, anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkilemesi ve uzun dönemde yarattığı ciddi sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır (Ocaktan ve ark 2006, Sabuncuoğlu, Berkem 2006).

Bu araştırma ile aile sağlığını önemli ölçüde etkileyen PPD'nin Karaman'da Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde doğum yapan kadınlarda doğum sonrası ilk 2 gün içerisinde, 1. ayda, 3. ayda, 6. ayda postpartum depresyon sıklığını tespit ederek, PPD'nin risk etmenlerini, PPD'nin bebek beslenmesi ve büyümesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.1. POSTPARTUM HÜZÜN

Postpartum hüzün (annelik hüznü, maternity blues, baby blues), postpartum ikinci ya da dördüncü günlerde ortaya çıkan, birkaç saatten iki haftaya kadar uzayabilen, geçici duygusal değişikliklerdir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Ling ve Duff 2001, Akridge 2004, Sinclair 2004, Gereklioğlu ve ark 2007, Kocabaşoğlu ve Başer 2008).

1.1.1. Postpartum Hüznün Fizyopatolojisi

Postpartum hüznün fizyopatolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Biyolojik faktörlerden östrojen ve progesteronun ani düşüşü ve yüksek prolaktin düzeyinin etkili olduğu düşünülmektedir (Kurt ve Kısa 2004, Gereklioğlu ve ark 2007). Uyku düzenindeki bozulmanın da etkili olabileceği düşünülmektedir (Deveci 2003). Ayrıca premenstruel disfori öyküsü olanlarda da sık görülmektedir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Deveci 2003).

1.1.2. Postpartum Hüznün Belirtileri

Postpartum hüzün; hüzün, anksiyete, öfke, baş ağrısı, unutkanlık, depersonalizasyon, ağlama, iştahsızlık, uyuyamama, konsantrasyon bozukluğu ve afektif labilite ile kendini belli etmektedir (Deveci 2003, Kurt ve Kısa 2004, Cunningham ve ark 2005, Taşkın 2005, Ayvaz ve ark 2006). Afektif labilite, bu kadınların yaşayabileceği değişken duygu durumunu yansıtır. Birkaç saat ağlamaklı olup sonra düzelebilmekte, bu durum sonraki günlerde de tekrarlayabilmektedir (Cunningham ve ark 2005).

1.1.3. Postpartum Hüznün Epidemiyolojisi

Postpartum hüznün görülme sıklığı, %50 ile %80 arasında değişmektedir (Ling ve Duff 2001, Deveci 2003, Bloch ve ark 2006, Leifer 2005, Taşkın 2005, Ayvaz ve ark 2006, Kocabaşoğlu ve Başer 2008). Görülme sıklığının değişken olması; tanı kriterleri konusunda klinisyenlerin ortak bir kararının olmaması ve

postpartum hüznün DSM IV'te tanı ve klinik olarak yer almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kurt ve Kısa 2004).

1.1.4. Postpartum Hüznün Tedavisi

Postpartum hüznün semptomları geçici ve hafif olduğu için çoğu zaman tedavi gerektirmemektedir. Semptomların görüldüğü dönemde hastaya destek sağlamak ve güven tazelemenin çoğunlukla yeterli olduğu düşünülmektedir (Deveci 2003, Leifer 2005, Gereklioğlu ve ark 2007). Ayrıca anne ile bebek arasında kurulacak fiziksel temas, hormon salınımını stimüle edecek, hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen fonksiyonlarının daha erken geri dönmesini sağlayacak, depresyonu önlemede etkili olabilecektir. Uyku düzeninde bozukluk varsa bu sorunun çözümünde destek olunması gerekmektedir (Sinclair 2004, Ayvaz ve ark 2006).

Doğum öncesinde gebelerde görülebilecek postpartum hüznün semptomları ve bu semptomların 7-10 günde özel tedavi gerektirmeden ortadan kalkacağı konusunda bilgi verilmelidir. Postpartum hüznün semptomları iki haftadan uzun sürerse PPD'ye dönüşebileceğinden kadınlar kliniğe başvurmaları konusunda uyarılmalıdır (Kurt ve Kısa 2004). Postpartum hüznün yaşayan annelerin %20'sinde bir yıl içinde majör depresyon gelişebileceğinden takip edilmelidir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Ling ve Duff 2001, Cunningham ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Gereklioğlu ve ark 2007, WHO 2008a).

1.2. POSTPARTUM DEPRESYON

Postpartum depresyon, postpartum dönemde başlayan psikotik olmayan depresif epizottur (Cox ve ark 1993). Postpartum depresyon, gebe iken annenin doğumdan sonra bebeği ile geçirme hayalini kurduğu değerli vaktini çalan tehlikeli bir hırsız olarak nitelendirilmektedir (Beck 1999). Doğum sonu depresyon, doğumun en yaygın komplikasyonlarından, kadınları ve ailelerini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Warner ve ark 1996).

1.2.1. Postpartum Depresyonun Tarihçesi

Doğum sonrası dönemin ruhsal bozukluklarla ilişkisi Hipokrat döneminden bu yana bilinmektedir (Miller 2002). Gebelik ve doğum sonrasında oluşan geçici fizyolojik değişikliklere bağlı psikiyatrik bozuklukların geliştiği ilk olarak 1858’de Victor Luis Marce tarafından ileri sürülmüştür (Kısa 2004).

1.2.2. Postpartum Depresyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri

Postpartum depresyonun nedeni tam olarak bilinmemekte, multifaktöriyel olarak açıklanmaktadır (Beck 1999).

Biyolojik faktörler

Depresyonda etkili olan biyojenik aminler; norepinefrin, serotonin, dopamin, asetilkolin, gaba, nöropeptidler, somatostatindir (Balcıoğlu 1999, Akkaya 2005). Depresyon oluşumunda beyindeki nörotransmitörlerden en çok serotoninin etkili olduğu düşünülmektedir (Balcıoğlu 1999, Akkaya 2005, Murakami ve ark 2008). Bunun yanında üreme süreci ile ilgili bazı faktörlerin depresyonun oluşmasında belirleyici olabilmektedirler:

Gebelik ve doğum esnasındaki hormonal değişiklikler, kadının psikolojik olarak savunmasız hale gelmesine neden olduğu düşünülmektedir (Wilson ve Lowdermilk 2006). Doğumda diğer hormonlarda olduğu gibi östrojen ve progesteronda da önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Östrojen ve progesteron

gebelikte yükselme eğilimindedirler. Normal menstürel siklus seviyesi ile karşılaştırıldığında östradiol seviyesi 100 kat, progesteron seviyesi ise 10 kat yükselmektedir. Bu seviyeler doğumdan sonra ani ve dramatik şekilde düşer, prolaktinin yükselmesi ile laktasyon başlamaktadır. Bebeğin emmesi oksitosin salınımını artırmaktadır. Androjenlerin normal dönemdeki seviye değişiklikleri gebelik ve laktasyonda görülmemektedir. Bu durumun PPD'ye yol açtığı düşünülmektedir. Ancak PPD geçiren ve geçirmeyen annelerin östrojen, progesteron seviyeleri karşılaştırıldığında fark bulunamamıştır. Bunun sonucunda bazı kadınların hormon düzeyindeki bu düşüşe karşı hassas oldukları, duygulanımda değişiklik yaşadıkları ileri sürülmüştür (Akdeniz ve Gönül 2004, Karaçam ve Taşkın 2004, Gjerdingen ve Yawn 2007, DSÖ 2008, Green ve ark 2009, Marcus ve Heringhausen 2009, Skalkidou ve ark 2009, Studd ve Panay 2009). Östrojen ve progesteron verilen kadınlarda PPD belirtilerinin azalması ise hormonal etkiyi göstermektedir. Östrojen serotonin düzeyini çeşitli yollarla artırmaktadır. Bunlar:

- Serotonini yıkan monoamine oksidaz enziminin düşüşünü artırmaktadır.
- Tryptophan'ın albümin bağlayıcı yerini değiştirerek daha kullanılabilir serotonin sentezi sağlamaktadır.
- Serotonin transportunu geliştirmektedir.

Ovarian siklus baskılayıcı ilaç kullanıldığında, serotonin seviyesinin düşerek depresyona neden olduğunu iddia eden çalışmalar bulunmaktadır (Studd ve Panay 2009).

Sadece kadın üreme hormonları değil, kortizol da PPD'den sorumlu tutulmaktadır. Doğumdan sonraki 5 gün içinde progesteron ve östrojen düzeyleri normal düzeylerine geri dönerken, kortizol 15. günde normal düzeylerine geri dönmektedir (Skalkidou ve ark 2009).

Doğumda serum leptin düzeyinin düşük olması PPD açısından biyolojik risk faktörlerindendir. Leptin, Gonadotrophin Releasing Hormon ve Luteinize Edici Hormon salınımını stimüle ederek sağlıklı kadının üreme fonksiyonunu düzenlemektedir. Leptin ve interlökin-6 gebelik ve erken postpartum dönemde değişik metabolizma göstermektedir. Sağlıklı kadında leptin seviyesi, gebelik

boyunca yükselip doğumla birlikte düşmekte, postpartum altı ay boyunca düşmeye devam etmektedir. İnterlök-6 gebelik boyunca yükselmekte, doğum sonu ilk gün en yüksek değerine ulaşmakta, sonra düşmektedir (Skalkidou ve ark 2009).

Doğumda yüksek leptin düzeyinin depresyondan koruyucu etkisinin bulunduğu iddia edilmektedir. Bu etki şöyle açıklanmaktadır; gebeliğin sonuna doğru yavaşça kortizol ve östrojenin düşmesine neden olmakta (dolaylı etki) ve hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen leptin ile düzenlenmektedir. Böylece östrojen ve glukokortikoidlerin düşüşünü önlemektedir (Direkt etki). Leptinin PPD'ye karşı diğer koruyucu etkisi ise depresyonun patafizyolojisinin merkezi olan serotonerjik sistem ile ilgilidir. Leptin, beynin serotonerjik sinir iletimini artırmaktadır. Yani serotonerjik aktivite ile yüksek leptin düzeyi PPD'den korumaktadır (Skalkidou ve ark 2009).

Doğum sonrası dönemde otoimmün sistemde de değişiklikler gözlemlenmektedir. Troid fonksiyonları doğum sonrası dört saat içinde büyük ölçüde düşmektedir. Troid fonksiyonları gebelik öncesi dönemlerdeki seviyeye doğumdan sonra dört hafta içinde dönmektedir (WHO 2008b). Tiroid işlevlerindeki değişikliklerin ve sorunların da depresyon görülme riskini artırdığı görüşü kabul görmektedir. (Akdeniz ve Gönül 2004, Karaçam ve Taşkın 2004, Gjerdingen ve Yawn 2007, WHO 2008b).

Emzirmenin PPD'yi etkilemesi konusunda çeşitli bilgiler bulunmaktadır. Emziren annelerde östrojen düzeyi düştüğü ve bu durum depresyona yol açtığı kanısı bulunmaktadır (Studd ve Panay 2009). Skalkidou ve ark (2009) ise annenin emzirmesinin bebeğin strese cevabını etkilediğini, anne sütü ile bebeğe, anne kanındaki konsantrasyonla doğru orantılı olarak, leptin geçtiğini ve bebekte adrenal glukokortikoid salgısını bastırarak ve bebeğin huyunun iyi olmasına katkıda bulunduğunu, bebeğin huyu PPD risk faktörlerinden olduğu için bu durumun anneyi PPD'den koruduğunu öne sürmüşlerdir. Emzirmeyen annelerde ise kan prolaktin düzeyi hızla düşmekte ve PPD'ye neden olabilmektedir (Karaçam ve Taşkın 2004)

Selvi ve ark (2004) düşük serum kolesterolü ile şiddet, intihar ve depresif belirtiler arasında ilişki bulunduğunu, bu ilişkiler; azalmış merkezi sinir sistemi seratonin aktivitesi ile düşük kolesterol düzeyi arasındaki ilişki ile gerçekleştiğini öne

sürmektedir. Gebelikte, özellikle son trimesterde serum kolesterol seviyesi yaklaşık %50 artmakta, doğum sonrasında yüksek serum kolesterol değerleri düşmeye başlamakta, gebelik öncesi seviyeye inmeleri postpartum 20. haftayı bulabilmektedir. Selvi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PPD ile düşük serum kolesterolü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Selvi ve ark 2004).

Yüksek Glisemik indeks (Gİ) ya da Glisemik yük (GY) diyet insülin sekresyonunu artırarak beyinde serotonin proküsörü olan tryptophanın taşınmasını kolaylaştırmakta ve böylece duygulanım bozukluklarını azaltmaktadır. Doğum sonrası insülin seviyesinin ani düşüşü, serotonerjik fonksiyonun düşmesine ve PPD'ye neden olabilmektedir. Gİ, beslenmenin yaygın olduğu ülkelerde (Japonya, Hong Kong, Singapur, Malezya'da PPD sıklığı %0,5-5,5), Gİ diyetin düşük olduğu ülkelerde (USA, Avusturalya, UK'da PPD sıklığı %11,5- 18,6) bu durumun etkisinin görüldüğü iddia edilmektedir (Murakami ve ark 2008).

Obstetrik faktörler

Postpartum depresyona yol açan obstetrik faktörler içerisinde; preeklampsi, hiperemesis, prematür kontraksiyonlar, uzamış doğum eylemi, acil/elektif sezaryen, müdahaleli doğum, prematür eylem, doğumda aşırı kanama gösterilebilmektedir. O'Hara ve Swain (1996), meta-analizlerinde obstetrik faktörlerin postpartum depresyona etkisinin zayıf olduğunu bulmuşlardır.

Klinik faktörler (Beck 1996, O'Hara ve Swain 1996, Beck 2001)

- Geçmiş depresyon öyküsü
- Ailenin depresyon öyküsü
- Gebelikteki duygu durumu
- Prenatal anksiyete

Diğer risk faktörleri

- Uyku düzeninde bozukluk
- Çocuk bakım stresi
- Hayat stresi
- Prenatal depresyon
- Düşük sosyal destek
- Annelik hüznü
- Evlilik ilişkisinin zayıf olması
- Bebek bakımının zor olması
- Benlik saygısının düşük olması,
- Düşük sosyoekonomik statü
- Beklenmeyen/ istenmeyen gebeliktir (Beck 1996, O'Hara ve Swain 1996, Beck 2001).

1.2.3. Postpartum Depresyonun Kliniği

PPD, kadının hayatının diğer dönemlerinde yaşayabileceği ruhsal bozukluklardan farklı özellikler göstermemektedir (Kumar ve Robson 1984, Cox ve ark 1993). Belirtiler şöyledir:

- Devam eden üzüntülü hal
- Ağlama ya da ağlamaklı halde olmak
- Yorgunluk, irritabilite, anksiyete
- Hayata dair ilgi kaybı ve hayattan tat alamama
- İştah kaybı
- Enerji ve motivasyon kaybı
- Uyku bozuklukları, uykuya dalmada ve uykuda kalmada sorunlar
- Kendini değersiz ve suçlu hissetme
- Açıklanamayan kilo kaybı ya da alımı
- Hayatı yaşanmaz hissetme
- Bebeğe az ilgi gösterme (WHO 2008b).

Ayrıca baş ağrısı, astma, sırt ağrısı, vajinal akıntı ve karın ağrısı da görülebilmektedir. Obsesif düşünceler, kendisine ya da bebeğe zarar gelme korkusu, suisid düşünceleri ve depersonalizasyon görülebilmektedir (WHO 2008).

Postpartum depresyonu değerlendirmede iki sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır: Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (APB 1998) ve DSÖ tarafından geliştirilen ICD-10 (1993). ICD-10 hastalık sınıflandırma sisteminde, puerperium ile ilişkili hafif mental ve davranışsal bozukluklar, başka yerde sınıflanmamış bölümünde Postnatal Depresyon ve Postpartum Depresyon olarak sınıflandırılır (Sağlık Bakanlığı 2007). Postpartum depresyon, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik, gerekse psikotik olmayan major depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılırlar ve "doğum sonrası" olarak özgülleştirebilmek için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır. Ayrıca tanı kriterleri majör depresyonunki ile aynıdır (APB 1998).

Çizelge 1.1. Majör depresif episot kriterleri (APB 1998)

2-haftalık süre içinde daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en azından beşinin görülmesi gerekir. Semptomlardan en az biri *depresif duygu durumu* veya *neredeyse hiçbir zaman hayattan zevk alamama* olmalıdır.

1. Günün büyük bölümünde süren depresif duygu durumu
2. Gün içindeki aktivitelerin çoğundan zevk alamama veya ilgi eksikliği
3. Diyet yapmıyorken belirgin kilo kaybı veya kilo artışı ya da iştahta azalma ya da artma
4. Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon
6. Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik veya enerji kaybının bulunması
7. Hemen her gün değersizlik veya aşırı derecede suçluluk duygusu
8. Hemen her gün düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, sürekli intiharı düşünme

Bu semptomlar sosyal yaşam, iş yaşamı ve diğer önemli alanlarda, klinik olarak belirgin strese veya bozukluklara yol açar.

Semptomlar bir maddenin veya genel medikal durumun doğrudan etkilerine bağlı değildir.

Semptomlar yasla açıklanamaz.

Doğumdan sonra belirtiler ne zaman başlarsa PPD olarak değerlendirileceği konusu literatürde belirsizdir. DSM IV'e göre doğumdan sonraki ilk 4 haftada belirtiler başlar ise PPD olarak değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Diğer bazı çalışmalara göre ise PPD, doğum sonrası 12 ay içinde herhangi bir zamanda görülebilmektedir. Fakat kadınların birçoğunda ilk üç ay içinde başlamaktadır (Beck 1999, Karaçam ve Kısa 2004, Yıldırım ve ark 2004). DSÖ'ye göre postpartum depresyon, doğum sonu ilk haftalarda ya da aylarda gelişen, bir yıl ya da daha fazla uzayabilen bir hastalıktır (WHO 2008b, Marakoğlu ve ark 2009).

Postpartum depresyon bazı hastalıklarla karışabilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanı önem kazanmaktadır. PPD'nin karışabildiği hastalıklar; uyku bozuklukları, puerparal hipotroidizm, diğer sebebi bilinmeyen medikal hastalıklar, psikozdur (Ayvaz ve ark 2006).

1.2.4. Postpartum Depresyonu Tarama

PPD görülme sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalarda %19-36 arasında (Çeber ve ark 2002, Ekuklu ve ark 2002, Erbay 2002, Nur ve ark 2004, Baş 2005, Ocaktan ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Sünter ve ark 2006, Dindar ve Erdoğan 2007, Salgın ve ark 2007, Türkkan ve ark 2007, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008), yurt dışında yapılan çalışmalarda ise %6,8-21,7 arasında (Appleby ve ark 1993, Deborah ve ark 1996, O'Hara ve Swain 1996, Lane ve ark 1997, Yamashita ve ark 2000, Chandran ve ark 2002, Leung ve ark 2005, Bloch ve ark 2006, Cooke ve ark 2007, Gonidakis ve ark 2008, Stewart ve ark 2008) değişmektedir. Bunların ise küçük bir kısmı sağlık çalışanları tarafından tespit edilebilmektedir. Kadınların büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte karmaşa içinde kalmaktadır. Tespit edilmeyen bu anneler sessizlik, korku ve şaşkınlık içinde zarar görmektedir. PPD sadece anneyi değil tüm aileyi etkilemekte, örneğin çocukların bilişsel ve davranışsal gelişiminde olumsuz etki yapabilmektedir (Beck 1995). Bu nedenle, doğum sonu depresyonun erken tanı ve tedavisi önem kazanmaktadır. Ancak kadınların tamamı ile klinik görüşme yapılmasının zaman alıcı olması ve kadınların sosyal damgalanma korkusu ile tıbbi yardıma başvurmamaları, doğum sonu depresyonun erken tanılanmasını engellediği düşünülmektedir (Karaçam ve Kitiş 2008).

Doğum sonu kontrollerin PPD'nin belirtilerini taramak için önemli bir fırsat ve maliyet-etkin bir yöntem olduğu düşünülmektedir (Petrout ve ark 2002). Postpartum depresyonu taramak için Türkçe'ye çevrilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Engindeniz ve ark 1996), Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (Karaçam ve Kitiş 2008) ve Beck Depresyon Envanteri (Karaçam ve Taşkın 2004) kullanılabilmektedir.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

EDDÖ Cox ve ark (1987) tarafından İngiltere'de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Cox ve ark tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85,

özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Cox ve ark 1987).

EDDÖ'nün Türkçe formunun adı 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)' dir. Ülkemizde Engindeniz ve ark tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EDDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Engindeniz ve ark 1997).

EDDÖ, 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (Cox ve ark 1987, Engindeniz ve ark 1997).

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ)

DDTÖ 35 maddeli, 7 boyutlu ve her boyutu 5 madde içeren, 5 dereceli (1-5) bir kendini bildirim ölçeğidir. Maddeler, annenin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin doldurulmasında kadından, her madde için, son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği cevabı daire içine alarak işaretlemesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 35-175 arasındadır. Depresyonu ayırt etmede kesme noktası 60 olarak kabul edilmektedir (Karaçam ve Kitiş 2008).

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşlarının (1979) geliştirdiği bu ölçek, Hisli (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. BDE depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, 21 maddelik, kendini bildirim ölçeğidir. Değerlendirmede her madde 0 ile 3 arasında puan alır ve her maddeden alınan puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. 17 puan ve üzerinde alanlar depresyon açısından riskli kabul edilmektedir (Hisli 1988).

1.2.5. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

PPD'nin sıklığı kullanılan tanı ölçütlerine, doğum sonrası dönemde gözlemlenen zamana (Yıldırım ve ark 2004), çalışmaların farklı coğrafi ve kültürel bölgede yapılmasına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Ocaktan ve ark 2006, Orhon 2007).

PPD görülme sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalarda %19-36 arasında (Çeber ve ark 2002, Ekuklu ve ark 2002, Erbay 2002, Nur ve ark 2004, Baş 2005, Ocaktan ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Sünter ve ark 2006, Dindar ve Erdoğan 2007, Salgın ve ark 2007, Türkkan ve ark 2007, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008) yurt dışında yapılan çalışmalarda ise %6,8-21,7 arasında (Appleby ve ark 1993, Deborah ve ark 1996, O'Hara ve Swain 1996, Lane ve ark 1997, Yamashita ve ark 2000, Chandran ve ark 2002, Leung ve ark 2005, Bloch ve ark 2006, Cooke ve ark 2007, Gonidakis ve ark 2008, Stewart ve ark 2008) değişmektedir.

1.2.6. Postpartum Depresyonda Tedavi

Postpartum depresyon yalnızca kadını değil, kadının yakın çevresini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, doğum sonu depresyon geçirmekte olan kadınlara; içinde pratisyen hekim, psikiyatri uzmanı, kadın sağlığı uzmanı, çocuk sağlığı uzmanı, hemşire, beslenme uzmanı ve sosyal hizmet uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip tedavi ve bakım hizmeti vermelidir. Böylece doğum sonu

depresyon geçirmekte olan kadınlara, iyi ve etkin bir bakım sağlanabilecektir. (Karaçam ve Taşkın 2004) .

Postpartum depresyonun şiddetine göre (kognitif-davranışçı, interpersonal, psikodinamik, evlilik ve aile psikoterapileri), farmakolojik tedavi (anksiyolitik, antidepresan, antipsikotik ilaçlar gibi), hormonal tedavi (östrojen, progesteron gibi), elektrokonvülsif (EKT) tedaviden yararlanılabilmektedir (Gülseren 1999, Beck 2001, Karaçam ve Taşkın 2004, Yıldırım ve ark 2004, Cunningham ve ark 2005, Marakoğlu ve ark 2009).

Bazı kadınlar tedavi başladıktan sonra bir kaç hafta içinde kendilerini iyi hissederken bazıları bu durumu aylarca yaşayabilmektedir. Tedavi edilmeyen postpartum depresyon ise, doğumdan sonra bir yıl süresince devam edebilmektedir. Bunun yanında postpartum depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olabilmekte, kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar ve bebeğine zarar verme risklerini artırabilmektedir (Wolman ve ark 1993, Efe ve ark 2009). Tedavi ayrıca intihar veya bebeğini öldürme düşünceleri, ani psikoz ve tedaviye cevap açısından takibi de kapsamalıdır. Bazı kadınlarda hastalığın seyri hospitalizasyonu gerektirecek şiddette olabilmektedir (Yıldırım ve ark 2004, Cunningham ve ark 2005).

Tedavideki birinci ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle Sheehan sendromu, hipotiroidizm gibi organik hastalıkların dışlanmasıdır. Diğer önemli bir ilke ise belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konmaz ve etkin bir sağaltım yapılmazsa belirtiler kronik ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir (Gülseren 1999, Marakoğlu ve ark 2009).

Psikoterapötik tedavi

Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedaviler (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve kişiler arası psikoterapi) ve aynı zamanda bireysel danışmanlık PPD tedavisinde etkili olabilmektedir (Karaçam ve Taşkın 2004, Perfetti ve ark 2004, Yıldırım ve ark 2004). Psikoterapide amaç, hastaya iç görü kazandırmak, hastalığını

değerlendirip kabul etmesi ve çatışmalarının çözümlenmesine yardımcı olmaktadır (Karaçam ve Taşkın 2004, Marakoğlu ve ark 2009).

Psikoterapi, erken başlanmalı, başlangıçta destekleyici olmalı ve psikososyal stresörleri yönlendirecek şekilde olmalıdır (Yıldırım ve ark 2004). Psikoterapi, anneliğe uyum üzerine odaklanmalı, evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı da ihmal edilmemelidir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Gereklioğlu ve ark 2007). Babaların da tedavi planına katılımları sağlanmalıdır. Kişiler arası psikoterapinin PPD tedavisinde oldukça etkili olduğu düşünülmektedir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000, Yıldırım ve ark 2004, Gereklioğlu ve ark 2007). Psikoterapi, minör depresyonun tedavisinde tek başına oldukça etkili olabilmekte, orta ve şiddetli depresyonun tedavisinin ise bir bölümünü oluşturup iyileşme sürecini kısaltabilmektedir (Karaçam ve Taşkın 2004).

Farmakolojik tedavi

Emziren kadında antidepresan kullanımı birçok araştırmacı tarafından araştırılmıştır. Yenidoğanda fetal sistemler immatürdür; vücut yağ kitlesi az, plazma proteinlerine bağlanma düşük, karaciğer ve böbrek immatür olup kan-beyin bariyeri gelişmemiştir. Bu duruma rağmen annenin antidepresan kullanması durumunda yenidoğanda ciddi yan etkiler görülmediği iddia edilmektedir (Kocabaşoğlu ve Başer 2008).

PPD tedavisinde selektif seratonin geri alım inhibitörleri (Gereklioğlu ve ark 2007) ve trisiklik antidepresanlar yaygın olarak kullanılmaktadır (Ling ve Duff 2001, Akridge 2004, Karaçam ve Taşkın 2004). Selektif Seratonin Geri Alım İnhibitörleri grubu ilaçlardan Paroksetin, Citalopram ve Fluoksetin C grubu ilaçlardır. Sertralin B grubu ilaçlardır (Akridge 2004) ve en sık reçete edilen antidepresandır. Yapılan bir çalışmada sertralinin anne sütünde %17 konsantrasyonda olduğu ve bebekte izlem süresi içinde sekele bırakmadığı iddia edilmektedir (Field 2008).

Antidepresanların anne sütüne geçebildiği, bebekte uzun dönem etkileri ile ilgili yeterli bilgi bulunmadığı için genel pratikte antidepresan kullanımı tavsiye

edilmemekte; emzirme döneminden sonraya bırakılmakta, emzirme kesintiye uğratılmakta ya da çok dikkatli kullanılmaktadır (Karaçam ve Taşkın 2004, Gereklioğlu ve ark 2007, Kocabaşoğlu ve Başer 2008).

Elektrokonvulzif tedavi (EKT)

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Anne sütünün bebeğin beslenmesinde en ideal besin olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek stresör olmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000). EKT ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenek oluşturmaktadır (Karamustafalıoğlu 2000, Ling ve Duff 2001, Yıldırım ve ark 2004).

Hastalığın seyri şiddetli ise EKT düşünülmelidir. Bir ay içinde farmakolojik tedaviye yanıt alınmazsa EKT uygulanması yönündeki görüşün yanında tabloya delüzyonlar hakim ise daha erken dönem de ve daha sık EKT tedavisi uygulanması gerektiği yönünde görüşler de bulunmaktadır (Marakoğlu ve ark 2009).

Hormonal Tedavi

PPD'nin tedavisinde gonadal hormon kullanımı, sublingual ve transdermal östrojen tedavisini içermektedir (Ling ve Duff 2001, Yıldırım ve ark 2004).

1.3. POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum psikoz, en çok endişe edilen ve en ciddi puerperal psikiyatrik hastalıktır (Kumar ve Robson 1984, Yüksel ve ark 2004, Cunningham ve ark 2005, Gereklioğlu ve ark 2007). DSM IV tanı kriterleri altında başlangıç belirleyicisi olarak bildirilen, klinik olarak açıklanmayan bu kavram klinisyenler tarafından destek ve ilgi görmektedir (Kocabaşoğlu ve ark 1995, Yüksel ve ark 2004, Kurt ve Kısa 2004).

1.3.1. Postpartum Psikozda Fizyopatoloji

Primipar olmak (Yüksel ve ark 2004, Kısa ve ark 2007), aile öyküsü ve genç yaş (Deveci 2003, Cunningham ve ark 2005); bipolar hastalık (%25 risk), planlanmayan gebelik, eş ile zayıf ilişki ve hipotroidizm hazırlayıcı faktörlerdendir (Sinclair 2004).

1.3.2. Postpartum Psikozun Belirtileri

Başlangıç genellikle ani olmakta, hastaların 2/3'ünde psikotik tablo ilk iki hafta içinde başlamakla birlikte bu süre 8 haftaya kadar da uzayabilmektedir (Yüksel ve ark 2004, Wilson ve Lowdermilk 2006). En erken belirtiler sıklıkla yorgunluk, huzursuzluk ve uykusuzluktur. Ardından ağlama ve duygusal dalgalanma dönemleri ile şüphencilik, dağınıklık, konfüzyon ve mantıksız davranışlar görülebilmektedir (Deveci 2003, Yüksel ve ark 2004, Wilson ve Lowdermilk 2006). Delüsyon kadınların %50'sinde, halisünasyon %25'inde görülmektedir (Wilson ve Lowdermilk 2006). Delüsyonlar, genellikle bebeğe ilişkin olup; bebeğin sakat ya da ölüyor olması ile ilgili, bebeğin özel güçleri olduğuyula ilgili, bebeğin şeytan veya tanrı olduğu ile ilgili düşünceler olabilmektedir (Yüksel ve ark 2004, Cunningham 2005, Wilson ve Lowdermilk 2006). Halisünasyonlar çoğunlukla işitsel olup bebeğe ve kendine zarar verme ile ilgili komutlar verir şekildedir. Tedavi edilmeyen olgularda infantisit görülebilmekte, daha düşük oranda da suisid riski bulunmaktadır (Kocabaşoğlu ve ark 1995, Yüksel ve ark 2004, Leifer 2005, Wilson ve Lowdermilk 2006, WHO 2008a).

1.3.3. Postpartum Psikozda Tanı

DSM IV'te başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluklar içinde sınıflandırılmıştır ancak belirti dağılımı tanımlanmamıştır (APB 1998). Postpartum depresyon yaşayan annede suisid düşüncesi veya delüsyonlar görülüyorsa postpartum psikoz tanısı konulmaktadır. Kadınların çoğunda manik ya da depresif episodlar konfüzyon ve disoryantasyonla birlikte gelişmektedir (Sinclair 2004).

1.3.4. Postpartum Psikozun Epidemiyolojisi

Postpartum psikoz, 1000 doğumdan 1-2'sinde görülmektedir (Kumar ve Robson 1984, Deveci 2003, Sinclair 2004, Yüksel ve ark 2004, Wilson ve Lowdermilk 2006, Gereklioğlu ve ark 2007). Postpartum psikoz yaşayan kadınlarda %50-70 rekürrens görülebilmektedir (Sinclair 2004, Yüksel ve ark 2004, Wilson ve Lowdermilk 2006, Kısa ve ark 2007, WHO 2008a).

1.3.5. Postpartum Psikozda Tedavi

Antipsikotikler ve moodstabilizatörleri (lityum karbonat vb.) (Wilson ve Lowdermilk 2006), EKT, trisiklik antidepresanlar, nöroleptik ilaçlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri kullanılabilmektedir (Sinclair 2004, Cunningham ve ark 2005). Östrojen kullanımının da yüz güldürücü sonuçlar bulunmakta (Yüksel ve ark 2004, Leifer 2005), aktif atak geçince psikoterapiden de yararlanılabilmektedir (Leifer 2005).

1.4. POSTPARTUM DUYGU DURUM BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Annenin PPD'ye ilişkin risklerini belirleme, psikolojik durumunu değerlendirme, uygun tedavi edici müdahaleyi yapmak için yönlendirme, hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Beck ve Gable (2001), hemşirenin PPD yaşayan anne ile iletişim kurmasını sağlayan yedi temadan söz etmiştir. Bunlar; PPD'ye ilişkin yeterli bilgiye sahip olma, hızlı ve doğru tanı koyabilmek için dikkatli gözlem yapma, annelere bu sorunun geçici olduğuna ilişkin umut verme ve empati yapma, onlara zaman ayırma, gerektiğinde yönlendirme ve bakımın sürekliliğini sağlamaktır.

1.4.1. Postpartum Duygu Durum Bozukluklarında Hemşirelik Tanıları

- Etkisiz Bireysel Baş Etme
- Umutsuzluk
- Sosyal Etkileşimde Bozulma/Sosyal İzolasyon
- Benlik Saygısında Bozulma
- Güçsüzlük
- Kendine Yönelik Şiddet Potansiyeli
- Düşünce Sürecinde Değişim
- Öz Bakım Yetersizliği
- Uyku Alışkanlıklarında Bozulma
- Aile İçi Süreçlerde Değişim
- Seksüel Disfonksiyon
- Konstipasyon
- Yetersiz/Dengesiz Beslenme (Tezel ve Gözümlü 2005, Carpetino 1999).

Bu hemşirelik tanıları; bireyin bireysel özelliklerine, yaşadığı sorunu algılama biçimine, baş etme gücüne, destek kaynakları kullanma durumuna, olaylara verdiği tepkiler doğrultusunda değişiklik gösterebilmektedir. Hemşire, bu farklılıkları göz önünde bulundurarak her birey için mevcut ve olası sorunları, farklı hemşirelik tanıları ile ele almalı, bakım verilen bireye bakımın tüm yönleri ve sonuçları hakkında bilgi verilmeli, duygu ve algılamalarını sözel ifade etmeye

cesaretlendirilerek, bireyin kendi bakımına katılımı sağlanmalıdır. Hemşire, bireyin önceki başarılarını belirleyerek, olumlu/güçlü yönlerini ortaya çıkarmalı, olumlu davranış gelişimine pozitif geri bildirimle yanıt vermelidir. Hemşireler, doğum sonu dönemdeki kadınları depresyon yönünden izlemeli, çözümleyemediği sorunlar için sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği yapmalıdır (Tezel ve Gözüm 2005).

1.5. BEBEK BÜYÜMESİ

Büyüme, fertilizasyon ile başlayan, erişkinliğe kadar süren bir süreçtir. Büyüme, vücudun ve organların ölçüm değerlerinde sürekli olarak gözlenen artıştır (Arlı 2003, Şanlıer ve Aytekin 2004, Yıldız 2008). Büyümenin izlenmesi; sağlıklı bir yaşam için çocuğun büyümesinin belirli aralıklarla uygun standart büyüme eğrileri yardımı ile değerlendirilmesi, normalden sapmaların erken tanımlanıp önlemlerin alınması olarak tanımlanmaktadır (Yıldız 2008).

DSÖ, gelişmekte olan ülkelerde yaşamın ilk üç yılı daha önemli olmak üzere, beş yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesinin gerektiğini belirtmektedir (Evliyaoğlu 2007). Sağlık Bakanlığı Bebek ve Çocuk İzlem Protokolünde belirtilen muayene ve tetkikler 0-59 ay arası dönemlerde en az onyedi izlem olarak sunulması öngörülmüştür. Sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmesi halinde izlem planı ve sayısı yeniden belirlenebilmektedir. Ayrıca kişinin talep etmesi halinde de daha fazla izlem yapılabilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2008). Sağlam çocuk izlemi için önerilen standart programlar bulunmaktadır. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde, taburcu olurken, 7–10. günlerde, ilk 6 ay içinde her ay, 6 ay ile 2 yaş arası üç ayda bir, 2–6 yaşlar arası altı ayda bir, 6 yaştan sonra yılda bir izlenmesi önerilmektedir (Nizamoğlu 2006).

1.5.1. Antropometrik Ölçüler

Antropometri; insan ve ölçü anlamına gelen Antros ve metris kelimelerinin birleşmesinden elde edilen bir terimdir. Genel anlamıyla ise insan vücudunun nesnel özelliklerini, belirli ölçme yöntemleri ve ilkeleriyle, boyutları ve yapı özelliklerine göre sınırlandıran sistematize bir tekniktir (Yıldız 2008). Antropometrik ölçümler büyüme ve gelişme, beden kompozisyonu ve genel beslenme durumu hakkında değerli bilgiler vermektedir. Özellikle bebeklerin büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesinde önemli ve basit yöntemler olarak bilinmektedir (Bsati ve Bhan 2005). Antropometri, insan vücudunun bileşiminin, orantılarının ve tipinin ortaya konabileceği, evrensel olarak uygulanabilen pahalı olmayan ve noninvaziv basit bir tekniktir. Buna ek olarak çocuğun gelişimi ve boyutları yanında tüm yaşlarda bireylerin ve toplumun tümüyle sağlık ve refahını yansıtan antropometri, performans,

sağlık ve hayatta kalmayı önceden ortaya koymak için kullanılabilir (Yıldız 2008). Antropometri bebeklikten yaşlılığa kadar uygulanabilmekte, bireylerin ve toplumun sağlığını ve sosyal refahını etkileyen halk sağlığı ve klinik kararlar açısından önem taşımaktadır. Epidemiyoloji prensipleri, özellikle, antropometrik indikatörlerin tanımlanması ile değişkenler için en uygun kesme noktalarının belirlenmesinde faydalanılmaktadır (Yıldız 2008).

Büyümenin izlenmesinde, antropometrik ölçümler kullanılmaktadır. DSÖ'ye göre çocukluk yaş grubunda kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, kol çevresi, göğüs çevresi ve baş çevresidir (WHO 2006).

Ölçümlerin yapılması

Ölçümler aynı kişi tarafından, ayarlanabilen, duyarlı ölçü aletleri ile yapılmalıdır (Ercan 2003, Etiler ve Velipaşaoğlu 2004, Evliyaoğlu 2007). 0-5 yaş arasındaki çocuklarda vücut ağırlığının çıplak olarak bebek terazisinde ölçülmesi gerekmektedir (Ercan 2003, Nizamoğlu 2006, Neyzi ve ark 2008). İki yaşın altındaki çocuklarda boy ölçümünde baş tahtası sabit, ayak tahtası hareketli olan boy ölçüm aleti ya da esnek olmayan mezura kullanılmalıdır ve yatarak ölçülmelidir (Ercan 2003, Etiler ve Velipaşaoğlu 2004, Nizamoğlu 2006, Neyzi ve ark 2008). Yenidoğan fleksiyon pozisyonunda olduğundan dolayı bacaklarının tamamen düz uzatılarak boy ölçülmesine dikkat edilmelidir (Çavuşoğlu 2004). Baş ve göğüs çevresi ölçümleri için esnek olmayan bir mezura kullanılmalıdır (Ercan 2003, Nizamoğlu 2006). Bebeğin baş çevresi alın ve oksiput arası; önde kaşların üzerinden arkada oksiput çıkıntısına uzanan aralık ölçülerek belirlenmelidir (Çavuşoğlu 2004, Neyzi ve ark 2008). Göğüs çevresi göğüs uçları üzerinden ölçülerek belirlenmelidir (Çavuşoğlu 2004).

Vücut ağırlığı

Miadında doğan bebeklerin 2/3'ünün ağırlığı 2,7-3,8 arasında olduğu belirlenmiştir (Çavuşoğlu 2004). Ortalama doğum ağırlığı kızlar için 3,29 kg ve erkekler için 3,43 kg'dır (%50. persentil) (Neyzi ve ark 2008). Doğum ağırlığı 2,5 kg'dan az olan yenidoğanlar, düşük doğum ağırlıklı bebek olarak

değerlendirilmektedir (Çavuşoğlu 2004). Ortalama vücut ağırlığı 6. ayda kızlar için 7,43 kg ve erkekler için 8,12 kg'dır (%50. persentil) (Neyzi ve ark 2008). İkinci ve üçüncü çocukların doğum kilosu birinciden, erkeklerinki kızlardan fazladır. Vücut ağırlığı antropometrik ölçümler içinde büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde çok sık kullanılmaktadır (Yıldız 2008).

Boy uzunluğu

Miadında doğan bir bebeğin ortalama boy uzunluğunun kızlarda 49,4 cm, erkeklerde 50 cm (%50. persentil) olduğu belirlenmiştir. 6. ayda erkek bebeklerin 68 cm, kız bebeklerin 66,4 cm (%50. persentil) boy uzunluğuna sahip olması beklenmektedir (Neyzi ve ark 2008).

Baş çevresi

Baş çevresi özellikle 0-4 yaş arası çocuklarda intrauterin gelişmenin ve beslenme durumunun değerlendirilmesinde basit, ancak önemli bir test olarak bilinmektedir. Baş çevresinin değerlendirilmesi beyin büyümesini yansıtmaktadır. Beslenme durumundan en az etkilenen antropometrik ölçüm olduğu kanısı bulunmaktadır (Yıldız 2008). Baş çevresinin yenidoğanda erkek bebekte 34,9 cm, kız bebekte ise 34,5 cm; 6. ayda erkek bebekte 44 cm, kız bebekte 42,9 cm (%50. persentil) olması beklenmektedir (Neyzi ve ark 2008). Yenidoğanda baş ve göğüs çevreleri eşit ya da göğüs çevresi baş çevresinden 2 cm daha uzun olarak belirlenmiştir (Çavuşoğlu 2004, Yıldız 2008). Birinci yaştan sonra göğüs çevresi baş çevresinden daha büyük olarak tespit edilmektedir (Yıldız 2008).

Göğüs çevresi

Miadında doğan bir bebeğin göğüs çevresi 30-33cm olduğu belirlenmiştir. 29 cm'nin altında olan yenidoğanlar "yüksek riskte", 29-30 olanlar "riskte" kabul edilmektedir (Etiler ve Velipaşaoğlu 2004).

1.5.2. Büyümenin Değerlendirilmesi

Büyüme ile ilgili parametrelerin değişik yaşlarda gösterdikleri dağılım, normalin alt ve üst sınırları, normal çocuk gruplarından elde edilmiş verilere dayanılarak hazırlanmış çizelge ve referans büyüme eğrilerinden yararlanılarak belirlenebilmektedir (Ercan 2003, Alasulu ve ark 2004, Yıldız 2008). Ayrıca kızlarda ve erkeklerde büyüme özellikle puberte döneminde farklılık gösterdiğinden her iki cinsiyet için ayrı büyüme eğrilerinin kullanılması önem taşımaktadır. Türk çocuklarında Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olan ve cinsiyete ve yaşa göre vücut ağırlığının, boy uzunluğunun ve baş çevresinin değerlendirilmesini sağlayan büyüme eğrileri bulunmaktadır (Neyzi ve ark 2008).

Büyüme eğrileri 3., 10., 25., 50., 75., 90. ve 97. olmak üzere 7 persantil çizgisinden oluşmaktadır. Bu eğrilerin apsisi yaşı, ordinatı ise ölçümü göstermektedir. Her bir ölçüm için %50. persantil değeri, ideal dağılımı göstermektedir (Ercan 2003).

DSÖ beslenme durumunun incelenmesinde üç endeks kullanılmaktadır. Bu endeksler; yaşa-göre-boy, boya-göre-ağırlık ve yaşa-göre-ağırlık'tır. Yaşa-göre-boy endeksi çocuklar arasında lineer büyüme geriliğini göstermektedir. Yaşa-göre-boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2SD) gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodur) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Referans grubun ortanca değerinden eksi üç standart sapma (-3SD) gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu kabul edilmektedir. Tekrarlayan ve kronik hastalıklardan da etkilenen bodurluk, uzun bir dönem yetersiz beslenmenin sonucunu yansıtmaktadır. Yaşa-göre boy endeksi bir nüfusta yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesidir ve verilerin toplandığı mevsime göre önemli değişiklikler göstermemektedir (WHO 2006).

Boya-göre-ağırlık endeksi, vücut ağırlığını, vücut uzunluğuna göre değerlendirmede kullanılmaktadır. Referans grubu ortanca değerinden -2SD gösteren çocuklar zayıf kabul edilmekte ve akut olarak yetersiz beslenmiş sayılmaktadır. Burada söz konusu olan zayıflık, araştırma tarihinden hemen önceki dönemde yeterli

beslenmemeyi ifade etmektedir ve büyük olasılıkla yakın geçmişte geçirilen bir hastalık, özellikle ishal, ya da gıda arzındaki mevsimsel farklılıkların sonucu olduğu kanısı bulunmaktadır (WHO 2006).

Yaşa-göre-ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmekte ve genel olarak beslenme durumunun uzun dönemli değerlendirmesini için kullanılmaktadır. Klinikte, beslenme durumundaki gelişmeleri ve büyümenin sürekli değerlendirilmesini yapmak için faydalı bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Yaşa-göre-ağırlığı referans grup ortanca değerinden -2SD gösteren çocuklar düşük kilolu olarak sınıflandırılmaktadır (WHO 2006).

1.6. BEBEK BESLENMESİ

Bebegin anne sütü ile beslenmesine doğal beslenme, inek sütü ya da formül mamalarla beslenmesine ise yapay beslenme adı verilmektedir. Bebek 6 aylık olunca diğer ek besinlerin de süte eklenmesi gerekmekte, bu tür beslenmeye ise karışık beslenme adı verilmektedir. Bir yaşından sonra çocuk evde yapılan yemekleri yiyecek olgunluğa erişmekte ve sütle beslenme büyük ölçüde azaltılmaktadır (Aydın 2003).

Değişik nedenlerle anne sütünü alamayan bebeklere hayatın ilk 6 ayında inek sütü ya da formül mamalarla beslenmektedir. Formül mamaların bileşimi anne sütüne oldukça yaklaştırılmıştır. Modifiye edilmemiş inek sütünün ise çeşitli açılardan sakıncalı olduğu düşünülmektedir:

- İnek sütünün solüt yükü fazladır. Hayatın özellikle ilk iki ayında böbreğin tubüler konsantrasyon kapasitesi düşük olmasına bağlı olarak inek sütünün yüksek solüt yükü aşırı su kaybına yol açmaktadır. Bu komplikasyonun oluşmaması için yenidoğanda inek sütü 1:1 oranında, ikinci ayda 2 inek sütü:1 su oranında sulandırılarak, kullanılması gerekmektedir. 3-4 aydan sonra ise böbreğin konsantrasyon kapasitesi geliştiği ve dehidratasyon tehlikesi büyük ölçüde ortadan kalktığı için sulandırmaya gerek duyulmadan kullanılabilir. Sulandırılmış inek sütünün kalori miktarı düşmekte, bu nedenle içine şeker ve sıvı yağ eklenerek kullanılması gerekmektedir.
- İnek sütünün C vitamini içeriği anne sütüne oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu eksikliğin meyve suları ile giderilmesi gerekmektedir.
- Düşük demir içeriğinin olmasının yanında gastrointestinal mikro kanamalara neden olması nedeni ile inek sütü ağırlıklı beslenen bebeklerde şiddetli demir eksikliği görülebilmektedir.
- Yaklaşık %1 olguda inek sütü, protein allerjisine yol açabilmektedir.

Piyasada anne sütüne yaklaştırılmış birçok formül mama bulunmaktadır. Bu mamalar 30-60 ml kaynatılmış suya 1 ölçek şeklinde hazırlanmakta ve bebeğe verilmeden önce ılıştırılması gerekmektedir. Bir bebeğin günlük süt tüketimi

farklılıklar göstermekle birlikte 120-200 ml/kg/gün arasında değişmektedir (Aydın 2003).

Bebeklerin anne sütü ile beslenmesi, normal büyümesine katkıda bulunan en önemli unsurlardan biridir. Anne sütünün biyokimyasal yapısı ve besin maddeleri içeriği, her annenin kendi bebeğinin durumuna ve yaşına göre değişim göstermektedir. Bu nedenle bir bebeğin büyüme gelişmesinin normal devam edebilmesinde ilk 6 ay sadece anne sütünün yeterli olduğu düşünülmektedir (AAP 1997, Taşkın 2004, Kutlu ve Marakoğlu 2006). Anne sütünün %87'si sıvıdan oluşmakta, bu nedenle bebeğin ilk altı ay su, meyve suyu ve diğer besinlere bebeğin ihtiyacı olmadığı bilinmektedir. Bu dönemde bebeğin ihtiyacına göre bebeğe D vitamini ve demir desteği sağlanabileceği bildirilmektedir (AAP 1997, Duran 2008).

Anne sütü temiz, ısısı bebeğe uygun olup, anne ile çocuk arasında yakın bir bağ oluşmasını sağlamaktadır. Ayrıca annenin antikorları aracılığı ile bebeklerin hastalıklara karşı bağışık olmasını sağlamakta ve beslenme bozukluklarının prevalansını ve gıda kaynaklı enfeksiyonları azaltıcı etki oluşturmaktadır (AAP 1997, Taşkın 2004). Anne sütü ile beslenmenin yararları sadece anne sütü ile beslenme süreci ile sınırlı kalmayıp, ileri yaşam sağlığı üzerine önemli oranda olumlu etkileri bulunduğu bildirilmektedir. Bu nedenle sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi artmaktadır (AAP 1997, Kutlu ve ark 2007).

UNICEF ve DSÖ bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını (başka katı ve sıvı gıdalar ve su almadan) ve yedinci aydan itibaren katı ve lapa ek gıdalara başlanılmasını önermektedirler. İlk 6 aydan sonra ek gıda verilmesi kabul edilebilir olsa da, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir (AAP, 1997). Bebeklere erken dönemde ek gıda verilmeye başlanması, ishal ve ishale bağlı ölüm riskini artırmaktadır. Bebeğe biberonla herhangi bir gıda ya da emzik verilmemelidir. Emzik kullanımının bebeğin emme gücünü zayıflatıp, süt üretiminde azalmaya neden olarak anne sütünün erken kesilmesine yol açabildiği bildirilmektedir (Giray 2004).

1989 yılında UNİCEF ve DSÖ, “Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesinde Doğum Hizmetlerinin Rolü” ile ilgili olarak on önerilik ortak bir bildiri yayınlamışlardır. Bu on öneriyi gerçekleştiren hastanelere “Bebek Dostu Hastane” unvanı verilmektedir (Taşkın 2005).

Anne sütü ile beslenmenin on adımı

1. Anne sütü ile beslenmenin yazılı yöntemleri hastane çalışanlarına düzenli olarak iletilir.
2. Sağlık çalışanları yöntemleri uygulamak üzere bu yeteneklerini geliştirme yönünde eğitilir.
3. Bütün hamile kadınlar anne sütü beslenmesinin uygulaması ve yararları hakkında bilgilendirilir.
4. Annelere doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları konusunda yardım verilir.
5. Bebeklerinden ayrılmış olsalar da anneler sütlerinin sürekliliği için ve süt verme konusunda bilgilendirilir.
6. Yeni doğan bebeğe tıbbi olarak gerekmediği sürece anne sütü dışında hiçbir gıda ya da içecek verilmemelidir.
7. Anne ve bebeği 24 saat bir arada tutulmaya özen gösterilmelidir.
8. Altı aydan sonra da bebek istediği sürece süt verilmelidir.
9. Anne sütü alan bebeğe emzik verilmemelidir.
10. Sütle beslenmeyi destekleyen gruplar kurup anneler hastane ya da klinikten ayrılırken bu gruplara yönlendirilmelidir (UNİCEF 2002).

Bebek doğduktan sonraki ilk bir saat içinde canlı, aktif ve uyanıktır. Bu dönemde bebek hareketli olup gastrointestinal sistemi çalışmakta olduğu için anne memesinin tutturulması önerilmektedir. Kısaca, bebek doğduktan 30dk sonra emzirilmelidir. Bebeğin emmesi ile annede prolaktin ve oksitosin hormonunun salınımı artmaktadır. Bu hormonların etkisi ile memede süt salgılanması uyarılmış olmakta, uterus da eş zamanlı olarak kasılıp doğum sonu uterus kanamalarının azalması sağlanmaktadır. Böylece iki yönlü yarar gözlemlenebilecektir (Yakut ve ark 1997, Çavuşoğlu 2004, Taşkın 2005).

Bebeğin sabit zaman aralıklarıyla değil, bebek istedikçe ve istediği süre emzirilmesi önerilmektedir (Giray 2004). Ancak süt salgılanmasının uyarılması için, ortalama üç dakika geçtiğinden, bebek ilk gün her memede beşer dakika tutulması gerekmektedir. Bu sürenin daha sonraki günlerde 10-15 dakikaya çıkarılması önerilmektedir (Yakut ve ark 1997, Çavuşoğlu 2004, Giray 2004).

Her emzirmede ilk gelen süt daha fazla laktoz içeren ve insülin salınımını uyaran ön süttür, emzirmenin sonuna doğru ise yağ içeriği daha fazla olan ve doygunluk hissi veren son süt salgılanmaktadır. Bebeklerin hem ön süte, hem de son süte ihtiyacı bulunmaktadır. Bunun için emzirme süresi en az 10 dakika olmalıdır. Bazı annelerde süt salgılanma refleksinin yerleşmesinin gecikmesi nedeni ile bebeğin emme süresi farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle emzirmenin sonlandırılmasında bebeğin isteği dikkate alınmalı, bu sürenin 30 dakikanın üzerine çıkması meme sorunlarına yol açabildiği için dikkatli olunmalıdır. Emzirme süresinin kısa tutulması; lipit bakımından zengin olan son süttten yararlanamayan bebekte yetersiz tartı alımına, memenin yeterince boşalmamasına bağlı olarak annede meme sorunlarına ve yetersiz süt salgılanmasına neden olduğu bildirilmektedir (Gür 2003, Duran 2008).

Emzirme sıklığının saatlere göre değil, bebeğin isteğine göre ayarlanması önerilmektedir. Bebeğin ağlaması emzirme için geç bir bulgu olup bebeğin emme hareketleri yapması, elini ağzına götürmesi, kol ve bacaklarını girmesi gibi davranışları; onun emzirilmeye istekli olduğunun işaretleri olarak değerlendirilmektedir (Gür 2007). Miadında yenidoğan, ilk 2-3 hafta boyunca 2 saatte bir emzirilebilirken, ilk haftalardan sonra her 3-4 saatte bir 80-100ml olmak üzere günde 5-7 kez emzirilmesi önerilmektedir (Çavuşoğlu 2004).

TNSA-2008, Türkiye’de bebeklerin neredeyse tamamının doğumdan sonraki ilk aylarda anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu oran 6. ayda yüzde 90’a; 12. ayda ise yüzde 70’e düşmektedir. İki aydan küçük bebeklerin yüzde 70’i sadece anne sütü ile beslenmektedir. Daha sonraki yaşlarda hızla azalan sadece anne sütü ile beslenme oranı, 2-3 aylık bebeklerde yüzde 42’ye; 4-5 aylık bebeklerde ise yüzde 22’ye gerilemektedir. Altı aylıktan küçük bebeklerin yüzde 40’ı sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bu sonuçlar, Türkiye’de son yıllarda sadece anne sütü ile beslenen

bebeklerin oranının yükseldiğini ve sadece anne sütü ile beslenme süresinin uzadığını göstermektedir. Ancak, Türkiye’de ek gıdaya başlama yaşı halen çok küçüktür. İki aylıktan küçük bebeklerin beşte birinden fazlası anne sütü yanında mama/hazır mama; yüzde 9’u ise anne sütü yanında su veya diğer sıvılar ile beslenmektedir. Anne sütü ve katı gıdalar ile beslenen çocukların oranı yaş ile artmakta ve 6-8 aylık bebeklerde yüzde 70’e ulaşmaktadır. Türkiye’de bebek ve çocukların biberonla beslenmesi yaygın bir uygulamadır. Üç yaşından küçük çocukların yaklaşık yarısı biberonla beslenmektedir. İki aydan küçük her 5 bebekten birinin biberonla beslendiği görülmektedir. Bu sonuç, anne sütü yanında mama ile beslenen bebeklerin oranının yüksek olması ile de tutarlıdır (TNSA 2008).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, annelerde doğum sonrası ilk 48 saatte, 1. ayda, 3. ayda ve 6. ayda PPD sıklığını tespit ederek, PPD'nin risk etmenlerini, PPD'nin bebek beslenmesi ve büyümesine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmış, longitudinal tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Karaman Belediyesi sınırları içinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Karamanoğlu Mehmet Bey (KMB) Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu hastanede yapılmasının nedeni Karaman'da bir yılda meydana gelen 3439 (2007) doğumun 3199'unun (2007) KMB Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde gerçekleşmesidir. Bu durum anne ve bebeğine daha kolay ulaşmayı sağlamıştır.

KMB Doğum ve Çocuk Hastanesi, 2002 yılında Karaman Gevher Hatun mahallesinde hizmete başlamıştır. Hastane 2003 yılında Bebek Dostu Hastane unvanını almıştır ve bu unvanı korumaktadır. Ayrıca Karaman 2009 yılında Bebek Dostu İl unvanını almıştır. Hastane, hizmetlerini iki ana branşta (Kadın Doğum ve Çocuk) sürdürmektedir. 128 yatak kapasiteli olan hastane; Doğum Servisi, Nisaiye Servisi, Yenidoğan Servisi, Süt Çocuğu Servisi ve Adölesan Servisi olmak üzere beş serviste hizmet vermektedir. Doğum Servisi, üçü özel 24 yatak kapasitesine sahip olmakla birlikte gerekli görüldüğünde Nisaiye Servisi'nin yatakları da kullanılabilmekte toplam yatak kapasitesi 60 olmaktadır. Doğum Servisi'nde biri sorumlu hemşire olmak üzere sekiz hemşire, bir nöbetçi Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı, bir nöbetçi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı, bir sekreter ve beş hizmetli görev yapmaktadır. Servis sorumlu hemşiresi dışındaki hemşireler, hafta içi iki vardiya (08-16 ve 16-08 olmak üzere), hafta sonu tek vardiya (08-08 olmak üzere) çalışmaktadırlar. Hemşireler, iş merkezli çalışmaktadır. Doğumdan sonra hemşireler tarafından servise kabul edilen annenin önce vital bulguları alınmakta, kanama ve fundus kontrolü yapılmakta, varsa ilaçları uygulanmakta ve bebeğin

emzirilmesi sağlanmaktadır. Annenin durumu stabilleşip, bebek çocuk hekimi tarafından görülüp, doğumdan 24 saat sonra taburculuk işlemleri yapılmaktadır. Annelere taburcu olmadan önce hemşireler tarafından emzirme, bebek bakımı, loşia bakımı, aile planlaması, sigara içiyor ise sigara ve zararları hakkında eğitim verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; KMB Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde doğum yapan anneler oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

PPD görülme sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalarda %19-36 arasında (Çeber ve ark 2002, Ekuklu ve ark 2002, Erbay 2002, Nur ve ark 2004, Baş 2005, Ocaktan ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Sünter ve ark 2006, Dindar ve Erdoğan 2007, Salgın ve ark 2007, Türkkan ve ark 2007, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008), yurt dışında yapılan çalışmalarda ise %6,8-21,7 arasında (Appleby ve ark 1993, Deborah ve ark 1996, O'Hara ve Swain 1996, Lane ve ark 1997, Yamashita ve ark 2000, Chandran ve ark 2002, Leung ve ark 2005, Bloch ve ark 2006, Cooke ve ark 2007, Gonidakis ve ark 2008, Stewart ve ark 2008) değiştiği dikkate alınarak, PPD sıklığı ortalaması %25 alındığında, ± 10 sapma, yüzde doksan güven düzeyinde ($\alpha=0.10$) ve yüzde seksen güçte ($\beta=0.20$), örneklem büyüklüğü formülle en az 157 olarak hesaplandı (Dawson ve Trapp 1994).

15.12.2008-24.01.2009 tarihleri arasında KMB Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde 323 kadın doğum yapmıştır. Bu kadınlardan 92'si araştırmaya alınma kriterlerine uymadığı için, 31'i ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 200 kadından veri toplanmıştır. Bu 200 kadının 4'ünün veri toplama formunda eksiklik olduğu için 4 kadın çalışma dışında bırakılmıştır. DS ilk 48 saatte 196 kadına, DS 1. ayda 182 kadına (%92,8), DS 3. ayda 172 kadına (%87,7), DS 6. ayda 157 kadına (%80,1) ulaşılabilmektedir. İstatistiksel analizler tüm izlemlerde ulaşılabilen bu 157 kadın üzerinde yapılmıştır.

2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Doğumun KMB Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde 15.12.2008-24.01.2009 tarihleri arasında gerçekleşmesi;
- Karaman Merkez'de oturması
- Annenin miadında canlı doğum yapması,
- Bebeginin yanında olması,
- Sağlıklı bebek sahibi olması (Apgar 9-10),
- Araştırmayı kabul etmesi,
- Soruları cevaplayabilecek mental yeterliliğe sahip olma
- Bebeginin emzirmeye engel bir hastalığının olmaması (Respiratuar Distres Sendromu, Hipoksik İskemik Ensefalopati, Kongenital Kalp Hastalıkları, Fenilketonüri, Galaktozemi).

2.6. Araştırma Soruları

- Kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme durumu nedir?
- Kadınlarda doğum sonrası depresyon görülmesinde risk faktörleri nelerdir?
- Doğum sonu dönemde kadınların DS ilk 48 saat, DS 1. ay, DS 3. ay ve DS 6. ay izlemlerinde doğum sonrası depresyon görülme durumunda fark var mıdır?
- Anne depresyonunun bebek beslenme özelliklerine etkisi var mıdır?
- Anne depresyonunun bebek büyümesine etkisi var mıdır?

2.7. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırma verileri araştırmacı tarafından, örneklem grubundaki annelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanıp, bebeğin antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve göğüs çevresi) ise araştırmacı tarafından alınmıştır. Bebeklerin vücut ağırlığı çıplak olarak 10gr hassas dijital bir terazide ölçüldü. Boy uzunluğu düz bir zeminde sırtüstü yatar pozisyonda elastik olmayan bir mezura ile ölçüldü. Baş çevresi ölçümleri elastik olmayan bir mezura ile önde kaşların üzerinden arkada oksiput çıkıntısına uzanan aralık ölçülerek yapıldı. Göğüs çevresi elastik olmayan mezura ile göğüs uçlarının üzerinden yapıldı.

Araştırmacının hazırladığı sosyo-demografik özellikleri içeren sorulardan oluşan Anne Tanıtım Formu, Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Bebek Değerlendirme Formu ve LATCH (Emzirme Puanlama Sistemi) kullanılmıştır.

2.7.1. Anne Tanıtım Formu

Annelerin sosyodemografik özelliklerini, şimdiki ve önceki gebeliklerine ilişkin öykülerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanmış 34 adet sorudan oluşmaktadır (Ek. A) .

2.7.2. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

EDDÖ Cox ve ark (1987) tarafından İngiltere’de doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Cox ve ark tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme puanı (KP) 12/13 alındığında duyarlılık 0.85, özgüllüğü 0.77, pozitif prediktif değeri 0.83, negatif prediktif değeri 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek postpartum depresyon riskini belirlemeye yönelik, tarama amaçlı bir ölçek olarak hazırlanmış olup depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Cox ve ark 1987).

EDDÖ’nün Türkçe formunun adı ‘Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)’ dir. Ülkemizde Engindeniz ve ark tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. EDDÖ’nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0.79, kesme puanı 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif prediktif değeri 0.69, negatif prediktif değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Engindeniz ve ark 1997).

EDDÖ, 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4’lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her sorunun puanlaması değişik biçimindedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının

toplanması ile elde edilir. 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (Cox ve ark 1987, Engindeniz ve ark 1997).

Ölçekten 12 puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur (Cox ve ark 1987, Engindeniz ve ark 1997). Çalışmada kesme noktası 12/13 alınmış; 13 ve üzerinde puan alanlar PPD semptomatolojisi gösteren grup olarak, 12 ve altında puan alanlar PPD semptomatolojisi göstermeyen grup olarak kabul edilmiştir (Ek. A).

2.7.3. Bebek Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, bebeğin cinsiyeti, beslenme özellikleri, antropometrik ölçümleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma durumunu belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır (Ek. A).

2.7.4. LATCH Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH)

LATCH Emzirme Puanlama Sistemi, Apgar puanlama sistemine göre Jensen ve ark (1994) tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Demirhan, 2003'te Yenal ve Okumuş tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

LATCH Emzirme Puanlama Sistemi, emzirmeyi değerlendirmek ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunmak için beş özel kriter üzerine odaklanmaktadır. Bu kriterler;

- L (Latch on breast); bebeğin memeyi kavramasını,
- A (Audible Swallowing); bebeğin yutma hareketinin görülmesi,
- T (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,
- C (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,
- H (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımcı tanımlar (Jensen ve ark 1994, Demirhan 1997,

Riordan ve ark 2001, Yenal ve Okumuş 2003, Çakmak ve Kuşuoğlu 2006, Tezergil 2007) (EK.A).

LATCH Puanlama Sisteminde her kriter için 0,1,2 puanı verilmektedir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilmektedir. Toplam puanın 10'un altında olması annenin yardıma gereksinimi olduğunu göstermektedir. Puanlama annenin emzirmesi hemşire tarafından gözlenerek yapılmaktadır (Jensen ve ark 1994).

Demirhan (1997) yaptığı LATCH Türkçe uyarlamasında Cronbach Alpha değerini ilk emzirmede 0.70, ikinci emzirmede 0.65 ve üçüncü emzirmede 0.65 bulmuştur. Yenal ve Okumuş ise 2003'te ilk emzirmede 0.96, ikinci emzirmede 0.94 bulmuşlardır (Ek. A).

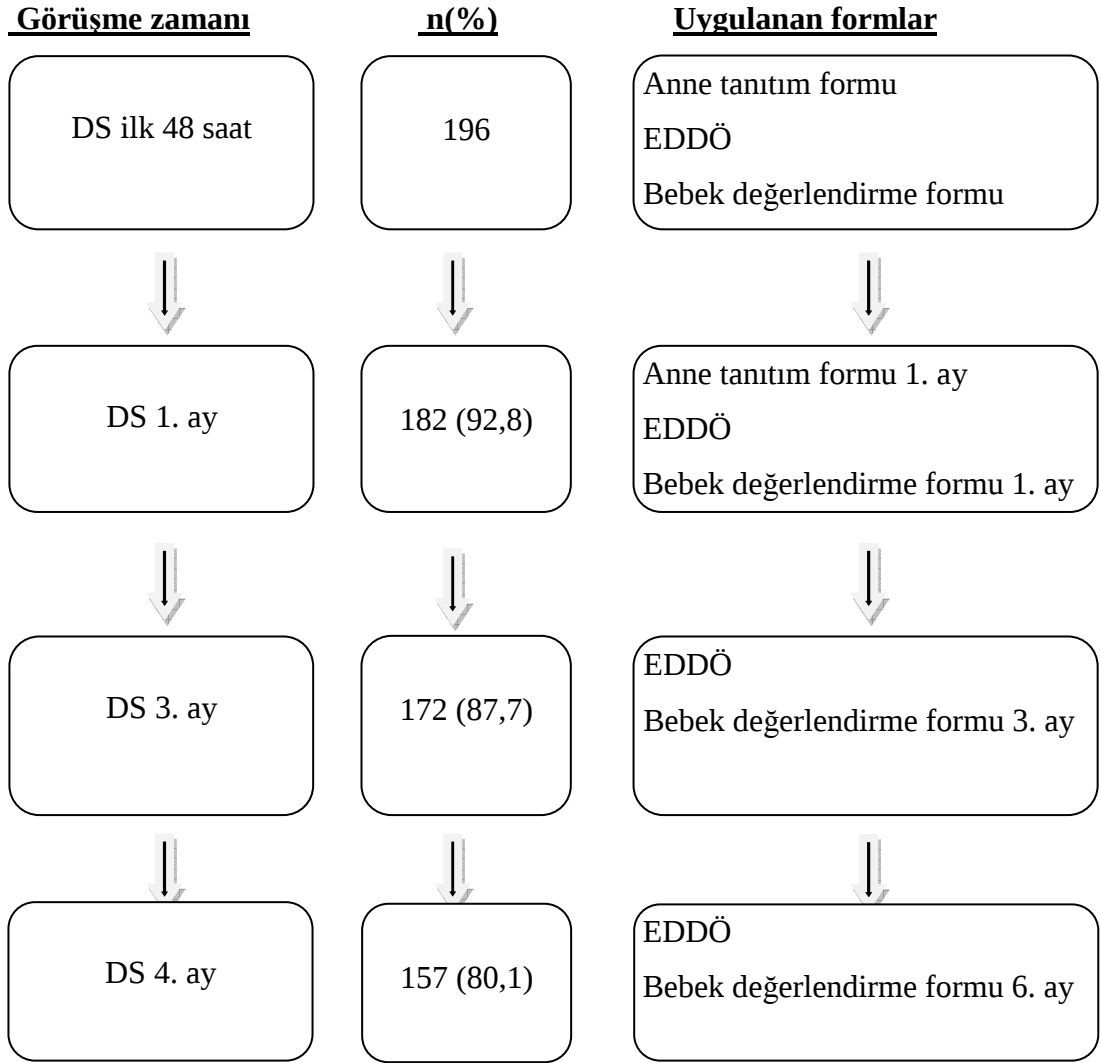
2.8. Veri Toplama Süreci

Verilerin toplanması DS ilk 48 saatte, 1. ay, 3. ay ve 6. ayda olmak üzere dört aşamada gerçekleştirilmiştir. İzlem çalışmalarının bu aralıklarda yapılmasına karar verilirken literatür bilgisinden faydalanılmıştır;

- Doğum sonu dönem, doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlar (Taşkın 2005).
- DSM-IV kriterlerine göre doğum sonu depresyon ilk dört hafta içinde başlamalıdır (APB 1998).
- Bazı çalışmalara göre PPD, kadınların birçoğunda ilk üç ay içinde başlamaktadır (Beck 1999, Karaçam, Kısa 2004, Yıldırım ve ark 2004).
- PPD, doğum sonrası 12 ay içinde herhangi bir zamanda görülebilir (Beck 1999, Karaçam, Kısa 2004, Yıldırım ve ark 2004, WHO 2008).
- Bebeğin büyüme gelişmesinin normal devam edebilmesinde ilk 6 ay sadece anne sütü yeterli olmaktadır (AAP 1997, Çavuşoğlu 2004, Taşkın 2005).

Bebeklerin beslenme özellikleri ile ilgili sorularda son üç gün içinde nasıl beslendikleri ile ilgili bilgi alınmıştır. Bebeklerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Aşılanma ile ilgili veriler ise bebeğin aşı takvimine bakılarak toplanmış, veri toplanan tarihe kadar verilen aşı randevularına gidenlerin aşıları tam olarak değerlendirilmiştir.

Veri toplama sürecinin birinci aşamasında, annenin doğum servisine kabulü ve rutin izlemleri yapıldıktan sonra durumunun stabilleşmesi beklenmiştir. Daha sonra araştırma konusunda gerekli bilgiler verilmiş, araştırmaya katılmak istediği konusunda gerekli yazılı izin alındıktan sonra veri toplanmıştır. Diğer aşamalarda ise görüşmenin planlandığı günden bir hafta önce aranarak bebeği ile birlikte hastaneye davet edilmiştir. Kontrol günü olarak bebeğin ilgili ayını doldurduğu günün üç gün öncesi ile ilgili ayını doldurduğu gün anneye bildirilmiştir. Çeşitli sebeplerden dolayı (Araç bulamaması, bebeğin yolda hastalanacağı korkusu, annenin çalışma saatlerinin uygun olmaması gibi) hastaneye gelemeyen anneler en geç bebeğin ilgili günün üç gün sonrası evlerinde ziyaret edilmiştir. Görüşme zamanı, ulaşılan kişi sayısı ve uygulanan formlar Şekil 2.1’de belirtilmiştir:



Şekil 2.1. Araştırma Akış Şeması

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Kasım 2008'de izin alınmıştır (Bkz. EK.B). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve onam formu okunarak/ okuması sağlanarak yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK.C).

Araştırmanın ilgili hastanede yürütülmesi için Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya alınan kadınlardan EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde puan alan kadınlar depresyon riski taşımaları nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmaları ve danışmanlık hizmeti almaları konusunda yönlendirilmiştir.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca incelemenin yapıldığı hastane için geçerlidir topluma genellenemez. Kadınların doğum sonu dönemde depresyon durumlarını belirlemeye yönelik ölçek kullanılmış, uzman değerlendirmesi yapılmamıştır.

2.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 16.0 (Scientific Packages for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve standart hata kullanıldı. İzlemler arası PPD semptomatolojisi görülme sıklığını karşılaştırmak için Cochran's Q Testi, izlemler arası EDDÖ puan ortalamaları farkı ise puanlar normal dağılım göstermedikleri için Friedman testiyle, farklı gruplar ise Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon Testi kullanıldı. Kategorik verilerin sıklık dağılımları verilerek gruplar arasında Chi-square Testi kullanıldı. Chi-square Testinde anlamlı bulunan veriler Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirildi (%95 Güven Aralığında). LATCH puanları ve EDDÖ puanları ilişkisi eş zamanlı yapılan ölçümler arasında Chi-Square Testi ve Student-t Testi kullanılarak değerlendirildi. Bebeklerin antropometrik ölçümleri EDDÖ puanları ilişkisi Student-t Testi ile değerlendirildi. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ alındı.

3. BULGULAR

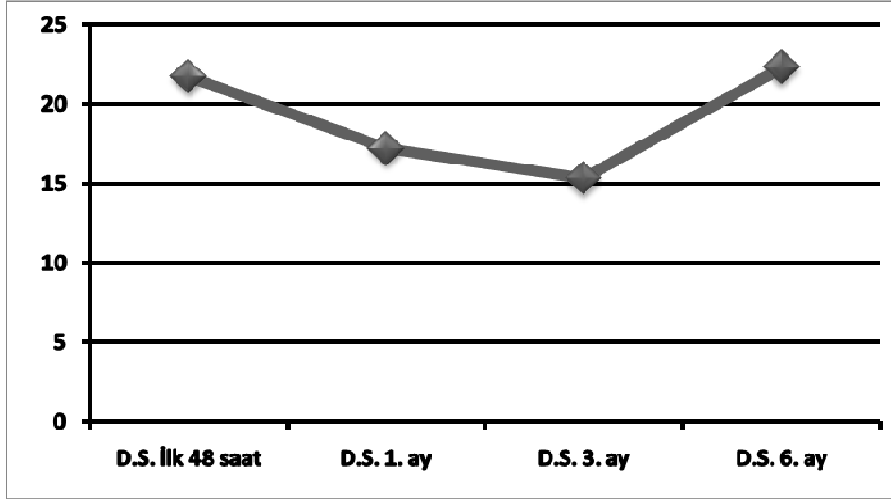
Çalışmaya katılan 157 kadının yaş ortalaması $27,99 \pm 5,24$ (Range= 20-47) olup, kadınların %59,9 (n=94) 25-34 yaşlar arasında, %49,7'si (n=78) ilköğretim 1. kademe ve altı öğrenim düzeyine sahip, %77,1'i (n=121) ev hanımıdır.

Çizelge 3.1'de kadınların Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) puanları ve yüzdelerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde kadınların, DS ilk 48 saatte %21,7'sinde (n=34), DS 1. ayda %17,2'sinde (n=27), DS 3. ayda %15,3'ünde (n=24), DS 6. ayda % 22,3'ünde (n=35) 13 puan ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Yapılan değerlendirmede, EDDÖ'den 12 puan ve altında alan kadınların DS ilk 48 saate göre, DS 1. ayda, DS 3. ayda yüzdelerinde artma ve DS 6. ayda yüzdelerinde azalma olduğu, EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde alan kadınlarında DS ilk 48 saate göre, DS 1. ayda, DS 3. ayda yüzdelerinde azalma ve DS 6. ayda yüzdelerinde artma olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

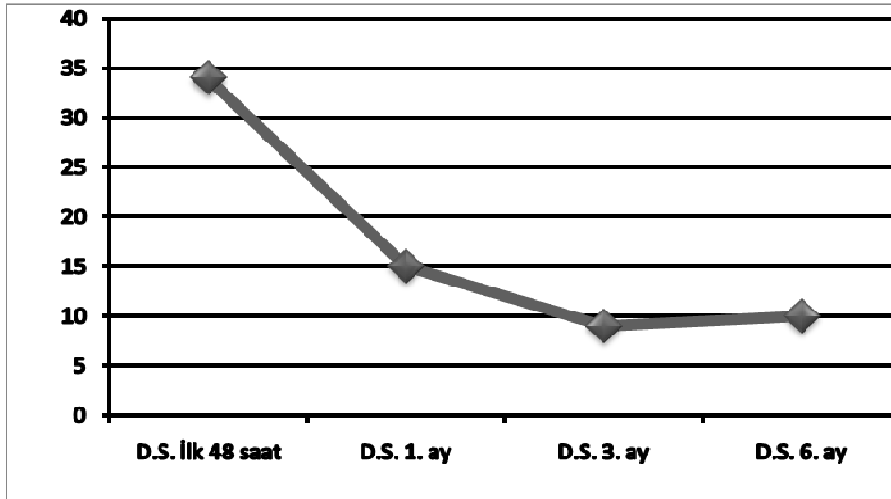
Toplam 157 kadınının ilk 48 saat ve 6. ay dahil EDDÖ puanlarına göre değerlendirme yapıldığında %43,3'ünde (n=68) PPD semptomatolojisi tespit edildi. EDDÖ puanı 13 puan ve üzerinde olan bu 68 vakanın %50,0 (n=34) DS ilk 48 saatte, %22,05'i (n=15) DS 1. ayda, %13,23'ü (n=9) DS 3. ayda, %14,70'i (n=10) DS 6. ayda yeni vaka olarak belirlenmiştir. İlk 48 saatte PPD semptomatolojisi görülen kadınların %61,8'inin daha sonraki izlemlerde tekrar PPD semptomatolojisi görüldüğü tespit edilmiştir. DS ilk 48 saat hariç tutulup, 4. hafta ve 6 ay izlem aralığı değerlendirildiğinde kadınların %35,0'inde (n=55) EDDÖ göre PPD semptomatolojisi tespit edilmiştir. PPD'nun DS 1. aydan itibaren değerlendirilmesi uygun görüldüğünden, istatistiksel analizler ilk 48 saat hariç tutulup, 1-6 ay arasındaki izlemdeki EDDÖ göre PPD semptomatolojisi dikkate alınarak yapılmıştır. (APB 1998).

Çizelge 3.1. Kadınların izlem zamanlarına göre EDDÖ puanlarının dağılımı

EDDÖ Puanı	DS ilk 48 saat n (%)	DS 1. Ay n (%)	DS 3. Ay n (%)	DS 6. Ay n (%)
12 ve altında alanlar	123 (78,3)	130 (82,8)	133 (84,7)	122 (77,7)
13 ve üzerinde alanlar	34 (21,7)	27 (17,2)	24 (15,3)	35 (22,3)
İstatistiksel analiz	Q=5,010 p=0,171			



Grafik 3.1. EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde alan kadın yüzdesi



Grafik 3.2. PPD semptomatolojisi insidansının dağılımı

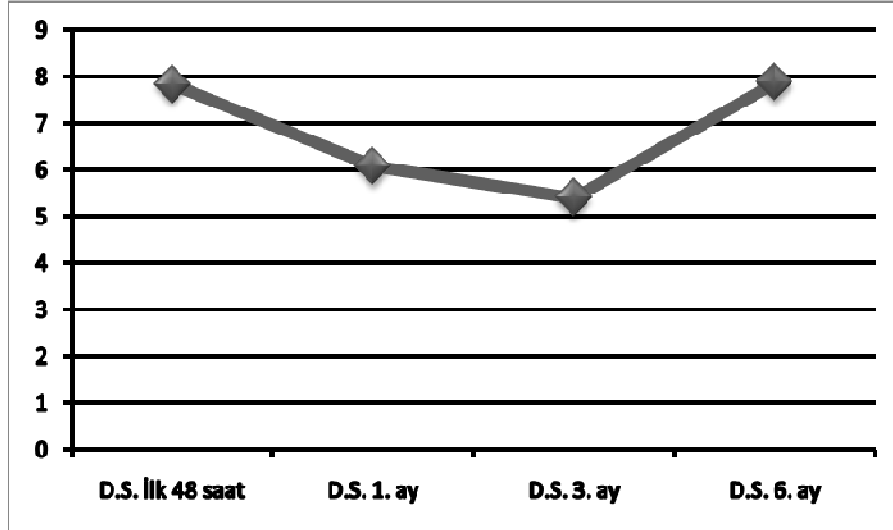
Çizelge 3.2’de kadınların doğum sonrası izlem zamanlarına göre EDDÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Çizelgede, araştırmaya alınan kadınların, DS ilk 48 saat EDDÖ puan ortalamaları ($7,84 \pm 6,01$) DS 1. ay EDDÖ puan ortalamaları ($6,07 \pm 6,48$), DS 3. ay EDDÖ puan ortalamaları ($5,40 \pm 6,22$), DS 6. ay EDDÖ puan

ortalamları ($7,88 \pm 6,68$) olarak 13 puanın altında bulunmuştur. İstatistiksel olarak incelendiğinde kadınların doğum sonrası dönemde izlem zamanlarına göre EDDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bonferroni Düzeltmeli Wilcoxon Testi sonucuna göre D.S. ilk 48 saatte belirlenen EDDÖ puan ortalaması, D.S. 1. ay ve D.S. 3. ayda belirlenen EDDÖ puan ortalamasından; D.S. 6. ayda belirlenen EDDÖ puan ortalaması, D.S. 1. ay ve D.S. 3. ayda belirlenen EDDÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 3.2. Kadınların doğum sonrası izlem zamanlarına göre EDDÖ puan ortalamaları

Ölçüm Zamanı	EDDÖ Puanı Ort±SD	İstatistiksel analiz
DS ilk 48 saat ¹	7,84±6,01	Friedman = 42,639 p=0,0001 (1-2, 1-3, 2-4, 3-4)*
DS 1. Ay ²	6,07±6,48	
DS 3. Ay ³	5,40±6,22	
DS 6. Ay ⁴	7,88±6,68	

* Veriler normal dağılım göstermedikleri için Friedman Testi kullanılmış, gruplar arası fark Bonferroni Düzeltmeli Wilcoxon Testi ile belirlenmiştir.



Grafik 3.3. Kadınların EDDÖ puanların dağılımı

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin %43,9'u (n=69) ilköğretim 2. kademe ve ortaöğretim düzeyinde öğrenim görmüş, %96,8'i (152) gelir getiren herhangi bir işte çalışmaktadır. Gelir durumu incelendiğinde kadınların ailelerinin aylık gelirlerinin 200-6700TL arasında değişmekte, %60,5'inin (n=95) aylık geliri 999 TL

ve altındadır. Kadınların sosyodemografik özellikleri ile PPD semptomatolojisi sıklığı ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

	Toplam n (%) n=157	EDDÖ ≤12 n (%)	EDDÖ ≥13 n (%)	χ²	df	p
Kadının yaşı						
24 yaş ve altı	45 (28,7)	28 (62,2)	17 (37,8)	2,643	2	0,267
25-34 yaş	94 (59,9)	65 (69,1)	29 (30,9)			
35 yaş ve üzeri	18 (11,5)	9 (50,0)	9 (50,0)			
Kadının öğrenim durumu						
İlköğretim 1. kademe ve altı	78 (49,7)	55 (70,5)	23 (29,5)	2,685	2	0,261
İlköğretim 2. kademe	26 (16,6)	17 (65,4)	9 (34,6)			
Orta öğretim ve yüksek öğretim	53 (33,8)	30 (56,6)	23 (43,4)			
Kadının çalışma durumu						
Ev hanımı	121 (77,1)	77 (63,6)	44 (36,4)	0,411	1	0,521
Çalışıyor	36 (22,9)	25 (69,4)	11 (30,6)			
Sağlık güvencesi						
Yok	8 (5,1)	5 (62,5)	3 (37,5)	0,023	1	0,881
Var	149 (94,9)	97 (65,1)	52 (34,9)			
Eşin öğrenim durumu						
İlköğretim 1. kademe ve altı	54 (34,4)	30 (55,6)	24 (44,4)	3,466	2	0,177
İlköğretim 2. kademe	20 (12,7)	13 (65,0)	7 (35,0)			
Orta öğretim ve yüksek öğretim	83 (52,9)	59 (71,1)	24 (28,9)			
Eşin çalışma durumu						
İşsiz	5 (3,2)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,513	1	0,474
Çalışıyor	152 (96,8)	98 (64,5)	54 (35,5)			
En uzun yaşanan yer						
Kırsal	40 (25,5)	29 (72,5)	11 (27,5)	1,338	1	0,247
Kentsel	117 (74,5)	73 (62,4)	44 (37,6)			
Aylık gelir						
500 TL ve altı	24 (15,3)	12 (50,0)	12 (50,0)	3,296	2	0,192
501 - 999 TL	71 (45,2)	50 (70,4)	21 (29,6)			
1000 TL ve üzeri	62 (39,5)	40 (64,5)	22 (35,5)			
Konut mülkiyeti						
Kiracı	90 (57,3)	59 (65,6)	31 (34,4)	0,032	1	0,858
Ev sahibi	67 (42,7)	43 (64,2)	24 (35,8)			

Araştırmaya katılan kadınların %87,9'unun (n=138) çekirdek aileye sahip olduğu, kadınların evlenme yaşı ortalamasının $21,29 \pm 3,53$ (15-33 yaş) olup %66,2'sinin (n=104) 20 yaşında veya daha sonra evlendiği belirlenmiştir. Kadınların evlilik süresinin ortalaması $6,62 \pm 5,40$ 'dır (1-23 yıl), %54,1'i (n=85) 5 yıl veya daha kısa süredir evli olup, kadınların kendi ifadelerine göre %55,4'ünün (n=87) eşi ile ilişkisi iyidir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %59,2'sine doğum sonrası dönemde annesi bakım vermiştir. Kadınların yaşadıkları evde ortalama $4,12 \pm 1,02$ (3-8 kişi) kişi yaşamaktadır ve evde ortalama $3,52 \pm 0,64$ (2-6 oda) oda bulunmaktadır.

Eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirten kadınların %60,0'ında (n=12), orta olduğunu belirten kadınların %34,5'inde (n=30), iyi olduğunu belirten kadınların %26,0'sında (n=13) PPD semptomatolojisi görülmüştür. İstatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Kadınların aile özelliklerinin dağılımı

	Toplam n (%) n=157	EDDÖ ≤ 12 n (%)	EDDÖ ≥ 13 n (%)	χ ²	df	p
Aile tipi						
Çekirdek	138 (87,9)	89 (64,5)	49 (35,5)	0,113	1	0,736
Geniş aile	19 (12,1)	13 (68,4)	6 (31,6)			
Evlilik yaşı						
19 yaş ve altı	53 (33,8)	32 (60,4)	21 (39,6)	0,741	1	0,389
20 yaş ve üzeri	104 (66,2)	70 (67,3)	34 (32,7)			
Evlilik süresi						
5 yıl ve altı	85 (54,1)	60 (70,6)	25 (29,4)			
6-10 yıl	37 (23,6)	20 (54,1)	17 (45,9)	3,185	2	0,203
11 yıl ve üzeri	35 (22,3)	22 (62,9)	13 (37,1)			
Eşi ile ilişki*						
Kötü	20 (12,7)	8 (40,0)	12 (60,0)	7,282	2	0,026
Orta	87 (55,4)	57 (65,5)	30 (34,5)			
İyi	50 (31,8)	37 (74,0)	13 (26,0)			
DS destek veren kişi						
Eş	17 (10,8)	12 (70,6)	5 (29,4)	1,772	3	0,621
Anne	93 (59,2)	57 (61,3)	36 (38,7)			
Kayınvalide	27 (17,2)	20 (74,1)	7 (25,9)			
Anne ve kayınvalide	20 (12,7)	13 (65,0)	7 (35,0)			
Hanede yaşayan birey sayısı						
4 ve daha az kişi	108 (68,8)	70 (64,8)	38 (35,2)	0,004	1	0,952
5 ve daha fazla kişi	49 (31,2)	32 (65,3)	17 (34,7)			
Hanedeki oda sayısı						
3 ve daha az	70 (44,6)	44 (62,9)	26 (37,1)	0,247	1	0,619
4 ve daha fazla	87 (55,4)	58 (66,7)	29 (33,3)			

*Kadınların kendilerinin nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik ve doğum öyküleri incelenmiş, kadınların %40,8'inin (n=64) iki kez gebelik yaşadığı, %42'sinin (n=66) iki kez doğum yaptığı, %42'sinin (n=66) iki yaşayan çocuğu bulunduğu belirlenmiştir. Araştırmada kadınların %18,5'i (n=29) en az bir kez abortus yapmış, %1,9'u (n=3) ölü doğum yapmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların ilk doğum yaşları ortalaması 22,89±3,75 (16-34 yaş) olup, kadınların %83,4'ü (n=131) ilk doğumunu 20 yaşından sonra deneyimlemiştir. Kadınların gebelik ve doğum öykülerine ilişkin

özelliklerinin PPD semptomatolojisi sıklığı ile anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. Kadınların gebelik ve doğum öykülerine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı

	Toplam n (%) n=157	EDDÖ ≤12 n (%)	EDDÖ ≥13 n (%)	χ²	df	p
Gebelik sayısı						
1	44 (28,0)	28 (63,6)	16 (36,4)	0,179	2	0,914
2	64 (40,8)	41 (64,1)	23 (35,9)			
3 ve daha fazla	49 (31,2)	33 (67,3)	16 (32,7)			
Doğum sayısı						
1	53 (33,8)	36 (67,9)	17 (32,1)	0,310	2	0,857
2	66 (42,0)	42 (63,6)	24 (36,4)			
3 ve daha fazla	38 (24,2)	24 (63,2)	14 (36,8)			
Yaşayan çocuk sayısı						
1	55 (35,0)	37 (67,3)	18 (32,7)	0,365	2	0,833
2	66 (42,0)	43 (65,2)	23 (34,8)			
3 ve daha fazla	36 (22,9)	22 (61,1)	14 (38,9)			
Abortus yapma durumu						
Yaptı	29 (18,5)	22 (75,9)	7 (24,1)	1,855	1	0,173
Yapmadı	128 (81,5)	80 (62,5)	48 (37,5)			
İlk doğum yaşı						
19 yaş ve altı	26 (16,6)	15 (57,7)	11 (42,3)	0,725	1	0,395
20 yaş ve üzeri	131 (83,4)	87 (66,4)	44 (33,6)			

Araştırma kapsamındaki kadınların %79,6'sının (n=90) son iki gebelikleri arasındaki süre 2 yıl ve daha fazla olup, %59,2'si (n=93) gebeliğini planlamıştır. İstenmeyen gebeliklerin ifade edilen en sık nedeni %33,3'le (n=8) çocuk sayısının yeterli görülmesidir. Kadınların %77,1'i (n=121) bebek bakımı hakkındaki bilgisini yeterli bulmuştur.

Gebelikte riskli durumun varlığı durumuna bakılmış; % 28,0'inde (n=44) riskli durum bulunduğu belirlenmiştir (Gilbert, Harmon 2002, Pesavento ve ark 2005). Riskli durumlardan en sık yaşananları %56,8'le (n=25) abortus imminenstir. Kadınların %15,3'ü (n=24) gebeliğinde hastalık yaşamıştır ve bunların %50,0 si

(n=12) enfeksiyon geçirmiştir. %12,1 (n=19) kadın gebeliğinde hastalığından dolayı ilaç kullanmıştır, en sık kullanılan ilaç ise %47,4 ile (n=9) antibiyotiklerdir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %14,0 'ü (n=22) gebeliği esnasında sigara içmiştir. Kadınların %32,5'inin (n=51) normal doğum yaptığı, %67,5'inin (n=106) sezaryen doğum yaptığı, bebeklerin ise %52,2'sinin (n=82) kız, %47,8'inin (n=75) erkek bebek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların şimdiki gebeliğine ilişkin özelliklerinin PPD semptomatolojisi sıklığını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Kadınların şimdiki gebeliğine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı

	Toplam	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13			
	n(%) n=157	n (%)	n (%)	χ²	df	p
Son iki gebelik arasındaki süre	n=113					
2 yıldan daha az	23 (20,4)	19 (82,6)	4 (17,4)	3,746	1	0,053
2 yıl ve daha fazla	90 (79,6)	55 (61,1)	35 (38,9)			
Gebeliğin planlanma durumu						
İstenmeyen gebelik	23 (14,6)	11 (47,8)	12 (52,2)			
Planlanmayan gebelik	41 (26,1)	26 (63,4)	15 (36,6)	4,004	2	0,135
Planlı gebelik	93 (59,2)	65 (69,9)	28 (30,1)			
Bebek bakımı hakkındaki bilgi*						
Yetersiz	36 (22,9)	24 (66,7)	12 (33,3)	0,059	1	0,808
Yeterli	121 (77,1)	78 (64,5)	43 (35,5)			
Riskli gebelik durumu						
Var	44 (28,0)	26 (59,1)	18 (40,9)	0,928	1	0,335
Yok	113 (72,0)	76 (67,3)	37 (32,7)			
Gebelikte hastalık yaşama						
Evet	24 (15,3)	16 (66,7)	8 (33,3)	0,036	1	0,850
Hayır	133 (84,7)	86 (64,7)	47 (35,3)			
İlaç kullanma**						
Evet	19 (12,1)	12 (63,2)	7 (36,8)	0,031	1	0,860
Hayır	138 (87,9)	90 (65,2)	48 (34,8)			
Gebelikte sigara içme durumu						
Evet	22 (14,0)	11 (50,0)	11 (50,0)	2,519	1	0,113
Hayır	135 (86,0)	91 (67,4)	44 (32,6)			
Doğum şekli						
Normal doğum	51 (32,5)	34 (66,7)	17 (33,3)	0,096	1	0,757
Sezaryen	106 (67,5)	68 (64,2)	38 (35,8)			
Bebeğin cinsiyeti						
Kız	82 (52,2)	53 (64,6)	29 (35,4)	0,008	1	0,927
Erkek	75 (47,8)	49 (65,3)	26 (34,7)			

*Kadınların kendilerini nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur.

** Vitamin ve demir desteği alma ilaç olarak kabul edilmemiştir.

Çizelge 3.7’de kadınların gebelikte izlem durumları incelenmiştir. Kadınların hepsi en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Kadınların %99,4’ü (n=156) 4 ve daha fazla doğum öncesi bakım almıştır. Kadınların %94,9’unun (n=148) tetanoz aşısı tam doz uygulanmış, %98,1’i (n=154) gebeliğinde en az 4 kez kan basıncı

kontrolü yaptırmış, %60,9'u (n=95) 4'ten az kez hemogram analizi yaptırmış, %78,2'si (n=122) 4 ve daha fazla kez ultrason kontrolü yaptırmış, %96,8'i (n=151) 4 ve daha fazla kez ağırlık kontrolü yaptırmış, %96,2'si (n=150) 4 ve daha fazla kez ÇKS kontrolü yaptırmış, %60,3'i (n=94) 3 ve daha az kez idrar analizi yaptırmış, %68,2'si (n=107) OGTT analizi yaptırmış, %54,1'i (n=85) üçlü tarama testi yaptırmıştır. Çalışmamızda kadınların gebelikte izlem durumlarına ilişkin özelliklerinin PPD semptomatolojisi sıklığını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır.

Çizelge 3.7. Kadınların gebelikte izlem durumları

	Toplam	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13			
	n (%) n=157	n (%)	n (%)	χ^2	df	p
Gebelikte tetanoz aşısı						
yaptırma durumu						
Yetersiz	8 (5,1)	5 (62,5)	3 (37,5)	0,019	1	0,892
Tam	148 (94,9)	96 (64,9)	52 (35,1)			
Kan basıncı kontrolü						
3 izlem ve altı	3 (1,9)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,004	1	0,950
4 ve üstü izlem	154 (98,1)	100 (64,9)	54 (35,1)			
Hemogram analizi						
3 izlem ve altı	95 (60,9)	61 (64,2)	34 (35,8)	0,030	1	0,862
4 ve üstü izlem	61 (39,1)	40 (65,6)	21 (34,4)			
Ultrason kontrolü						
3 izlem ve altı	34 (21,8)	19 (55,9)	15 (44,1)	1,496	1	0,221
4 ve üstü izlem	122 (78,2)	82 (67,2)	40 (32,8)			
Ağırlık kontrolü						
3 izlem ve altı	5 (3,2)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,527	1	0,468
4 ve üstü izlem	151 (96,8)	97 (64,2)	54 (35,8)			
ÇKS kontrolü						
3 izlem ve altı	6 (3,8)	3 (50,0)	3 (50,0)	0,594	1	0,441
4 ve üstü izlem	150 (96,2)	98 (65,3)	52 (34,7)			
İdrar analizi						
3 izlem ve altı	94 (60,3)	60 (63,8)	34 (36,2)	0,087	1	0,769
4 ve üstü izlem	62 (39,7)	35 (39,8)	27 (39,7)			
OGTT kontrolü						
Yaptırmadı	50 (31,8)	72 (67,3)	35 (32,7)	0,796	1	0,372
Yaptırdı	107 (68,2)	30 (60,0)	20 (40,0)			
Üçlü tarama testi						
Yaptırmadı	72 (45,9)	56 (65,9)	29 (34,1)	0,068	1	0,794
Yaptırdı	85 (54,1)	46 (63,9)	26 (36,1)			

Çizelge 3.8’de kadınların psikiyatrik sorun öyküsüne ilişkin dağılımları yer almaktadır. Kadınların %18,5’i (n=29) daha önce psikiyatrik sorun yaşamıştır ve bunlardan %96,2’si (n=25) depresyon geçirmiştir. Ayrıca kadınların %11,5’i (n=13) daha önceki doğumundan sonra psikiyatrik sorun yaşamıştır. Bunlardan %92,3’ü (n=12) depresyon yaşamıştır. Kadınların %8,3’ünün (n=13) aile öyküsünde psikiyatrik sorun bulunmaktadır ve bunların tamamı depresyondur. Öyküsünde

psikiyatrik sorun bulunan kadınların %62,1'inde (n=18) PPD semptomatolojisi görülürken, öyküsünde psikiyatrik sorun bulunmayan kadınların %28,9'unda (n=37) PPD semptomatolojisi görülmüştür. İstatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.8. Psikiyatrik hastalık öyküsü

	Toplam	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13			
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	df	p
	n=157					
Öyküsünde psikiyatrik sorun:						
Olan	29 (18,5)	11 (37,9)	18 (62,1)	11,425	1	0,001
Olmayan	128 (81,5)	91 (71,1)	37 (28,9)			
Önceki gebelikten sonra	113*					
psikiyatrik sorun:						
Olan	13 (11,5)	8 (61,5)	5 (38,5)	0,101	1	0,750
Olmayan	100 (88,5)	66 (66,0)	34 (34,0)			
Ailede psikiyatrik sorun:						
Var	13 (8,3)	6 (46,2)	7 (53,8)	2,204	1	0,138
Yok	144 (91,7)	96 (66,7)	48 (33,3)			

*Daha önce gebelik yaşamış olanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.9'da Chi-square Testinde anlamlı bulunan bağımlı değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi görülmektedir. Eş ile ilişkinin durumu kötü olanların iyi olanlara göre PPD semptomatolojisi sıklığı yaklaşık 3,2 kat artmaktadır [OR, %95 CI; 3,255 (1,039, 10,196)]. Öyküsünde psikiyatrik sorun bulunması PPD semptomatolojisi sıklığını yaklaşık 3,5 kat artırmaktadır [OR, %95 CI; 3,452 (1,454-8,191)].

Çizelge 3.9. Chi-square testinde anlamlı bulunan değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi

Değişken	Odds ratio	%95 CI	P
Eş ilişkisi			
İyi	1,000		0,128
Orta	1,418	0,644- 3,126	0,386
Kötü	3,255	1,039-10,196	0,043
Öyküsünde psikiyatrik sorun	3,452	1,454-8,191	0,005

Çizelge 3.10’da araştırma kapsamındaki bebeklerin izlem zamanlarına göre antropometrik ölçümleri yer almaktadır. Araştırmada doğumdan sonra ilk 48 saat içinde yapılan ölçümlerde bebeklerin ağırlıkları ortalaması (3240,9±32,23) gr, DS 6. ayda yapılan ölçümlerinde ağırlıkları ortalaması (7683,9±64,84) gr bulunmuştur. PPD semptomatolojisi gösteren ve göstermeyen kadınların bebeklerinin ağırlıkları istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Araştırmada doğumdan sonra ilk 48 saat içinde yapılan ölçümlerde bebeklerin boy uzunlukları ortalaması (49,09±0,16) cm, DS 6. ayda yapılan ölçümlerinde boy uzunlukları ortalaması (68,12±0,19) cm bulunmuştur. PPD semptomatolojisi gösteren ve göstermeyen kadınların bebeklerinin boy uzunlukları istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Araştırmada doğumdan sonra ilk 48 saat içinde yapılan ölçümlerde bebeklerin baş çevreleri ortalaması (34,32±0,09) cm, DS 6. ayda yapılan ölçümlerinde baş çevreleri ortalaması (68,12±0,19) cm bulunmuştur. PPD semptomatolojisi gösteren ve göstermeyen kadınların bebeklerinin baş çevresi istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Araştırmada doğumdan sonra ilk 48 saat içinde yapılan ölçümlerde bebeklerin göğüs çevreleri ortalaması (32,75±0,11) cm, DS 6. ayda yapılan ölçümlerinde göğüs çevreleri ortalaması (43,86±0,13) cm bulunmuştur. PPD semptomatolojisi gösteren ve göstermeyen kadınların bebeklerinin göğüs çevresi istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Çizelge 3.10. Bebeklerin antropometrik ölçümleri

	Toplam	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13	İstatistiksel analiz	
	x ± SE	x ± SE	x ± SE	t	p
İlk 48 saatte ağırlık	3240,9±32,23	3269,6± 41,02	3187,7± 51,44	1,214	0,227
6. ayda ağırlık	7683,9±64,84	7708,3± 80,95	7638,7± 109,02	0,511	0,610
İlk 48 saatte boy uzunluğu	49,09±0,16	49,09±0,18	49,09± 0,30	0,021	0,983
6. ayda boy uzunluğu	68,12±0,19	68,21±0,23	67,96± 0,35	0,593	0,554
İlk 48 saatte baş çevresi	34,32±0,09	34,34± 0,10	34,27±0,17	0,387	0,699
6. ayda baş çevresi	42,61±0,10	42,67±0,13	42,50±0,17	0,734	0,464
İlk 48 saatte göğüs çevresi	32,75±0,11	32,81±0,14	32,63±0,20	0,714	0,477
6. ayda göğüs çevresi	43,86±0,13	43,86±0,16	43,86±0,21	0,014	0,988

Çizelge 3.11’de araştırma kapsamındaki bebeklerin beslenme özellikleri incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki bebeklerin DS ilk beslenme zamanı ortalama 70,31±57,22 (10-300) dakikadır. Bebeklerin %68,8’i (n=108) DS ilk 60 dk. içinde, %87,9’u (n=138) ilk anne sütü ile beslenmiştir. Bebeğin ilk beslenmesinde anne sütü kullanmayanlar, en sık su %9,6 (n=15) kullanmıştır. Araştırma kapsamındaki bebeklerin %85,4’ü (n=134) 6 aylık olmadan ekbesin almaya başlamış, kadınların %10,2’si (n=16) bebeğini emzirmeyi bırakmıştır. Araştırmada bebeklerin %62,4’ünün (n=98) demir desteği, %85,4’inin (n=134) D vitamini desteği aldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede kadında PPD semptomatolojisi gösterip göstermeme ile bebeklerin doğumdan sonra ilk beslenme zamanları, bebeğin ilk beslenme içeriği, ekbesine ilk başlama zamanı, emzirmeyi bırakma durumu, demir ve D vitamini desteği alma durumu arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Çizelge 3.11. Bebeklerin beslenme özellikleri

	Toplam n (%) n=157	EDDÖ ≤12 n (%)	EDDÖ ≥13 n (%)	χ^2	df	p
Bebeklerin doğumdan sonra ilk beslenme zamanları						
60 dk ve daha önce	108 (68,8)	75 (69,4)	33 (30,6)	3,046	1	0,081
60dk'dan sonra	49 (31,2)	27 (55,1)	22 (44,9)			
Bebeğin ilk beslenme içeriği						
Anne sütü	138 (87,9)	92 (66,7)	46 (33,3)	1,445	1	0,229
Diğer	19 (12,1)	10 (52,6)	9 (47,4)			
Ekbesine ilk başlama zamanı						
6. aydan önce	134 (85,4)	86 (64,2)	48 (35,8)	0,250	1	0,617
6. ay ve hiç başlamayan	23 (14,6)	16 (69,6)	7 (30,4)			
Emzirmeyi bırakma durumu						
Bıraktı	16 (10,2)	8 (50,0)	8 (50,0)	1,754	1	0,185
Sürdürüyor	141 (89,8)	94 (66,7)	47 (33,3)			
Demir desteği alma durumu						
Aldı	98 (62,4)	64 (65,3)	34 (34,7)	0,013	1	0,909
Almadı	59 (37,6)	38 (64,4)	21 (35,6)			
D vitamini desteği alma durumu						
Aldı	134 (85,4)	85 (63,4)	49 (36,6)	0,947	1	0,330
Almadı	23 (14,6)	17 (73,9)	6 (26,1)			

Araştırma kapsamına alınan kadınların LATCH puanı ortalaması DS ilk 48 saatte $8,07 \pm 1,43$ (4-10), DS 1.ayda $9,42 \pm 0,94$ (6-10), DS 3. aydan $9,66 \pm 0,78$ (6-10) ve DS 6. ayda $9,83 \pm 0,59$ (6-10) bulunmuştur.

DS ilk 48 saatte %80,9'u (n=127) LATCH'dan 9 puan ve altında almış, %19,1'i (n=30) LATCH'dan 10 puan almıştır. DS 1. Ay %32,1'i (n=50) LATCH'dan 9 puan ve altında almış, %67,9'u (n=106) LATCH'dan 10 puan almıştır. DS 3. Ayda %18,4'ü (n=28) LATCH'dan 9 puan ve altında almış, %81,6'sı (n=124) LATCH'dan 10 puan almıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; DS ilk 48 saatte, DS 3. ayda ve DS 6. ayda LATCH'dan 9 puan ve altında alma ile PPD semptomatolojisi gösterme

durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). DS 1. ayda LATCH'dan 9 puan ve altında alan kadınların %26,0'sında, 10 puan alan kadınların %13,2'sinde PPD semptomatolojisi gözlemlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. DS izlem zamanlarına göre kadınların LATCH puanları

	Toplam	EDDÖ ≤ 12	EDDÖ ≥ 13			
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	df	p
	n=157					
DS ilk 48 saatte						
9 Puan ve altı	127 (80,9)	98 (77,2)	29 (22,8)	0,544	1	0,461
10 Puan	30 (19,1)	25 (83,3)	5 (16,7)			
DS 1. ayda*	156					
9 Puan ve altı	50 (32,1)	37 (74,0)	13 (26,0)	3,885	1	0,049
10 Puan	106 (67,9)	92 (86,8)	14 (13,2)			
DS 3. ayda**	152					
9 Puan ve altı	28 (18,4)	23 (82,1)	5 (17,9)	0,199	1	0,656
10 Puan	124 (81,6)	106 (85,5)	18 (14,5)			
DS 6. ayda***	141					
9 Puan ve altı	11 (7,8)	9 (81,8)	2 (18,2)	0,068	1	0,794
10 Puan	130 (92,2)	102 (78,5)	28 (21,5)			

*DS 1. aydan önce 1 kişi emzirmeyi bıraktığı için LATCH puanı değerlendirilememiştir.

** DS 3. aydan önce 5 kişi emzirmeyi bıraktığı için LATCH puanı değerlendirilememiştir.

***DS 6. aydan önce 16 kişi emzirmeyi bıraktığı için LATCH puanı değerlendirilememiştir.

Çizelge 3.13'te DS ilk 48 saatte bebeklerin beslenme durumları incelenmiştir. DS ilk 48 saatte bebeklerin beslenme içeriği incelenmiş; %75,2'sinin (n=118) sadece anne sütü ile beslendiği, %1,9'unun (n=3) biberon kullanılarak beslendiği, %74,5'inin (n=117) 5 dk'dan daha uzun süre emzirildiği belirlenmiştir. DS ilk 48 saatte bebeklerin beslenme durumlarının PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.13. DS ilk 48 saatte bebeklerin beslenme durumları

	Toplam	EDDÖ$\leq$12	EDDÖ $\geq$13			
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	df	p
	n=157					
DS ilk 48 saatte bebeğin beslenme içeriği						
Sadece anne sütü	118 (75,2)	76 (64,4)	42 (35,6)	0,066	1	0,798
Diğer	39 (24,8)	26 (66,7)	13 (33,3)			
DS ilk 48 saatte emzirme süresi						
5 dk ve daha az	40 (25,5)	25 (62,5)	15 (37,5)	0,144	1	0,705
5 dk'dan daha fazla	117 (74,5)	77 (65,8)	40 (34,2)			

Çizelge 3.14'te DS 1. ayda bebeklerin beslenme durumları incelenmiştir. DS 1. ayda bebeklerin beslenme içeriği incelenmiş; %54,1'inin (n=85) sadece anne sütü ile beslendiği, %15,3'ünün (n=24) biberon kullanılarak beslendiği, %77,6'sının (n=121) 10 dk veya daha fazla emzirildiği, %57,1'inin (n=89) 2 saat ve daha kısa aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama $10,61 \pm 3,45$ olduğu, %69,2'sinin (n=108) günde 11 kez ve daha az emzirildiği belirlenmiştir. DS 1. ayda bebeklerin beslenme durumlarının PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.14. DS 1. ayda bebeklerin beslenme durumları

	Toplam n (%) n=157	EDDÖ ≤12 n (%)	EDDÖ ≥13 n (%)	χ^2	df	p
DS 1. ayda bebeğin beslenme içeriği						
Sadece anne sütü	85 (54,1)	57 (67,1)	28 (32,9)	0,356	1	0,551
Diğer	72 (45,9)	45 (62,5)	27 (37,5)			
DS 1. ayda biberon kullanma durumu						
Kullandı	24 (15,3)	13 (54,2)	11 (45,8)	1,452	1	0,228
Kullanmadı	133 (84,7)	89 (66,9)	44 (33,1)			
DS 1. ayda emzirme süresi*	156					
10 dk'dan daha az	35 (22,4)	19 (54,3)	16 (45,7)	2,162	1	0,141
10 dk ve daha fazla	121 (77,6)	82 (67,8)	39 (32,2)			
DS 1. ayda iki emzirme arasındaki en uzun süre*	156					
2 saat ve daha kısa	89 (57,1)	55 (61,8)	34 (38,2)	0,788	1	0,375
2 saatten fazla	67 (42,9)	46 (68,7)	21 (31,3)			
DS 1. ayda bir gün içindeki emzirme sayısı*	156					
11 ve daha az	108 (69,2)	69 (63,9)	39 (36,1)	0,112	1	0,738
12 ve daha fazla	48 (30,8)	32 (66,7)	16 (33,3)			

* DS 1. aydan önce 1 kişi emzirmeyi bıraktığı için 156 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.15'te DS 3. ayda bebeklerin beslenme durumları incelenmiştir. DS 3. ayda bebeklerin beslenme içeriği incelenmiş; %35,0'inin (n=55) sadece anne sütü ile beslendiği, %29,9'unun (n=47) biberon kullanılarak beslendiği, %65,8'inin (n=100) 10 dk veya daha fazla emzirildiği, %56,6'sının (n=86) 4 saat veya daha kısa aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama 10,15±3,46 olduğu, %88,2'sinin (n=134) günde 7 ya da daha fazla kez emzirildiği belirlenmiştir. DS 3. ayda bebeklerin beslenme durumlarının PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.15. DS 3. ayda bebeklerin beslenme durumları

	Toplam	EDDÖ ≤12	EDDÖ ≥13			
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	df	p
	n=157					
DS 3. ayda bebeğin beslenme içeriği						
Sadece anne sütü	55 (35,0)	37 (67,3)	18 (32,7)	0,198	1	0,657
Diğer	102 (65,0)	65 (63,7)	37 (36,3)			
DS 3. ayda biberon kullanma durumu						
Kullandı	47 (29,9)	31 (66,0)	16 (34,0)	0,029	1	0,865
Kullanmadı	110 (70,1)	71 (64,5)	39 (35,5)			
DS 3. ayda emzirme süresi*	152					
10 dk'dan daha az	52 (34,2)	34 (65,4)	18 (34,6)	0,006	1	0,940
10 dk ve daha fazla	100 (65,8)	66 (66,0)	34 (34,0)			
DS 3. ayda iki emzirme arasındaki en uzun süre*	152					
4 saat ve daha kısa	86 (56,6)	57 (66,3)	29 (33,7)	0,021	1	0,885
4 saatten fazla	66 (43,4)	43 (65,2)	23 (34,8)			
DS 3. ayda bir gün içindeki emzirme sayısı*	152					
6 ve daha az	18 (11,8)	11 (61,1)	7 (38,9)	0,199	1	0,656
7 ve daha fazla	134 (88,2)	89 (66,4)	45 (33,6)			

*5 kişi 3. Aydan önce emzirmeyi bıraktığı için 152 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.16'da DS 6. ayda bebeklerin beslenme durumları incelenmiştir. DS 6. ayda bebeklerin beslenme içeriği incelenmiş; %1,9'unun (n=3) sadece anne sütü ile beslendiği, %68,8'inin (n=108) biberon kullanmadığı, %66,7'sinin (n=94) 10 dk ve daha fazla emzirdiği, %55,0'inin (n=77) 4 saatten fazla aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama 9,28±4,07 olduğu, %76,6'sının (n=108) günde 6 veya daha az kez emzirildiği belirlenmiştir. DS 6. ayda bebeklerin beslenme durumlarının PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.16. DS 6. ayda bebeklerin beslenme durumları

	Toplam n (%)	EDDÖ ≤ 12 n (%)	EDDÖ ≥ 13 n (%)	χ^2	df	p
DS 6. ayda biberon kullanma durumu						
Kullandı	49 (31,2)	30 (61,2)	19 (38,8)	0,439	1	0,508
Kullanmadı	108 (68,8)	72 (66,7)	36 (33,3)			
DS 6. ayda emzirme süresi*	141					
10 dk'dan daha az	47 (33,3)	20 (24,4)	27 (45,8)	2,697	1	0,101
10 dk ve daha fazla	94 (66,7)	67 (71,3)	27 (28,7)			
DS 6. ayda iki emzirme arasındaki en uzun süre*	141					
4 saat ve daha kısa	63 (45,0)	40 (63,5)	23 (36,5)	0,443	1	0,506
4 saatten fazla	77 (55,0)	53 (68,8)	24 (31,2)			
DS 6. ayda bir gün içindeki emzirme sayısı*	141					
6 ve daha az	33 (23,4)	22 (66,7)	11 (33,3)	0,000	1	1,000
7 ve daha fazla	108 (76,6)	72 (66,7)	36 (33,3)			

*16 kişi 6. aydan önce emzirmeyi bıraktığı için 141 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmada bebekler koruyucu sağlık hizmetleri ve taramalar yönünden incelenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bebeklerin hepsi işitme taramasından geçmiş, hepsinden feniketonüri taraması için kan alınmıştır. Araştırmada bebeklerin hiçbirinin görme taramasından geçmediği belirlenmiş. Aşılanma durumu incelendiğinde ise bebeklerin tümünün henüz tarihi gelmemiş aşı randevusuna kadar tüm aşılarının yapılmış olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların LATCH puanlarının 9 puan ve altında, 10 puan olmasına göre EDDÖ puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. DS izlem zamanlarına göre kadınların LATCH puanları

	DS İlk 48 Saat	DS 1. Ay	DS 3. Ay	DS 6. Ay
	x ± SE	x ± SE	x ± SE	x ± SE
DS ilk 48 saatte				
9 Puan ve altı	8,24±0,51	6,16±0,57	5,29±0,54	7,51±0,56
10 Puan	6,13±1,20	5,66±1,21	5,86±1,19	9,46±1,39
İstatistiksel	t= 1,741	t= 0,378	t= 0,448	t= 1,446
analiz	p= 0,084	p= 0,706	p= 0,655	p= 0,150
DS 1. ayda				
9 Puan ve altı	8,32±0,84	7,42±0,95	6,10±0,88	8,62±0,96
10 Puan	7,64±0,58	5,47±0,61	5,06±0,60	7,57±0,64
İstatistiksel	t= 0,655	t= 1,759	t= 0,964	t= 0,772
analiz	p= 0,513	p= 0,081	p= 0,336	p= 0,441
DS 3. ayda				
9 Puan ve altı	6,96±0,97	6,17±1,18	5,53±1,11	6,96±1,16
10 Puan	8,10±0,55	6,06±0,59	5,25±0,56	8,04±0,61
İstatistiksel	t= 0,913	t= 0,083	t= 0,214	t= 0,772
analiz	p= 0,363	p= 0,934	p= 0,831	p= 0,441
DS 6. ayda				
9 Puan ve altı	8,81±1,83	6,18±2,19	5,54±1,75	8,45±1,43
10 Puan	7,93±0,51	5,81±0,54	5,19±0,52	7,74±0,59
İstatistiksel	t= 0,476	t= 0,185	t= 0,189	t= 0,339
analiz	p= 0,635	p=0,853	p= 0,850	p= 0,735

4. TARTIŞMA

Ülkemizde PPD sıklığını belirlemek için EDDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda; Çeber ve ark (2002) İzmir’de, postpartum 6-8. haftalarda 100 kadında yaptıkları çalışmada (KP: 12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %29 olarak, Ekuklu ve ark (2002), Edirne’de 178 annede, postpartum ilk altı hafta içinde yaptıkları araştırmada (KP: 13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %36 olarak, Erbay (2002), Manisa’da, 0-12 aylık bebeği olan 252 annede yaptığı çalışmada (KP: 12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığı %36,9 olarak, Nur ve ark (2004), Sivas’ta, 0-12 aylık bebeği olan 750 annede yaptıkları (KP: 13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %28 olarak, Baş (2005), Afyonkarahisar’da 131 annede postpartum birinci ayın sonunda yaptığı çalışmada (KP: 13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %22,9 olarak, Ayvaz ve ark (2006), Trabzon’da, 192 annede postpartum 6-8 haftada yaptıkları çalışmada (KP: 12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %28,1 olarak, Sünter ve ark (2006), Samsun’da, 380 annede postpartum 8. haftada yaptıkları çalışmada (KP: 13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %23,1 olarak, Salgın ve ark (2007), İstanbul’da, 100 anne ile postpartum 1-6 aylar arasında yaptıkları çalışmada (KP: 12,5 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %19 olarak, Türkkkan ve ark (2007), Fethiye’de DS 40. gün-6. ay arasında olan 283 kadın ile yaptıkları çalışmada (KP:12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %25,4 olarak, Ege ve ark (2008), Malatya’da, 364, postpartum 6-48 haftalar arasında olan annelerle yaptıkları çalışmada (KP:13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %33,2 olarak, Özdemir ve ark (2008), Konya’da, 242, 2-6 aylık bebeği olan annede yaptıkları çalışmada (KP: 13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %19,4 olarak bulmuşlardır.

Appleby ve ark (1993) İngiltere’de DS 8. haftada yaptıkları çalışmada EDDÖ’yü kullanarak (KP: 12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %13,0 olarak (n=16/126), Deborah ve ark (1996) Avustralya’da yaptıkları çalışmada EDDÖ’yü kullanarak (KP: 11 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını DS 4. haftada %16,0-5. ayda %17,0 olarak, Yamashita ve ark (2000) Japonya’da yaptıkları çalışmada EDDÖ’yü kullanarak (KP: 9 ve üzeri) DS 3 ay içinde PPD semptomatolojisi sıklığını %17,0 (n=12/88) olarak, Chandran ve ark (2002) Hindistan’da DS 6. ve 12. haftalarda yaptıkları çalışmada ICD-10 kriterlerini kullanarak PPD sıklığını %19,8

(n=71/359) olarak, Bloch ve arkadaşlarının (2006) İsrail’de yaptıkları çalışmada EDDÖ kullanarak, (KP: 10 ve üzeri) postpartum 1-3. günlerde PPD semptomatolojisi sıklığını %6.8 (n=88/1286) olarak, Leung ve arkadaşlarının (2005) Çin’de yaptıkları araştırmada EDDÖ kullanarak (KP: 13 ve üzeri) postpartum altıncı haftada PPD semptomatolojisi sıklığını %19.8’inde (n=53/269) olarak, Gonidakis ve arkadaşlarının (2008) Yunanistan’da 402 anne ile yaptıkları DS 6 aylık araştırmada EDDÖ kullanarak (KP:12 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %19.8 (n=80/402) olarak, Stewart ve ark (2008) Kanada’da DS 7-10. günlerde yaptıkları çalışmada EDDÖ kullanarak (KP:10 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %21,7 (n=74/341) olarak, Cooke ve ark (2007) Avusturalya’da DS 3. ayda yaptıkları çalışmada EDDÖ kullanarak (KP:13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %10,0 (n=25/334) olarak saptamışlardır.

PPD’nin sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalarda %19-36 arasında değişmekte olup (Çeber ve ark 2002, Ekuklu ve ark 2002, Erbay 2002, Nur ve ark 2004, Baş 2005, Ocaktan ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Sünter ve ark 2006, Dindar ve Erdoğan 2007, Salgın ve ark 2007, Türkkan ve ark 2007, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008) bizim çalışmamızda bulduğumuz (1-6 ay, KP: 13 ve üzeri) %35 PPD semptomatoloji sıklığı bu değerler arasında yer almakta olup, yapılan çalışmalar alınan kesme puanı ve doğum sonrası EDDÖ uygulama zamanına göre farklılıklar göstermektedir. Yine benzer şekilde yurt dışında yapılan çalışmalarda PPD semptomatoloji sıklığının %6,8-21,7 aralığında bulunması (Appleby ve ark 1993, Deborah ve ark 1996, Lane ve ark 1997, Yamashita ve ark 2000, Chandran ve ark 2002, Leung ve ark 2005, Bloch ve ark 2006, Cooke ve ark 2007, Gonidakis ve ark 2008, Stewart ve ark 2008); kullanılan tanı ölçütlerine, doğum sonrası izlem zamanına, coğrafi ve kültürel bölgedeki farklılıklara, sosyoekonomik durumlara göre PPD sıklığının değişebileceği görüşünü desteklemektedir (Yıldırım ve ark 2004, Ocaktan ve ark 2006, Orhon 2007).

Henderson ve ark (2003), Avustralya’da DS 6 aylık dönemde yaptıkları çalışmada EDDÖ’yü kullanarak (KP:13 ve üzeri) PPD semptomatolojisi sıklığını %18,0 (n=314/1650) olarak ve bu vakaların %20,06’sının (n=63/314) ilk 2 ayda semptom gösterdiğini saptamışlardır. Gonidakis ve ark (2008), Yunanistan’da 402 anne ile yaptıkları araştırmada EDDÖ kullanarak (KP: 12 ve üzeri) PPD

semtomatolojisi sıklığının %19.8 (n=80/402) olduğunu, bu vakaların %32,5'inin (n=26/80) DS ilk haftada, %41,2'sinin (n=33/80) DS 1. ayda, %18,8'inin (n=15/80) DS 3. ayda, %7,5'inin (n=6/80) 6. ayda semptom gösterdiğini belirlenmişlerdir. Yamashita ve ark (2000), Japonya'da yaptıkları çalışmada PPD semptomatolojisi sıklığının %17,0 (n=12/88) olduğunu, bu 12 vakanın 10'unun DS ilk haftada belirlendiğini saptamışlardır.

Araştırmamıza alınan kadınların, DS ilk 48 saat EDDÖ puan ortalamaları (7,84±6,01) DS 1. ay EDDÖ puan ortalamaları (6,07±6,48), DS 3. ay EDDÖ puan ortalamaları (5,40±6,22), DS 6. ay EDDÖ puan ortalamaları (7,88±6,68) olduğu, istatistiksel analiz sonucunda kadınların doğum sonrası dönemde izlem zamanlarına göre EDDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Çizelge 3.2). Teissède ve Chabrol (2004), DS 2-3. günlerde EDDÖ puan ortalamasının (6,54±4,64), DS 4-6 haftalardaki EDDÖ puan ortalamasından (6,03±4,36) anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (p<0,0001). Gonikadis ve ark (2008), DS ilk ay EDDÖ puan ortalamasının yüksek olduğunu, D.S ilk hafta ve 3. ayda benzer puan ortalaması olduğu ve 6. ayda puan ortalamasının düştüğünü, ölçümler değerlendirildiğinde (DS ilk hafta, DS 1. ay, DS 3. ay, DS 6. ay) farkın anlamlı olduğunu saptamışlardır (p<0,05). Hannah ve ark (1992), DS 5. gün ve DS 6. hafta EDDÖ puanları arasında pozitif kolerasyon olduğunu belirlemişlerdir (r=0,60 p<0,001 n=271).

Araştırma kapsamına alınan kadınların DS ilk 48 saatte %21,7, DS 1. ayın sonunda %17,2, DS 3. ayda %15,3, DS 6. ayda %22,3'inin EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde aldığı, DS ilk 48 saatteki PPD semptomatolojisi sıklığı ile DS 6. ayda PPD semptomatolojisi sıklığında benzerlik bulunmasının yanında, izlem zamanlarına göre PPD semptomatolojisi görülme sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p>0,05) (Çizelge 3.1). Aktaş (2008), Ankara'da yaptığı çalışmada DS 1. günde %16,7, DS 2. haftada %19,4 ve DS 6. haftada %19,4 kadının EDDÖ'den 13 puan ve üzerinde aldığını belirlemiş, DS 2. hafta ve 6. haftada bu durumun istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiğini belirlemiştir (p<0,05). Hannah ve ark (1992), DS 5. günde PPD semptomatolojisi görülen kadınların DS 6. haftada semptom gösterme açısından 8 kat riskli olduğunu belirlemişlerdir. Gonikadis ve ark (2008), Yunanistan'da yaptıkları çalışmada DS ilk haftanın

sonunda %6,8, DS 1. ayda %12,5, DS 3. ayda %9, DS 6. ayda %4,9 kadının EDDÖ'den 12 puan ve üzerinde aldığı, DS 6. ayda PPD semptomatolojisi görülme sıklığı diğer izlem zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Gonikadis ve ark (2008) yaptığı çalışmada ve bizim çalışmamızın bulgusuyla benzer şekilde ilk 48 ve ilk haftada tespit edilen depresyon sıklıklarının 6. ayda da benzer sıklıkla devam etmesidir. Bu durum doğum sonrası sıklıkla 4. haftadan sonra uygulanan EDDÖ ölçeğinin ilk 48 saat ve ilk haftada uygulandığında da PPD gelişebileceği hakkında dikkate değer bir bilgi vereceğini düşündürmekte olup, bu konuda yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu kanısını düşündürmektedir. (Yamashita ve ark 2000, Teissèdre ve Chabrol 2004, Jardri ve ark 2006).

Araştırmaya alınan 20-47 yaşlarındaki kadınlarda, yaşı 24 yaş ve altında olan kadınların diğer yaş gruplarına oranla daha sık PPD semptomatolojisi gösterdikleri, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Leung ve ark (2005) 18-45 yaşlarında kadınlarda yaptıkları çalışmada genç yaş grubundaki (18-25 yaş) kadınların PPD açısından anlamlı şekilde risk altında olduklarını belirlemişlerdir. Özdemir ve ark (2008), 17-40 yaşındaki kadınlarda yaptığı çalışmada 17-25 yaş grubunda PPD semptomatolojisi sıklığını yüksek bulmuş ancak istatistiksel olarak önemli fark bulmamıştır ($p=0,867$). Salgın ve ark (2007) yaş grupları arasında fark bulmamış ($p=0,17$), Efe ve ark (2009) ile Ege ve ark (2008) da benzer sonuca ulaşmıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgusuyla benzer şekilde genç yaş aralığında depresyon semptomatolojisi sıklığının istatistiksel açıdan anlamlı fark olmasa da diğer yaş aralıklarına göre yüksek olabileceğini göstermektedir.

Araştırmaya alınan kadınların PPD semptomatolojisi sıklığı, orta öğrenim ve üniversite düzeyinde öğrenim görenlerde yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Sünter ve ark (2006), kadınların lise altı öğrenim görmesi ile lise ve üstü öğrenim görmesi arasında PPD semptomatolojisi sıklığı açısından fark olmadığını belirlemişlerdir ($p>0,05$). Kadının öğrenim düzeyinin PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini belirtenlerin yanında (Yamashita ve ark 2000, Dindar, Erdoğan 2002, Ekuklu ve ark 2002, Efe ve ark 2007, Salgın ve ark 2007, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008), annenin öğrenim

düzeyi yükseldikçe PPD semptomatolojisi sıklığının azaldığını belirleyen araştırmacılar da bulunmaktadır (Dündar E 2002, İnandı ve ark 2002). Bu durum bizim çalışmamızın bulgusuyla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte PPD semptomatolojisi gösterme, orta öğrenim ve üniversite düzeyinde öğrenim görenlerde yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyi ve PPD semptomatolojisi görülme sıklığı üzerine etkisini değerlendirecek karşılaştırmalı çalışmaların yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda ev hanımı olan kadınlarda PPD semptomatolojisi sıklığı artmakta ancak istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Araştırmamızı destekler biçimde kadının çalışma durumunun PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkili olmadığını belirten araştırmacıların yanında (Ekuklu ve ark 2002, Atasoy ve ark 2004, Dindar, Erdoğan 2007, Salgın ve ark 2007, Özdemir ve ark 2008), ev hanımı olmanın çalışanlara göre daha sık PPD semptomatoloji gösterdiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Orhon ve ark 2008). Nur ve ark (2004) ev hanımı olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını 1,9 kat [OR, %95 CI: 1,98 (1,15-3,47)] artırdığını, İnandı ve ark (2002) da benzer şekilde ev hanımı olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını 1.4 kat [OR %95CI; 1,41 (1,05-1,90)], Jardri ve ark (2006) işsizliğin PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 2,8 (1,1-4,9)] belirlemişlerdir ($p<0,05$).

Araştırmamıza göre sosyal güvencesi olmayanlarda PPD semptomatolojisi görülme sıklığı daha fazla olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Sünter ve ark (2006) sosyal güvencesi olmamanın PPD semptomatolojisi sıklığını 2,1 kat [OR, %95CI; 2,0 (1,1-3,5)] artırdığını belirtirken, aksi yönde sosyal güvencenin etkili olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Dündar E 2002, Özdemir ve ark 2008).

Araştırmaya alınan kadınların PPD semptomatolojisi sıklıkları, eşleri ilköğrenim 1. kademe ve altı düzeyinde öğrenim görenlerde sık olmakla birlikte anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Nur ve ark (2004), eşleri üniversite öğrenimi almamış kadınların, almış kadınlara göre PPD semptomatolojisi sıklığının 2,2 kat [OR, %95CI; 2,21 (1,37-3,59)] fazla olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Sünter ve ark (2006), lise altı öğrenim görme, lise ve üstü öğrenim

görmeye göre PPD semptomatolojisi sıklığının 2 kat artırmakta olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Gülseren ve ark (2006), 5 yıldan az öğrenim görmenin PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını belirlemişlerdir ($p<0,05$). Bu sonuçların yanında araştırmamızı destekleyen, eşin öğrenim düzeyinin kadının PPD semptomatolojisi sıklığını değiştirmedğini belirten sonuçlar da bulunmaktadır (Dündar E 2002, Özdemir ve ark 2008). Ancak çalışmamızda eşin öğrenim düzeyi düşük olanlarda PPD semptomatolojisi sıklığının öğrenim düzeyi yüksek olanlara göre daha sık olması, eşin öğrenim düzeyi yükseldikçe kadının doğum sonu sosyal destek kalitesinin artabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda eşin çalışıp çalışmamasının kadının PPD semptomatolojisi sıklığını anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Özdemir ve ark (2008) yaptıkları araştırma, araştırmamızla paralellik göstermektedir ($p=0,264$). İnandı ve ark (2002), eşi işsiz olanların PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını (OR=2,22 %95 CI=1,55-3,19), Nur ve ark (2004) da benzer şekilde eşin işsizliğinin PPD semptomatolojisi sıklığının 2,9 kat [OR, %95CI; 2,98 (1,51-3,76)] arttığını belirlemişlerdir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların 500 TL ve altında geliri olanlar, 501-999 TL ile 1000 TL ve üzeri geliri olanlardan PPD semptomatolojisi sıklığı göstermektedir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Ailenin aylık gelir düzeyi, PPD semptomatolojisi sıklığı ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Özdemir ve ark (2008) Chi-square Testinde, PPD semptomatolojisi açısından 499 TL ve altında geliri olanların, 500 TL ve üzerinde geliri olanlardan daha riskli olduğunu belirlemişlerdir ($p=0,025$) ancak lojistik regresyon analizinde anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir ($p=0,236$). İnandı ve ark (2002), çok fakir ekonomik statüye sahip olanlarda PPD semptomatolojisi sıklığının 8 kat arttığını belirtmişler [OR, %95CI; 6,15 (2,04-19,03)], Nur ve ark (2004) gelir durumu kötü olanların iyi olanlara göre PPD semptomatolojisi sıklığının 3 kat [OR, %95CI; 3,08 (1,76-5,40)] arttığını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Dündar E (2002) ise PPD semptomatolojisi sıklığını gelir durumu iyi olanlarda %26,9 sıklıkta, kötü olanlarda ise %58,0 sıklıkta olduğunu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır ($p<0,05$). Gülseren ve ark (2006), ekonomik statüsü kötü olanların PPD semptomatolojisi sıklığı açısından

riskli olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$). Chandran ve ark (2002) 1000 rupe'den az geliri olanlarda PPD semptomatolojisi sıklığını arttığını [OR %95CI; 2,98 (1,47-6,05)] belirlemişlerdir ($p<0,05$). Ekuklu ve ark (2002) ile Ege ve ark (2008) ise çalışmamız ile benzer biçimde gelir düzeyinin PPD semptomatolojisi sıklığı ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır ($p>0,05$).

Bu çalışmada konut mülkiyetinin PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.3). Ekuklu ve ark (2002) ev sahibi olanlarda PPD semptomatolojisi sıklığının istatistiksel olarak anlamlı biçimde düştüğünü belirlemişlerdir ($p<0,05$). Bu durum düşük sosyoekonomik durumun annenin ruh durumunu olumsuz etkilediğini düşündürmekte olup, ileriki dönemlerde yapılacak araştırmalarla bu konunun netliğinin aydınlatılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadının çekirdek aile ya da geniş ailede yaşamasının PPD semptomatolojisi sıklığını artırmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.4). Dünder E (2002), Ekuklu ve ark (2002), Özdemir ve ark (2008), Efe ve ark (2009) yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde aile tipinin PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini belirlemişlerdir ($p>0,05$).

Çalışmamızda PPD semptomatolojisi sıklığı, evlilik yaşı 19 yaş ve altında olanlarda %39,6, 20 yaş ve üzerinde olanlarda ise %32,7 olarak görülmüş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.4). İnandı ve ark (2002), 18 yaşından önce evlenenlerde PPD semptomatolojisi sıklığının yüksek olduğunu [OR, %95CI; 1,34 (1,06-1,70)] saptamışlardır ($p<0,05$). Bu durum adölesan yaşta evlenmenin sonraki dönemlerde de kadının psikolojik sağlığını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda 6-10 yıldır evli olan kadınların, 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınlar ile 5 yıl ve daha kısa süredir evli olan kadınlardan daha sık PPD semptomatolojisi gösterdikleri, istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.4). Ege ve ark (2008) araştırmamız bulgusunu destekler biçimde evlilik yılının PPD semptomatolojisi sıklığını anlamlı olarak etkilemediğini saptamışlardır ($p=0,057$).

Çalışmamıza göre PPD semptomatolojisi sıklığı, eşi ile ilişkisinin kötü olduğunu belirten kadınlarda %60,0 olarak, orta olduğunu belirten kadınlar %34,5 ve iyi olduğunu belirten kadınlardan %26,0 daha sık görülmektedir (Çizelge 3.4). Eş ile ilişkinin durumu kötü olanların iyi olanlara göre PPD semptomatolojisi sıklığı yaklaşık 3,2 kat artmaktadır [OR %95 CI; 3,255 (1,039, 10,196)]. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Çizelge 3.9). Sünter ve ark (2006), PPD semptomatolojisi gösterenlerde eş ilişkisini orta/kötü olarak ifade edenlerin, PPD semptomatolojisi göstermeyenlere göre 2,9 kat arttığını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Nur ve ark (2004), eş ilgisinin az olmasının PPD semptomatolojisi sıklığını 2,7 kat [OR, %95 CI: 2,73 (1,80-4,15)] artırdığını belirlemişlerdir. Gülseren ve ark (2006), eşle problem yaşamamanın PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını saptamışlardır ($p<0,05$). Dindar ve Erdoğan (2007), eş ilişkisinde sorunlar olmasının PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını belirtmişlerdir. Gonikadis ve ark (2008), evliliğini (orta/kötü) değerlendirmenin PPD semptomatolojisi sıklığını etkilediğini saptamışlardır ($p=0,05$). Çalışmamız bulguları doğum yapan kadınların en yakın sosyal destek kaynağı olan eş ile sorunlar yaşamasının PPD gelişmesinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza göre DS dönemde destek veren kişinin kim olduğu (eş/anne/kayınvalide/anne ve kayınvalide) PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.4). Sünter ve ark (2006), yaptıkları çalışmada benzer sonuca ulaşmışlardır. Efe ve ark (2009) ise sadece eşin destek verdiği grupta diğerlerinden daha sık PPD semptomatolojisi görüldüğünü, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını saptamışlardır ($p>0,05$).

Araştırmamızda ortalama hane halkı büyüklüğü 4,12 olarak, hanedeki oda sayısı ortalama 3,52 olarak belirlenmiştir. TNSA 2008'e göre hane halkı nüfusu ortalama 3,9'dur ve hanelerin %79,7'sinde 3'ten az yatak odası bulunmaktadır. Çalışmamıza göre hane halkı büyüklüğü (4 ve daha az kişi/ 5 ve daha fazla kişi) ve hanedeki oda sayısı (3 ve daha az/ 4 ve daha fazla) PPD semptomatolojisi sıklığını değiştirmemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.4).

Araştırmamıza göre yaşanan gebelik sayısı PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememektedir ($p>0,05$). Bu konuda araştırmamızı destekleyen bulguların yanında

(Ekuklu ve ark 2002, Sünter ve ark 2006, Özdemir ve ark 2008, Efe ve ark 2009) primiparlarda daha yüksek PPD semptomatolojisi sıklığı olduğu yönünde bulgular da bulunmaktadır (Leung ve ark 2005).

Araştırmamıza göre doğum sayısı PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Atasoy ve ark (2004) ortalama doğum sayısının PPD semptomatolojisi sıklığına göre değişiklik göstermediğini saptamışlardır. Dünder ve ark (2002) canlı doğum sayısının PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini belirtmişlerdir. Yamashita ve ark (2000) benzer şekilde primipar olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini saptamışlardır ($p>0,05$).

Araştırmamıza göre yaşayan çocuk sayısı PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Salgın ve ark (2007) yaptıkları çalışmada ($p>0,05$), Özdemir ve ark (2008) yaptıkları çalışmada ($p=0,523$) yaşayan çocuk sayısının PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini belirlemişlerdir. Dearing ve ark (2004), çocuk sayısının PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini [OR, %95CI; 1,15 (0,95-1,40)] saptamışlardır ($p>0,05$).

Çalışmamıza göre abortus yapma durumu PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Abortus yapmış olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediği yönündeki bulguların yanında (Lee ve ark 2001, Atasoy ve ark 2004, Ege ve ark 2008, Özdemir ve ark 2008), artırdığı yönünde bulgular da (İnandı ve ark 2002) bulunmaktadır.

Çalışmamıza göre ilk doğumunu 19 yaş ve altında yapanlar %42,3, 20 yaş ve üzerinde yapanlardan %33,6 daha sık PPD semptomatolojisi göstermekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Özdemir ve ark (2008) benzer şekilde ilk doğum yaşının PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini saptamışlardır ($p=0,165$).

Araştırmamıza göre PPD semptomatolojisi sıklığı, son iki gebeliği arasındaki süre 2 yıl ve daha fazla olan kadınlarda, 2 yıldan daha kısa süre olan kadınlara göre daha sık görülmektedir. İstatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olmadığı

saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Gülseren ve ark (2006), doğum yaptığında 3 yaşından küçük çocuğu olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını saptamışlardır ($p<0,05$).

Çalışmamıza göre bu gebeliğini istemeyen kadınlar %52,2, planlamayan kadınlar %36,6 ve planlayarak gebe kalan kadınlardan %30,1 daha sık PPD semptomatolojisi göstermiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Ekuklu ve ark (2002), istenmeyen gebeliklerde (%63,6), diğer gruplardan (%32,8) daha sık PPD semptomatolojisi görüldüğünü saptamışlardır ($p<0,05$). İnandı ve ark (2002) planlanmayan gebeliklerin PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 1,74 (1,27-1,93)] belirlemişler, Sünter ve ark (2006), Dindar ve Erdoğan (2007), Salgın ve ark (2007), Ege ve ark (2008) benzer sonuca ulaşmışlardır ($p<0,05$). Türkkan ve ark (2007), bebeğini istememe durumunun PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını saptamışlardır ($p=0,002$). Bunun yanında Gonikadis ve ark 2008’de yaptıkları çalışmada ($p>0,05$), Özdemir ve ark 2008’de yaptıkları çalışmada ($p=0,170$), Efe ve ark 2009’da yaptıkları çalışmada ($p>0,05$) çalışmamızı destekler biçimde gebeliğin planlanma durumunun PPD semptomatoloji sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkide bulunmadığını saptamışlardır.

Araştırmamıza göre PPD semptomatolojisi sıklığı bebek bakımı hakkındaki bilginin yetersiz %33,3 olması ile yeterli %35,5 olmasına bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı değişiklik göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Ege ve ark (2008), bebek bakım bilgisinin yetersiz olmasının PPD semptomatolojisi sıklığı açısından risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir ($p=0,017$). Belirlenen bu farklılığın çalışmaların yapıldığı bölge ve gruptan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza göre istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte PPD semptomatolojisi sıklığı gebeliğinde riskli durum yaşayanlar %40,9, yaşamayanlardan %32,7 daha yüksektir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Orhon ve ark (2008), gebelikte sorun yaşamamanın PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını belirtmişlerdir. Özdemir ve ark (2008) da benzer şekilde gebeliğinde herhangi bir tıbbi sorun yaşamış olmanın PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını saptamışlardır ($p=0,028$). Araştırma kapsamına alınan kadınların gebeliklerinde hastalık yaşama durumları

PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). İnandı ve ark (2002), gebelikte hastalık yaşamının PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 1,67 (1,36-2,06)] belirlemişlerdir ($p<0,05$). Araştırma kapsamına alınan kadınların gebeliklerinde hastalıklarından dolayı ilaç kullanma durumları PPD semptomatolojisi sıklığını etkilememiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Bu bulgular gebelik esnasında yaşanan kaygı ve stresin PPD semptomatolojisi sıklığını artırabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %14,0 ($n=22$) gebeliğinde sigara içmiştir (Çizelge 3.6). TNSA 2008'in sonuçlarına göre ise gebelikte sigara içme oranı %11,0'dır. Üstün ve Malatyaloğlu (1990), Samsun'da yaptıkları çalışmada gebelerin sigara içme sıklığını %37,0 olarak, Marakoğlu ve Sezer (2003), Sivas'ta yaptıkları çalışmada gebelikte sigara içme sıklığını %17,0 ($n=94/539$) olarak, Uncu ve ark (2005) yılında Bursa'da yaptıkları çalışmada %9.8 olarak, Semiz ve ark (2006), Sakarya'da yaptıkları çalışmada gebelerde sigara içme sıklığını %20,0 olarak, Yanikkerem ve ark (2006), Manisa'da yaptıkları çalışmada gebelerin sigara içme sıklığını %19,5 olarak, Marakoğlu ve Erdem (2007), Konya'da yaptıkları çalışmada gebelikte sigara içme sıklığını %7,3 ($n=44/600$) olarak belirlenmiştir. Yurtdışında gebelikte sigara içme sıklığını Pagnoo ve ark (1995), İtalya'da %17,0 olarak, Balle ve ark (1999), ABD'de %12,0 olarak, Cnattingius (2004), İsveç'te %13,0 olarak, Fisher ve ark (2005), İsrail'de %12.8 olarak belirlemişlerdir. Araştırmamıza göre PPD semptomatolojisi sıklığı gebeliğinde sigara içen kadınlarda (%50,0) sigara içmeyen kadınlardan (%32,6) daha yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Dindar ve Erdoğan (2007), sigara içmenin PPD semptomatolojisi sıklığı açısından risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Kurçer ve Keleş (2009), gebelikte sigara içen annelerin DS ilk günde PPD semptomatolojisi gösterme riskinin içmeyen annelerden 3,8 kat [OR, %95CI; 3,77 (1,45-9,78)] arttığını ($p=0,006$), gebeliğinde sigara içmenin DS 60. günde PPD semptomatolojisi gösterme durumunu etkilemediğini ($p=0,167$) belirlemişlerdir. McCoy ve ark (2006), ABD'de yaptıkları çalışmada sigara içen kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık PPD semptomatolojisi görüldüğünü saptamışlardır ($p<0,05$). Bu durum sigara içme ve depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Anda ve ark 1990, Peres ve ark 1990, Aubin ve ark 1996).

Araştırmamızda PPD semptomatolojisi sıklığı sezaryen doğum yapan kadınlarda, normal doğum yapan kadınlardan daha sık PPD semptomatolojisi gösterdiği, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Yamashita ve ark (2000), Dünder E (2002), Ekuklu ve ark (2002), Atasoy ve ark (2004), Salgın ve ark (2007), Gonikadis ve ark (2008) ile Efe ve ark (2009) çalışmamızı destekler biçimde doğum şeklinin PPD semptomatolojisi sıklığı açısından anlamlı olmadığını saptamışlardır. Sünter ve ark (2006), PPD semptomatolojisi gösteren kadınlarda vajinal normal doğum yapmış olmanın 2,2 kat fazla olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$). Türkistanlı ve ark (2002), normal vajinal doğum yapanlarda PPD semptomatolojisinin daha sık olduğunu belirlemişlerdir. Hannah ve ark (1992) sezaryen doğumun ile PPD semptomatolojisi sıklığını anlamlı şekilde etkilediğini saptamışlardır ($p<0,05$). Doğum şekli ile PPD semptomatolojisi sıklığı arasında farklı sonuçların olması, doğum şekline çok kadının hazıroluşluğuyla ilişkisi olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda bebeğin cinsiyetinin PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Çalışmamızı destekleyen verilerin yanında (Dünder E 2002, Ege ve ark 2008), kız bebek doğurmanın PPD semptomatolojisi sıklığı için risk faktörü olduğu yönünde veriler de bulunmaktadır (İnandı ve ark 2002, Dindar ve Erdoğan 2007). Xie ve ark (2007), Çin’de yaptıkları çalışmada kız bebeği olan kadınların %24,6’sında, erkek bebeği olan kadınların %12,1’inde PPD geliştiğini farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$).

Araştırmamıza göre öyküsünde psikiyatrik sorun olan kadınlar, olmayan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha sık PPD semptomatolojisi göstermektedirler ($p<0,05$) (Çizelge 3.8). Ayrıca öyküsünde psikiyatrik sorun bulunması PPD semptomatolojisi sıklığını yaklaşık 3,5 kat artırmaktadır [OR, %95 CI; 3,452 (1,454-8,191)]. Sünter ve ark (2006), ruhsal sorun öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını 4,8 kat artırdığını saptamış ($p<0,05$), İnandı ve ark (2002) da daha önce psikiyatrik sorun yaşayanların PPD semptomatolojisi sıklığı açısından riskli olduğunu [OR, %95CI; 4,48 (3,32-6,04)] belirlemişlerdir ($p<0,05$). Jardri ve ark (2006) depresyon öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 4,4 (2,2-9,0)] saptamışlardır ($p<0,05$). Gonikadis ve ark (2008) da benzer

şekilde nonpsikotik mental hastalık öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını saptamışlardır ($p=0,04$). Ege ve ark 2008’de yaptıkları çalışmada bulgumuzu destekler sonuca ulaşmışlardır ($p<0,05$). McCoy ve ark (2006), öyküsünde depresyon olan kadınların istatistiksel olarak anlamlı biçimde sık olarak PPD semptomatolojisi gösterdiklerini bulmuşlardır ($p=0,003$). Lee ve ark (2001) depresif epizod öyküsünün, Yamashita ve ark (2000) geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını etkilemediğini belirlemişlerdir ($p>0,05$). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte önceki gebeliğinden sonra sorun yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlardan daha sık PPD semptomatolojisi gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$). Ekuklu ve ark (2002), daha önceki gebelik ya da doğumlarında psikiyatrik sorun yaşayan 14 kadının 12’sinde, önceden öyküsü olmayan kadınların %30’unda PPD semptomatolojisinin geliştiğini, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$). Jardri ve ark (2006) PPD öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 4,3 (1,7-10,9)] saptamışlardır ($p<0,05$). Hayatının herhangi bir döneminde, gebelik öncesi veya sonrası, depresyon öyküsü olan bireyler hayatlarını ileriki evrelerinde, gebelikte veya doğum sonrası depresyon yönünden takip edilmeli ve gerekli destek ve tedavi için bireyin aile hekimi, hemşiresi daha dikkatli olmalıdırlar.

Araştırmamızda ailesinde psikiyatrik sorun öyküsü bulunan kadınların, bulunmayan kadınlardan daha sık PPD semptomatolojisi gösterdikleri belirlenmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Çizelge 3.8). Lee ve ark (2001), Özdemir ve ark (2008), aile öyküsünün anlamlı etki oluşturmadığını saptamışlardır (sırasıyla $p>0,05$; $p=0,086$). Sünter ve ark (2006), istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ailede ruhsal sorun öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını 2,8 kat artırdığını saptamış ($p>0,05$), İnandı ve ark (2002) ailede psikiyatrik sorun öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını artırmakta [OR, %95CI; 1,75 (1,31-2,32)] olduğunu ($p<0,05$), Chandran ve ark (2002) aile öyküsünün PPD semptomatolojisi sıklığını [OR, %95CI; 4,92 (2,06-11,72)] artırdığını belirlemişlerdir ($p<0,05$).

Araştırmamızda bebeklerin ilk 48 saatte vücut ağırlıkları incelenmiş, PPD semptomatolojisi gösteren kadınların bebeklerinin ağırlıklarının, PPD semptomatolojisi göstermeyen kadınların bebeklerinin ağırlıklarından düşük olduğu,

istatistiksel olarak ise anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.10). Baş (2007) doğumda PPD semptomatolojisi göstermeyen grupta (3210 ± 510 gr), PPD semptomatolojisi gösteren grupta (3200 ± 691 gr) olarak bulmuştur ($p>0,05$). Hannah ve ark (1992), düşük doğum ağırlığının PPD semptomatolojisi sıklığı ile anlamlı ilişkisinin olduğunu saptamışlardır. Righetti-Veltima ve ark (2002), PPD semptomatolojisi gösteren annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının (3416 ± 463 gr), PPD semptomatolojisi göstermeyen annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarından (3337 ± 449 gr) istatistiksel olarak farksız olduğunu, ayrıca iki gruptaki kadınların bebekleri ağırlıkları DS 3. Ayda yapılan ölçümde de farksız olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızda DS 6. ayda PPD semptomatolojisi gösteren kadınların bebeklerinin ağırlıklarının, PPD semptomatolojisi göstermeyen kadınların bebeklerinin ağırlıklarından düşük olduğu, istatistiksel olarak ise anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Baş (2007), DS 1. ayda, 2. ayda, 3. ayda ve 4. ayda PPD semptomatolojisi gösteren ve PPD semptomatolojisi göstermeyen annelerin bebeklerinin ağırlıkları ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediğini bulmuştur ($p>0,05$). Adewuya ve ark (2008), yaptıkları çalışmada PPD semptomatolojisi görülen ve görülmeyen grupta 5. persentilden düşük ağırlığa sahip olan bebek sayısını karşılaştırmışlar, DS 6. hafta ve DS 9. ayda fark olmadığını, DS 3. ay ve DS 6. ayda yapılan ölçümlerde fark olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Rahman ve ark (2004) Pakistan’da yaptıkları çalışmada bebeklerde zayıf (yaşa göre z skoruna göre) olmanın anne depresyonu ile ilişkisinin olduğunu [OR, %95CI; 3,5 (1,5-8,6)] saptamışlardır ($p<0,01$).

Çalışmamızda DS ilk 48 saatte ve DS 6. ayda bebeklerinin boy uzunluklarının PPD semptomatolojisi gösterme durumundan etkilenmediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.10). Baş (2007), doğumda PPD semptomatolojisi göstermeyen kadınların bebeklerinin boy uzunluğu ($50\pm 2,415$), PPD semptomatolojisi gösteren kadınların bebeklerinin boy uzunluğundan ($50\pm 2,867$) istatistiksel olarak farklı olmadığını belirlemiştir ($p>0,05$). Baş (2007), DS 1. ayda, 2. ayda, 3. ayda ve 4. ayda PPD semptomatolojisi gösteren ile PPD semptomatolojisi göstermeyen annelerin bebeklerinin boy uzunluklarının ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediğini bulmuştur ($p>0,05$). Adewuya ve ark (2008), yaptıkları çalışmada PPD semptomatolojisi görülen ve görülmeyen grupta 5. persentilden kısa boy uzunluğuna sahip olan bebek sayısını karşılaştırmışlar, DS 6. hafta ve DS 9. ayda

fark olmadığını, DS 3. ay ve DS 6. ayda yapılan ölçümlerde fark olduğunu belirlemişlerdir ($p<0,05$). Rahman ve ark (2004) Pakistan’da yaptıkları çalışmada bebeklerde bodur (yaşa göre z skoruna göre) olmanın anne depresyonu ile ilişkisinin olduğunu [OR, %95CI; 3,2 (1,1-9,9)] saptamışlardır ($p<0,05$).

Araştırmamızda DS ilk 48 saatte ve DS 6. ayda bebeklerin baş çevresinin PPD semptomatolojisi gösteren-göstermeyen kadınlarda farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.10). Baş (2007), doğumda PPD semptomatolojisi göstermeyen kadınların bebeklerinin baş çevresi ($34,45\pm1,725$), PPD semptomatolojisi gösteren kadınların bebeklerinin baş çevresinden ($32,45\pm2,212$) istatistiksel olarak farklı olmadığını belirlemiştir ($p>0,05$). Baş (2007), DS 1. ayda, 2. ayda, 3.ayda ve 4. ayda PPD semptomatolojisi gösteren ile PPD semptomatolojisi göstermeyen annelerin bebeklerinin baş çevreleri ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediğini bulmuştur ($p>0,05$).

Araştırmamızda DS ilk 48 saatte ve DS 6. ayda PPD semptomatolojisi gösteren- göstermeyen kadınların bebeklerinin göğüs çevresinin farklı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.10). Çalışmamızın bulguları, annenin yaşadığı PPD semptomatolojisinin bebek büyümesi üzerine doğrudan bir etkisinin olmadığını düşündürmüştür.

Araştırmamıza göre bebeklerin %68,8’i DS ilk 60 dk içinde beslenmiştir (Çizelge 3.11). TNSA 2008’e göre bebeklerin %39,0’u ilk bir saatte emzirilmeye başlanmıştır. Araştırmamızda bebeğinin ilk beslenmesini doğumdan 60 dk sonra yapan kadınların %44,9’unun, ilk 60 dk içinde besleyen kadınların %30,6’sında PPD semptomatolojisi görüldüğü saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) . Araştırmamızda bebeğinin ilk beslenmesini anne sütü dışındaki besinlerle yapan kadınların %47,4’ünde, anne sütünü kullanan kadınların %33,3’ünde PPD semptomatolojisi saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmamıza göre ek besine 6. aydan önce başlayan kadınların %35,8’inde, 6. ayda başlayan ve hiç başlamayan kadınların %30,4’ünde PPD semptomatolojisi saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.11).

Çalışmamıza göre annelerin %10,2'si 6. aydan önce emzirmeyi bırakmıştır (Çizelge 3.11). TNSA 2008'e göre DS 6-7. aylarda annelerin %16,2'si bebeğini emzirmemektedir. Araştırmamıza göre emzirmeyi bırakan kadınların %50,0'sinde, emzirmeyi devam ettiren kadınların %33,3'ünde PPD semptomatolojisi saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.11). Misri ve ark (1997), emzirmeyi bırakan kadınların %83'ünde ($n=39/51$) depresyonun emzirmeyi bırakmadan önce geliştiğini, %17'sinde ise bıraktıktan sonra depresyon geliştiğini belirlemişlerdir. Bick ve ark (1998) EDDÖ puanı 12 ve üzerinde olmanın emzirmeyi erken bırakmada risk faktörü olduğunu [OR, %95CI; 1,93 (1,11-3,35)] belirlemişlerdir ($p=0,0021$). Henderson ve ark (2003) yaptıkları çalışmada PPD'nin emzirmeye anlamlı negatif etkide bulunduğunu, DS 1. yılda depresyon geçiren kadınlar emzirmeyi bırakmada 1,25 kat daha fazla riskli olduğunu, ayrıca emzirmeyi bırakanların %93'ünde depresyonun emzirmeyi bırakmadan önce ya da emzirmeyi bırakma ile eşzamanlı geliştiğini saptamışlardır. Taj ve Sikander (2003), emzirmeyi bırakan 38 kadından %37'sinin ($n=14$) emzirmeyi bırakmasına neden olacak PPD semptomu gösterdiğini, %18,4'ünde ($n=7$) PPD'nin emzirmeyi bırakma ile eş zamanlı geliştiğini, %15,7'sinde ($n=6$) PPD semptomunun emzirmeyi bırakmaya neden olduğunu, %28,9'unun ($n=11$) emzirmeyi bıraktıktan önce mi sonra mı depresyon semptomu gösterdiğini hatırlayamadığını belirlemişlerdir. Jardri ve ark (2006) 1. ayda medikal nedenler olmaksızın emzirmeyi bırakmanın PPD semptomatolojisi sıklığını artırdığını [OR, %95CI; 5,4 (1,4-20,3)] saptamışlardır ($p<0,05$). Cooke ve ark (2007) antenatal dönemde uygulanan EDDÖ'ye göre depresyon riski ile emzirmeyi bırakma arasında anlamlı ilişki bulmamışlardır ($p>0,05$). Ayrıca kadınların emzirmeyi depresyon dışındaki nedenlerden bıraktıklarını, ancak emzirmeyi bırakan kadınların 3. ayda psikolojik distres açısından 4 kat fazla riskli olduğunu belirlemişlerdir. Dennis ve McQueen (2007), DS 1. haftada PPD semptomatolojisi gösteren kadınların DS 8. haftada istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az emzirdiklerini tespit etmişlerdir ($p<0,05$). Bu bulgular, emzirmeden ya da emzirmenin bırakılmasından kaynaklanan hormonal dalgalanmaların PPD'ye yol açtığını gösterebilir. Ancak diğer biyolojik faktörler gibi ileri araştırmalarla desteklenmesi gereklidir (Misri ve ark 1997, Henderson ve ark 2003).

Araştırmamızda demir desteği alan bebeklerin annelerinin %34,7'sinde, almayan bebeklerin annelerinin %35,6'sında PPD semptomatolojisi saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmamızda D vitamini desteği alan bebeklerin annelerinin %36,6'sında, almayan bebeklerin annelerinin %26,1'inde PPD semptomatolojisi saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.11).

Çalışmamızda DS ilk 48 saatte LATCH'dan 10 puan alan kadınların %16,7'sinde, 9 puan ve altında alan kadınların %22,8'inde ($p>0,05$), DS 1. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %13,2'sinde, 9 puan ve altında alan kadınların %26,0'sında ($p<0,05$), DS 3. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %14,5'inde, 9 puan ve altında alan kadınların %17,9'unda ($p>0,05$), DS 6. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %21,5'inde, 9 puan ve altında alan kadınların %18,2'sinde ($p>0,05$), PPD semptomatolojisi saptanmıştır (Çizelge 3.12). Doğum sonrası ilk 48 saatte ve 1. ayda özellikle LATCH puanı 9 ve altında olan kadınlarda PPD semptomatoloji sıklığının yüksek olması annenin yeni üstlendiği bebek bakımı ve anne sütü ile beslemede yardıma ve desteğe ihtiyacı olduğunu düşündürmekte olup, bu konu ile ilgili yeterince literatür kaynağına ulaşamadığı için yapılacak çalışmaların bu duruma netlik kavuşturacağı kanısını düşündürmektedir.

Araştırmamıza göre bebeklerin DS ilk 48 saatte %75,2'sinin, DS 1. ayda %54,1'inin, DS 3. ayda %35,0'inin, DS 6. ayda %1,9'unun sadece anne sütü ile beslenmektedir (Çizelge 3.13). TNSA 2008 sonuçlarına göre 2 aydan küçük bebeklerin % 68,9'u, 2-3 aylık bebeklerin %42,0'si, 6-7 aylık bebeklerin %1,6'sı sadece anne sütü ile beslenmektedir. Ayrıca araştırmamızda bebeklerin tümünün bir süre emzirildiği, TNSA 2008'de bebeklerin %97,0'sinin bir süre emzirildiği belirlenmiştir. Araştırmamızda DS ilk 48 saatte bebeğini sadece anne sütü ile besleyen kadınların %35,6'sı ($n=42$), diğer besinlerle besleyen annelerin %33,3'ünde PPD semptomatolojisi görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13). Çalışmamıza göre DS 1. ayda bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerde, diğer besinlerle besleyen annelerden daha az sıklıkla PPD semptomatolojisi görülmüştür. İstatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.14). Çalışmamıza göre DS 3. ayda bebeğini sadece anne sütü ile besleyen annelerde, diğer besinlerle besleyen

annelerden daha az sıklıkla PPD semptomatolojisi görülmüştür. İstatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.15). McCoy ve ark (2006), bebeğini emziren annelerin, emzirmeyen annelerden istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha az sıklıkla PPD semptomatolojisi gösterdiklerini saptamışlardır ($p<0,001$). Righetti-Veltima ve ark (2002), DS 3. ayda emzirmeyi sürdüren annelerin daha az sıklıkla PPD semptomatolojisi gösterdiğini belirlemişlerdir ($p<0,05$).

Çalışmamızda DS ilk 48 saatte bebeğini 5 dk ve daha az emziren kadınlarda, 5 dk'dan daha fazla emziren kadınlardan daha sık PPD semptomatolojisi görülmüş, istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.13). Çalışmamıza göre DS 1. ayda bebeğini 10 dk'dan kısa süre emziren annelerde, 10 dk ve daha fazla besleyen annelerden daha sık PPD semptomatolojisi görülmekte, istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.14). Çalışmamıza göre DS 3. ayda bebeğini 10 dk'dan kısa süre emziren annelerde, 10 dk ve daha fazla besleyen annelerden daha sık PPD semptomatolojisi görülmekte, istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.15). Çalışmamıza göre DS 6. ayda bebeğini 10 dk'dan kısa süre emziren annelerde, 10 dk ve daha fazla besleyen annelerden daha sık PPD semptomatolojisi görülmekte, istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.16).

Araştırmamıza göre kadınların DS ilk 48 saatte %1,9'unun ($n=3$), DS 1. ayda %15,3'ünün ($n=24$), DS 3. ayda %29,9'unun ($n=47$), DS 6. ayda %31,2'sinin ($n=49$) bebeğini beslerken biberon kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.14). TNSA 2008 sonuçlarına göre bebeklerin biberon kullanılarak beslenme sıklığı 2 aylıktan küçük bebeklerde %21,8 olarak, 2-3 aylık bebeklerde %36,1 olarak, 6-7 aylık bebeklerde %59,8 olarak değişmektedir.

DS 1, 3 ve 6. aylarda bebeklerin beslenme durumları ile PPD semptomatolojisi sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.14,15,16). Araştırmamızın bulgusu ile benzer olarak Dennis ve McQueen (2007) biberon ile emzirme arasında PPD gelişmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Araştırmamızın bulgusundan

farklı olarak Hannah ve ark (1992) bebeği biberonla beslenen kadınların daha sık PPD semptomatolojisi gösterdiklerini saptamışlardır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Longitudinal tanımlayıcı tipte 157 kadın üzerinde yapılan araştırmamızda; DS ilk 48 saatte %21,7'sinde, DS 1. ayda %17,2'sinde, DS 3. ayda %15,3'ünde, DS 6. ayda % 22,3'ünde PPD semptomatoloji (EDDÖ: 13 puan ve üzerinde) tespit edilmiştir.

Toplam 157 kadının ilk 48 saat ve 6. ay dahil EDDÖ puanlarına göre değerlendirme yapıldığında %43,3'ünde PPD semptomatolojisi tespit edildi. 13 puan ve üzerindeki bu 68 vakanın %50,0'si DS ilk 48 saatte, %22,05'i DS 1. ayda, %13,23'ü DS 3. ayda, %14,70'i DS 6. ayda yeni vaka olarak belirlenmiştir. İlk 48 saatte PPD semptomatolojisi görülen kadınların %61,8'inin daha sonraki izlemlerde tekrar PPD semptomatolojisi görüldüğü tespit edilmiştir. DS ilk 48 saat hariç tutulup, 4. hafta ve 6 ay izlem aralığı değerlendirildiğinde kadınların %35,0'inde EDDÖ göre PPD semptomatolojisi tespit edilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınların EDDÖ puan ortalamaları, DS ilk 48 saatte $7,84 \pm 6,01$, DS 1. ayda $6,07 \pm 6,48$, DS 3. ayda $5,40 \pm 6,22$, DS 6. ayda $7,88 \pm 6,68$ olarak 13 puanın altında bulunmuştur.

Eş ile ilişkinin durumu kötü olanların iyi olanlara göre PPD semptomatolojisi sıklığı yaklaşık 3,2 kat artmaktadır [OR, %95 CI; 3,255 (1,039, 10,196)]. Öyküsünde psikiyatrik sorun bulunması PPD semptomatolojisi sıklığını yaklaşık 3,5 kat artırmaktadır [OR, %95 CI; 3,452 (1,454-8,191)].

PPD semptomatolojisi gösteren ve göstermeyen kadınların bebeklerinin DS ilk 48 saatte ve DS 6. ayda vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi, göğüs çevresi ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamındaki bebeklerin DS ilk beslenme zamanı ortalama $70,31 \pm 57,22$ (10-300) dakikadır. Bebeklerin %68,8'i DS ilk 60 dk. içinde, %87,9'u ilk anne sütü ile beslenmiştir. Bebeğin ilk beslenmesinde anne sütü kullanmayanlar, en sık su %9,6 (n=15) kullanmıştır. Araştırma kapsamındaki bebeklerin %85,4'ü 6

aylık olmadan ek besin almaya başlamış, kadınların %10,2'si bebeğini emzirmeyi bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların LATCH puanı ortalaması DS ilk 48 saatte $8,07 \pm 1,43$, DS 1. ayda $9,42 \pm 0,94$, DS 3. aydan $9,66 \pm 0,78$ ve DS 6. ayda $9,83 \pm 0,59$ bulunmuştur. Çalışmamızda DS ilk 48 saatte LATCH'dan 10 puan alan kadınların %16,7'sinde, 9 puan ve altında alan kadınların %22,8'inde ($p > 0,05$), DS 1. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %13,2'sinde, 9 puan ve altında alan kadınların %26,0'sında ($p < 0,05$), DS 3. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %14,5'inde, 9 puan ve altında alan kadınların %17,9'unda ($p > 0,05$), DS 6. ayda LATCH'dan 10 puan alan kadınların %21,5'inde, 9 puan ve altında alan kadınların %18,2'sinde ($p > 0,05$), PPD semptomatolojisi saptanmıştır.

DS ilk 48 saatte bebeklerin %75,2'sinin sadece anne sütü ile beslendiği, %1,9'unun biberon kullanılarak beslendiği, %74,5'inin 5 dk'dan daha uzun süre emzirildiği belirlenmiştir. DS 1. ayda bebeklerin %54,1'inin sadece anne sütü ile beslendiği, %15,3'ünün biberon kullanılarak beslendiği, %77,6'sının 10 dk veya daha fazla emzirildiği, %57,1'inin 2 saat ve daha kısa aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama $10,61 \pm 3,45$ olduğu, %69,2'sinin günde 11 kez ve daha az emzirildiği belirlenmiştir. DS 3. ayda bebeklerin %35,0'inin sadece anne sütü ile beslendiği, %29,9'unun biberon kullanılarak beslendiği, %65,8'inin 10 dk veya daha fazla emzirildiği, %56,6'sının 4 saat veya daha kısa aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama $10,15 \pm 3,46$ olduğu, %88,2'sinin günde 7 ya da daha fazla kez emzirildiği belirlenmiştir. DS 6. ayda bebeklerin %68,8'inin ($n=108$) biberon kullanmadığı, %66,7'sinin 10 dk ve daha fazla emzirdiği, %55,0'inin 4 saatten fazla aralıklarla beslendiği, günlük emzirme sayısının ortalama $9,28 \pm 4,07$ olduğu, %76,6'sının günde 6 veya daha az kez emzirildiği belirlenmiştir. Bebeklerin beslenme özelliklerine göre PPD semptomatolojisi sıklığında anlamlı fark bulunmazken, sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin annelerinde daha az sıklıkla PPD semptomatolojisi gözlemlenmiştir ($p > 0,05$).

Sonuç olarak, PPD son zamanlarda dünya çapında gelişmiş araştırmacıların ilgisini çeken önemli halk sağlığı sorunudur. Yaşamlarının bir döneminde psikiyatrik hastalık öyküsü sergileyen veya tanısı alan hastalarımızın ve doğum sonrası ilk 48

saatte bile EDDÖ puanı 13 ve üzeri olan kadınlarımızın PPD açısından büyük bir risk taşıdıkları unutulmamalı ve PPD semptomatolojisi gösteren kadınlarımıza derhal gerekli destek, tedavi ve gerekli yönlendirme aile hekimleri ve hemşireleri işbirliğiyle verilmeli ve bu destek hayatlarının diğer aşamalarında da sürdürülmelidir.

Bu sonuçlara dayanarak;

- DS ilk 48 saatte kadınlar henüz taburcu olmadan PPD açısından risk faktörlerinin belirlenmesi ve EDDÖ ile taramanın yapılarak PPD semptomatolojisi açısından riskli olarak tespit edilen annelerin takip edilip, gerekli psikoterapi ve medikal tedavi için yönlendirilmelerini,
- Eşi ile ilişkisini kötü olarak nitelendirilen kadınlarla daha önceden psikiyatrik sorun yaşayan kadınların PPD açısından yakından takip edilmesini,
- Kadınların doğum öncesi ve sonrasında aldıkları bakım esnasında PPD'ye ilişkin gerekli bilginin sunulmasını,
- Hemşire ve aile hekimi tarafından kadınlara PPD'ye ilişki gerekli bilgilerin verilmesi, PPD açısından riskli olan kadınlara gerekli bakım ve yönlendirmenin yapılmasını,
- Türkiye'nin diğer bölgelerinde ve daha geniş örneklemeler üzerinde benzer çalışmaların yapılmasını,
- PPD'nin izleminin DS 24 aya kadar sürdürüldüğü çalışmaların yapılmasını önerilirebiliriz.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme ve Büyümesi ile İlişkisinin Longitudinal İncelenmesi

Menekşe Nazlı ULUSOY

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2010

Bu araştırma PPD'nin kadınlarda doğum sonrası ilk 48 saatte, 1. ayda, 3. ayda, 6. ayda postpartum depresyon semptomatolojisi sıklığını tespit ederek, PPD'nin risk etmenlerini, PPD'nin bebek beslenmesi ve büyümesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmanın örneklemini Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde miadında canlı doğum yapan, bebeği yanında olan, sağlıklı bebek sahibi olan (Apgar 9-10), araştırmayı kabul eden 157 anne oluşturdu. Veri toplamak için Anne Tanıtım Formu, Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği, Bebek Değerlendirme Formu ve LATCH kullanıldı. Çalışmaya alınan annelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onayları alındı. Veriler, doğum sonrası ilk 48 saatte hastaneden taburcu olmadan önce, 1. ayın bitiminde, 3. ayın bitiminde ve 6. ayın bitiminde hastaneye randevuya çağrılarak, gelemeyen kadınlar evlerinde ziyaret edilerek, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. EDDÖ puanları, kesme puanı 13 ve üzeri alınarak değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Cochran's Q, Friedman, Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon, Chi-square, Student-t Testleri, Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı.

Çalışmamız sonucunda EDDÖ'ye göre PPD semptomatolojisi sıklığı DS ilk 48 saat ve DS 6. ay arasında %43,3 (n=68); DS 1. ay ve DS 6. ay arasında %35,0 olarak saptandı. EDDÖ puanı 13 puan ve üzerinde olan bu 68 vakanın %50,0 (n=34) DS ilk 48 saatte, %22,05'i (n=15) DS 1. ayda, %13,23'ü (n=9) DS 3. ayda, %14,70'i (n=10) DS 6. ayda yeni vaka olarak belirlendi. İlk 48 saatte PPD semptomatolojisi görülen kadınların %61,8'inin daha sonraki izlemlerde tekrar PPD semptomatolojisi görüldüğü tespit edildi. Kadınların DS ilk 48 saatte %21,7'sinde, DS 1. ayda %17,2'sinde, DS 3. ayda %15,3'ünde, DS 6. ayda % 22,3'ünde EDDÖ puanlarının 13 puan ve üzerinde olduğu bulundu. PPD semptomatolojisi sıklığı, eşi ile ilişkisini kötü olarak nitelendiren kadınlarda (p=0,043), daha önce psikiyatrik sorun yaşayan kadınlarda (p=0,005) Lojistik Regresyon Analizinde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla bulundu. PPD'nin bebeklerin antropometrik ölçümlerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamakta idi. DS 1. ayda kadınların LATCH puanları 10 puan olanlar, 9 puan ve altında olanlardan daha sık PPD semptomatolojisi gösterdiği saptanmıştır (p=0,049). Bebeğin beslenme özelliklerinin PPD semptomatolojisi sıklığına istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmadı.

Araştırma sonucunda eşi ile ilişkisini kötü olarak nitelendiren ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan kadınların PPD semptomatolojisi açısından risk grubunda yer aldıkları görülmüştür. Bu doğrultuda postpartum dönemde kadınların risk faktörleri, PPD belirti, bulguları açısından değerlendirilmesi; sağlık profesyonelleri tarafından gerekli izlem ve danışmanlığın yapılması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Postpartum depresyon; EDDÖ; depresyon ve risk faktörleri; bebek beslenmesi; bebek büyümesi

7. SUMMARY

T.C.
SELCUK UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

A Longitudinal Study of The Relationship between The Frequency of Postpartum Depression in The Postpartum 6-Month Period and Nutrition and Growth on The Infants

Menekşe Nazlı ULUSOY

The Department of Nursing

MASTER THESIS /KONYA–2010

The aim of the present study was to examine levels of postpartum depression symptomatology on postpartum first 48 hours, 1, 3 and 6th months; risk factors affecting postpartum depression; postpartum depression's affects on infant nutrition and infant growth.

The sample of this study constitutes 157 mothers who gave alive birth on term in Karamanoğlu Mehmet Bey maternity and children hospital, whose baby was with her, who had healthy baby (Apgar 9-10) and who agreed to participate to this study. Mother Introduction Form, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Baby Assessment and LATCH were used for collecting data. It was received a written approval from mothers participating after giving information about the search to the mothers who took part in the study. Data collecting forms were filled in postpartum first 48 hours before mothers discharged, postpartum 1, 3 and 6th months end by calling to the hospital or women who couldn't come to hospital by visiting in their home; via face to face interviews. The cut-off point of EPDS was taken as 13 and over. Number and percentage, mean and standard deviation and also Cochran's Q, Friedman, Bonferroni adjusted Wilcoxon, Chi-square, Student-t Tests, Logistic Regression Analysis were used to analyze the data.

According to our study's results from first 48 hours to 6th month after delivery %43,3 (n=68) women, from 1st month to 6th month after delivery %35,0 women were found to have PPD symptomatology according to EPDS. Considering the onset of PPD symptomatology %50,0 (n=34), %22,05 (n=15), %13,23 (n=9) and %14,70 (n=10) new cases of the total 68 cases of postpartum depression symptomatology. %61,8 women who were found to have PPD symptomatology at first 48 hours after delivery, were found to have PPD symptomatology at other controls. %21,7 women were found to have over score EPDS at the first 48 hours after delivery, %17,2, %15,3 and %22,3 at the end of the first, third and sixth month, respectively. It was determined that according to qualifying relationship with her husband badly ($p=0,043$), expressing depression story in the previous ($p=0,005$), difference between PPD symptomatology was statistically significant by using Logistic Regression Analysis. There wasn't statistically significant effect of PPD on infants's anthropometric measurements. Whose LATCH score was 10 were found to have more frequency PPD symptomatology at first month after delivery than whose LATCH score was ≤ 9 ($p=0,049$). It was determined that baby's nutrition features weren't significant effect on PPD symptomatology.

According to the research's results, it was seen that women who qualify relationship with her husband badly and have previous depression story, have risk for PPD symptomatology. In this direction it was proposed to make evaluation in women about risk factors, PPD symptoms, signs in postpartum period; to perform necessary follow-up and to counsel by health professionals.

Key Words: Postpartum depression; EPDS; depression and risk factors; infant nutrition; infant growth.

8. KAYNAKLAR

1. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JAO. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria, *Journal of Affective Disorders*. 2008;108:191-193.
2. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;Ek 2:70-74.
3. Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium*. 2005; 43(3): 91-96.
4. Akridge KM. Psychiatric disturbances. In: Youngkin QE, Davis MS, editors. *Women's Health A Primary Care Clinical Guide*, 3. ed., New Jersey, Printice Hall Upper Saddle, 2004, 651-676.
5. Alasulu N, Çolak C, Orman MN, Şahin F, Duyan AÇ. 0-2 Yaş sağlıklı çocukların baş çevresine ilişkin gelişimin izlenmesi için büyüme eğrileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2006; 59:89-92.
6. American Academy of Pediatrics (AAP), Work group on breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997; 100: 1035-9.
7. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, et al. Depression and the dynamics of smoking: a national perspective. *JAMA*. 1990; 264:1541-5.
8. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *Journal of Psychomatic Research*. 1994; 38(6): 539 545.
9. Arlı M. Büyüme ve Gelişme, Anne ve Çocuk Beslenmesi, 2. Basım, Pegem A Yayınları, 2003;67-100.
10. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14:252-257.
11. Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Depression and smoking. *Encephale*. 1996;22:17-22.
12. Aydın A. Yapay beslenme ve ek gıdalar. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, Ekim 2003; 35: 79-84.
13. 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(4):243-251.
14. Balcıoğlu İ. Depresyonun etyopatogenezi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 19-28, 2-3 Aralık 1999, İstanbul.
15. Balle J, Olofsson MJ, Hilden J. Cannabis and pregnancy. *Ugeskr Laeger*. 1999; 161: 5024-8.
16. Baş DH. Postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirmeleri ve bebek büyümesi üzerine olan etkisi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2007.
17. Beck CT. Screening methods for postpartum depression. *JOGNN*. 1995; 24: 308-312
18. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996 Sep-Oct;45(5):297-303.
19. Beck CT. Postpartum depression: stopping the thief that steals motherhood. *AWHONN Lifelines*. 1999; 3:41-44.
20. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85.
21. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research*. 2001;50(4): 242-250.
22. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery*. 1998; 14: 242-247.
23. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28: 3-8.
24. Carpenito LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. 7.Baskı, (Çeviren F, Erdemir) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,1999.
25. Chandran M, Tharyan P, Muliyil J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 499-504.
26. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6: 125-40.
27. Cooke M, Schmied V, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*. 2007; 23:66-76.
28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
29. Cunningham FG, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap III LC, Haunt JC, Wenstrom KD. Postpartum Bozukluklar, In: Cunningham FG, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap III LC, Haunt JC, Wenstrom

- KD, editors. Williams Doğum Bilgisi, (Çev.: Akman CA) 21. ed., İstanbul, Nobel Tıp, 2005, 1421-1427.
- 30.Çakmak H, Kuşuoğlu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:1128–1137.
- 31.Çavuşoğlu H, Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi, 7. Baskı, 2004, Ankara.
- 32.Dawson B, Trapp R. Basic and Clinical Biostatistics. Saunders, 2. Baskı, 1994, USA.
- 33.Demirhan F. Sakarya ilinde emzirmenin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
- 34.Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Pædiatrica*. 2007;96:590–594.
- 35.Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003; (2)3:42-46.
- 36.Duran S. Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile besleme davranışlarına etkisi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2008.
- 37.Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc*. 2009; 10: 14-20.
- 38.Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türkiye Psikiyatri Derneği Bahar Sempozyumları-1 Kitabı: 51, 1997, Ankara.
- 39.Ercan O. Büyümenin izlenmesi. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi. 2003 Ekim;35:251-26.
- 40.Etiler N, Velipaşaoğlu S. Çocukluk döneminde beslenmenin değerlendirilmesi: birinci basamakta antropometrinin kullanımı. *Sted*. 2004;13 (2):50-54.
- 41.Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. *Türk Ped Arş*. 2007; 42 Özel Sayı: 6-10.
- 42.Field T. Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behav Dev*. 2008 Sep;31(3):481-7.
- 43.Fisher N, Amitai Y, Haringman M, Meiraz H, Baram N, Leventhal A. The prevalence of smoking among pregnant and postpartum women in Israel: a national survey and review. *Health Policy*. 2005; 73: 1-9.
- 44.Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2007;17:126-133.
- 45.Gilbert EP, Harmon JS. Çev. Ed. Taşkın L. Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı, İkinci baskıdan çeviri, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002, 348-597.
- 46.Giray H. Anne sütü ile beslenme. *STED*. 2004; 13:12-15.
- 47.Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*. 2007;20:280–288.
- 48.Gonikadis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49: 275–282.
- 49.Green AD, Barr AM, Galea LAM. Role of estradiol withdrawal in ‘anhedonic’ sucrose consumption: A model of postpartum depression. *Physiology and Behavior*. 2009;97:259–265.
- 50.Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(1): 58-67.
- 51.Gür E. Doğal beslenme. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi. 73-78, Ekim 2003, No: 35, İstanbul.
- 52.Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Arch Ped*. 2007; 42: 11-15.
- 53.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye 2009, [erişim tarihi 30.10.2009]. erişim adresi http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf.
- 54.Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*. 1992 Oct;161:577-8.
- 55.Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth*. 2003 September; 30(3): 175-180.
- 56.Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 1988; 6(22): 118-126.
- 57.Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, Goudemand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2006;93:169–176.

- 58.Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994 Jan;23(1):27-32.
- 59.Karaçam T, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2004;14(3):14-24.
- 60.Karaçam Z, Kitiş Y, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkiye’de Geçerlik Ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2008; 19(2): 187-196
- 61.Karamustafaloğlu N ve Tomruk N. Postpartum hüüzün ve depresyonlar. Duygudurum Dizisi. 2000;2:64-71.
- 62.Kısa C, Aydemir Ç, Kurt A, Gülen S, Göka E. Doğum ardı psikoz tanısı konulan hastaların uzun süreli izlemi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18(3):223-230.
- 63.Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. Aralık 2004 : (Ek 4):3-6.
64. Kısa C ve Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 2004; 12(Ek 4):30-37.
- 65.Kocabaşoğlu N, Balcioğlu İ, Şen C. Puerperal (doğum sonrası) psikoz. Perinataloji Dergisi. 1995;3(1-2): 67-69.
- 66.Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, sempozyum dizisi no:62, 349-354, Mart 2008 [erişim tarihi 2008 Haziran 18] erişim adresi <http://www.ctf.edu.tr/Stek/bb62.htm>.
- 67.Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Brit. J. Psychiat.1984;144: 35-47.
- 68.Kurçer MA, Keleş E. Doğum sonrası depresif belirtilere sigaranın ve gebelikteki bazı sorunların ilk ve 60. günlerdeki etkisinin karşılaştırılması. TAF Prev Med Bull. 2009; 8(4):323-328.
- 69.Kurt A, Kısa C. Postpartum hüüzün. 3P Dergisi Aralık 2004 (ek 4); 7-11.
- 70.Kutlu R, Marakoğlu K. Evaluation of initiating, continuing and weaning time of breastfeeding. Marmara Medical Journal. 2006;19(3):121-126.
- 71.Kutlu R, Kara F, Durduran Y, Marakoğlu M, Çivi S. Assessment of Effects of Pre- and Post-training Programme for Healthcare Professionals about Breastfeeding. J HEALTH POPUL NUTR. 2007 Sep;25(3):382-386.
- 72.Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. Br J Psychiatry. 1997; 171(12):550-555.
- 73.Leifer G. Postpartum blues and postpartum depression. Maternity Nursing An Introductory Text, 9th Edition, USA, Elsevier Saunders, 2005, 294-295
- 74.Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas’ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4):157-164.
- 75.Marakoğlu K, Erdem D. Konya’da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal). 2007;29(1):047-055.
- 76.Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29(1):206-14.
- 77.Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. Primary Care: Clinics in Office Practice. March 2009;36(1): 151-165.
- 78.McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, Hill EN, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation. J Reprod Med. 2008 Mar;53(3):166-70.
- 79.Miller LJ. Postpartum depression. JAMA. 2002;287:762-765.
- 80.Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? Can J Psychiatry. 1997;42:1061–1065.
- 81.Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W, Kiyohara C, Hirota Y. Dietary glycemic index and load and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka maternal and child health study. Journal of Affective Disorders. 2008;110:174–179.
- 82.Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14
- 83.Nizamoğlu M. Sağlam çocukların düzenli takiplerini etkileyen faktörler, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- 84.Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 26(2):55-59.

- 85.Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2006; 59:151-157.
- 86.Orhon FŞ. The impacts of postpartum depression on children. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2007; 60(2):57-60.
- 87.Orhon FŞ, Ulukol B, Soykam A. Risk factors for postpartum depression in a well-child clinic: maternal and infant characteristics. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2008; 61(1): 7-12.
- 88.Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar, 1. basım, Ankara, 2004, 12.
- 89.Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(5):391-398.
- 90.Pagano R, La Vecchia C, Decarli A. Smoking in Italy, 1995. Tumori. 1998; 84: 456-9.
- 91.Peres-Stable EJ, Marin G, Marin BV, Katz MH. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. Am J Public Health. 1990;80:1500-2.
- 92.Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening and treatment. Wisconsin Medical Journal. 2004; 103(6):56-63.
- 93.Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women. Minerva Ginecol. 2005; 57(4): 451-60.
- 94.Petrou S, Cooper P, Davidson LL. Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. The British Journal of Psychiatry. 2002;18:505-512.
- 95.Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:946-952.
- 96.Righetti-Veltema M, Conne-Perre'ard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. Journal of Affective Disorders. 2002; 70:291-306.
- 97.Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. Journal of Human Lactation. 2001;17(1):20-3.
- 98.Sağlık Bakanlığı. ICD-10 hastalıklar ve sağlık problemlerinin uluslararası istatistiksel sınıflandırılması, Ankara, 2007, 234.
- 99.Sağlık Bakanlığı. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. GENELGE 2008 / 45 , 05/06/2008, Sayı : B100AÇS0140000- 351- 3178 [erişim tarihi: 2008 Ekim 19]. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2AD3878DCA3C119412>
- 100.Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B. Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. Klinik Psikiyatri. 2004;7:48-50.
- 101.Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. STED. 2006; 15(8):149-152.
- 102.Sevindik F. Elazığ ilinde depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2005.
- 103.Sinclair L. Psychological changes of the puerperium. A Midwife's Handbook, California, Elsevier, 2004, 238-241.
- 104.Skalkidou A, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Poromaa IS. Risk of postpartum depression in association with serum leptin and interleukin-6 levels at delivery: A nested case-control study within the UPPSAT cohort. Psychoneuroendocrinology. 2009;34 (9):1329-1337.
- 105.Stewart DE, Gagnon A, Saucier JF, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum depression symptoms in newcomers. Can J Psychiatry. 2008;53(2):121-124.
- 106.Studd J, Panay N. Are oestrogens useful for the treatment of depression in women? Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2009;23: 63-71.
- 107.Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dündar C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. TJOD. 2006; 3 (1): 26-31.
- 108.Şanlıer N, Aytekin F. Ankara'da yaşayan 0-36 ay çocukların bazı antropometrik ölçümleri ve anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24(1): 271-289.
- 109.Taşkın L, Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, 7. basım, 2005, Ankara,391,413, 421-434.
110. Teissèdre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using The Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. Can J Psychiatry. 2004;49:51-54.
- 111.Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005, 62-68.
- 112.Tezergil B. Doğum sonu dönem annelerin emzirmeye ilişkin düşünceleri ve uygulamaları. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

- 113.Türkkan A, Sabuncu Z, Çalışkan Ö. Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde postpartum depresyon görülme sıklığı, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 335, 23-26 Ekim 2007, Denizli.
- 114.UNICEF. Anne sütü. Evet deyin. 2002 Şubat. [erişim tarihi 2008 Ekim 3] erişim adresi http://www.unicef.org/turkey/sy1/_mc1.html.
- 115.Uncu Y, Ozcakil A, Ercan I, Bilgel N, Uncu G. Pregnant women quit smoking; what about fathers? Survey study in Bursa Region, Turkey. *Croat Med J*. 2005; 46: 832-7.
- 116.Üstün C, Malatyaloğlu E. The effects of smoking on fetus-plasenta during pregnancy. *Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Derg.* 1990; 7: 43-8.
- 117.Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*. 1996 May;168(5):607-11.
- 118.WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006. [erişim tarihi: 2008 Ağustos 9] erişim adresi: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.
- 119.WHO. Emotional and psychological support. 2008a. [erişim tarihi 2008 Haziran 24] erişim adresi www.who.int/reproductive-health/impac/Clinical_Principles/Emotional_support_C7_C14.html
- 120.WHO. Literature review of risk factors and interventions on Postpartum Depression, Maternal Mental Health & Child Health And Development. Department Of Mental Health And Substance Abuse, 2008b. [erişim tarihi: 2008 Temmuz 13] erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_exec_sum.pdf
- 121.Wilson WH, Lowdermilk P. Support for postpartum depression. *Maternal Child Nursing Care*. 3. ed., USA, Mosby Elsevier, 2006, 676-675.
- 122.Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993; 168:1388-93.
- 123.Xie R, He G, Liu A, Bradwejn J, Walker M, Wen SW. Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Social Science and Medicine*. 2007;65:680-684.
- 124.Yakut A, Doğruel N, Akgün N. Bebek ve çocuk beslenmesi. In: Gürgen H. (ed) Çocuk Sağlığı ve Gelişimi, AÖF Yayınları, 1997, Eskişehir.
- 125.Yaman EŞ, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc.* 2009; 10: 14-20.
- 126.Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2006; 3 (10): 35-42.
- 127.Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. 2003;5(1):38-44.
- 128.Yıldız K, Isparta kent merkezinde 0-12 aylık bebeklerin büyüme durumlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2008, Isparta.
- 129.Yıldırım SG, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. Aralık 2004 : (Ek 4):12-20.
- 130.Yüksel FV, Kısa C, Yalçın ES, Göka E. Postpartum psikoz. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. Aralık 2004:(Ek 4); 21-29.

9. EKLER

EK. A: Veri Toplama Formu

ANNE TANITIM FORMU

Adınız Soyadınız:

Telefon Numaranız:

Adres:

Cep telefonu:

1-Annenin doğum tarihi:

.....

2-Doğum yapma tarihi:

.....

3- Annenin mesleği;

1-Ev hanımı

2-Memur

3-İşçi

4- Serbest

5- Diğer.....

4- Annenin eğitim durumu;

1- Okur-yazar değil

2- Okur-yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6- Yüksek okul veya üniversite

7- Evlilik süreniz:.....

8- Şimdiye kadar en uzun yaşadığınız yer;

1- Kır

2- Kent

9- Ailenin aylık ortalama geliri ne kadar? (Varsa gelire katkısı olan diğer bireyler de belirtilecek.)

1-.....

2-.....

3-.....

4-.....

Toplam=.....

10- Sağlık güvenceniz var mı?

1- Evet

2- Hayır

11- Oturduğunuz ev mülkünüz mü?

1- Evet

2- Hayır

12- Oturduğunuz evin kaç odası var?.....

13- Ailede aynı evde yaşayan bireyler:

.....

.....

.....

.....

14- Evlenme yaşı :

15- İlk doğum yaşı:

16- G P Y A

17- İlk adet yaşı:.....

18- En son iki gebeliğiniz arasındaki süre:.....

19- Bu gebeliği planlama durumunuz ne idi?

1- Planlı gebelik

2- Plansız gebelik

3- İstenmeyen gebelik

20- Eğer istenmeyen gebelik ise istememe nedeniniz ne idi?

.....

21- Doğum öncesi bakım aldınız mı?

1- Evet

2- Hayır

22- Gebe İzlem Çizelgesi

	0-12 hafta	6.ay	7.ay	8.ay	9.ay	Doğumda
Kadın Doğum Uzmanı						
Aile Hekimi						
Ebe						

23- Doğum öncesi bakımda neler/kaç kez yapıldı?

1- Tetanoz aşısı

2-.....

3-.....

4-.....

5-.....

6-.....

24- Riskli gebelik durumu?

1- Var.....

2- Yok

25- Gebeliğinizde herhangi bir hastalık tanısı aldınız mı?

1- Evet.....

2- Hayır

26- Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise ilaç kullandınız mı?

.....

.....

.....

27- Gebelikten önce herhangi bir ruhsal sorun yaşadınız mı?

1- Evet.....

2- Hayır

28- Daha önceki gebeliğinizden sonra herhangi bir ruhsal sorun yaşadınız mı?

1- Evet

2- Hayır

29- Ailenizde ruhsal sorun yaşayan var mı?

1- Evet.....

2- Hayır

30- Doğumunuz nasıl gerçekleşti?

1- Normal doğum

2- Sezaryen

3- Müdahaleli/ zor doğum

31- Eşinizle aranız (sevgi/saygınız) nasıl?

.....

32- Gebeliğinizde sigara kullandınız mı?

1- Evet

2- Hayır

33- Bebek bakımı hakkında bilginizi yeterli buluyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

1.Ayın Sonunda:

34- Doğum sonunda size kimler destek oldu?

1-.....

2-.....

3-.....

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek o kadar değil
- ☐ Artık kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- ☐ Hayır, hiçbir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- ☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hemen hemen hiç
- ☐ Asla

BEBEK DEĞERLENDİRME FORMU

(Doğumda Anne Tanıtım Formu, EDDÖ, Bebek Değerlendirme Formu kullanılarak veri toplanacaktır.)

1- Bebeğin cinsiyeti:

1- Kız 2- Erkek

2- Bebek doğum sonunda ilk ne zaman beslendi?

Doğumdandk sonra besledim.

3- Bebek ilk ne ile beslendi?

1- Anne sütü
2- Formül mama
3- Diğer.....

4- Doğumda

Doğumda	Ağırlık	
	Boy uzunluğu	
	Baş çevresi	
	Göğüs çevresi	
	Beslenme İçeriği	
	Beslenme Şekli	
	LATCH Puanı	

5- Bebeğin beslenme şekli;

1- Anneyi emiyor
2-Kaşıkla
3- Biberonla
4- Diğer.....

6- Bebeğinizi bir öğünde ne kadar süre emzirdiniz?

.....

7- İki emzirmeniz arasındaki en uzun süre ne kadar?

.....

8- Bir gün içinde kaç kez emziriyorsunuz?.....

1.Ayın Sonunda (Anne tanıtım Formunda 1. Ayın bitiminde sorulacak soru, EDDÖ, Bebek Tanıtım Formunun 1. Ayın sonunda sorulacak kısmı ile veri toplanacaktır.):

1-

1.Ayın Sonunda	Beslenme İçeriği	
	Beslenme Şekli	
	LATCH Puanı	

2- Bebeğinize işitme taraması yapıldı mı?

1- Evet
2- Hayır

3- Bebeğinize görme taraması yapıldı mı?

1- Evet
2- Hayır

4- Bebeğinizin topuğundan fenilketonüri ve hipotroidi testi için kan alındı mı?

1- Evet
2- Hayır

3.Ayın Sonunda (EDDÖ, Bebek Tanıtım Formunun 3. Ayın sonunda sorulacak kısmı ile veri toplanacaktır.):

1-

3.Ayın Sonunda	Beslenme İçeriği	
	Beslenme Şekli	
	LATCH Puanı	

6. Ayın Sonunda (EDDÖ, Bebek Tanıtım Formunun 6. Ayın sonunda sorulacak kısmı ile veri toplanacaktır.):

1-

6.Ayın Sonunda	Ağırlık	
	Boy uzunluğu	
	Baş çevresi	
	Göğüs çevresi	
	Beslenme İçeriği	
	Beslenme Şekli	
	LATCH Puanı	

2- İlk ek besine başlama zamanı:.....

3- Bırakıldı ise emzirmeyi bırakma zamanı:.....

4- Bebeğiniz demir desteği aldı mı?

1- Evet

2- Hayır

5- Bebeğiniz D vitamini desteği aldı mı?

1- Evet

2- Hayır

6- Bebeğin Aşılı

	Doğumda	1. Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu
Hepatit B					
BCG					
DaBT-IPA-Hib					
OPA					
Diğer					

LATCH Emzirme Puanlama Sistemi Değerlendirme Yönergesi

Değerlendirme Kriterleri	Puan		
	0	1	2
Bebeğin memeyi kavraması	Uyur ya da isteksizdir; memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür.	Areolayı ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa doğru dönüktür.
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	Yok	Bir kaç emme hareketi	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar görülür.
Annenin meme başının tipini	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış
Annenin meme/meme başı rahatlığı	Çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkla azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
Annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardım	Tamamıyla yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

EK.B: Etik Kurul Onayı

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 11	Toplantı Tarihi: 28-11-2008
---------------------	-----------------------------

Karar Sayısı:2008/329;Fakültemiz Temel Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Kamile MARAKOĞLU'nun **"Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının ve Bu Durumun Bebekler Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 24.11.2008 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü; yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Temel Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Kamile MARAKOĞLU'nun sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLI GIBİDİR
28-11-2008
Sazer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

EK. C: Onam Formu

1. Çalışmanın Adı

Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının ve Bu Durumun Bebekler Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

2. Davet Paragrafı

Sizi araştırmamıza katılmaya davet ediyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığını ve neyi içereceğini anlamamız sizin için önemlidir. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz ve isterseniz başka kişilerle tartışınız. Anlayamadığınız bir konu olduğu ya da daha fazla bilgi istediğiniz takdirde bize sorabilirsiniz. Araştırmaya katılmak isteyip istemediğinizi lütfen düşünün ve karar verin. Okuduğunuz için teşekkür ederiz.

3. Çalışmanın amacı nedir?

Kadınlarda doğum sonrası ilk 2 gün içerisinde, 1. ayda, 3. ayda, 6. ayda postpartum depresyon (PPD) sıklığını tespit ederek, PPD'nun bebek beslenmesi ve büyümesi üzerine etkisinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

4. Ben neden seçildim?

Yeni doğum yaptığınız içi seçildiniz. Bu araştırma için Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum Ve Çocuk Hastanesi'nde doğum yapan 200 anne seçilecektir.

5. Katılmak zorunda mıyım?

Araştırmaya katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Katılmaya karar vererseniz size bu bilgi formu verilecek ve sizden bir onay formun imzalamanız istenecektir. Katılmaya karar verdiğinizde de zaman bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz. Araştırmadan ayrılma kararınız size verilen sağlık hizmetlerini hiçbir şekilde etkilemeyecektir.

6. Katıldığım takdirde bana ne yapılacak?

Sizden 15-20 dakika süren bir veri toplama formu doldurmanız, 5 dakika bebeğinizi emzirmeniz ve bebeğinizin fiziki ölçümlerinin alınmasına izin istenecektir. Bu veri toplama formu, doğum sonu depresyonda nelerin etkili olduğunu, depresyon durumunun bebeğinizi nasıl etkilediğini belirlemek için sizinle ilgili ve bebeğinizle ilgili sorular içermektedir. Sizden davet edildiğinizde kontrole gelmeniz dışında başka bir şey istenmeyecektir. Bu çalışma, postpartum depresyon ve bebeğe etkileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamıza yardımcı olacak, ancak araştırmaya katılmanız size doğrudan bir yarar sağlamayacaktır.

7. Bu araştırmaya katılmam gizli kalacak mı?

Araştırma sırasında hakkınızda elde edilen tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

8. Araştırmanın sonuçları ne olacak?

Çalışmanın sonunda toplanan tüm veriler analiz edilecek ve sonuçlar çıkarılacaktır. Bu bilgiler, konferanslarda yapılacak sunumlar ve/veya tıbbi yayınlar yoluyla sağlık sektöründeki diğer uzmanlarla paylaşılacaktır. Hiçbir rapor/yayında kimliğiniz belirtilmeyecektir.

9. Araştırmayı kim organize ve finanse ediyor?

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Menekşe Nazlı Ulusoy tarafından organize, S.Ü. Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından finanse edilmektedir.

10. Daha fazla bilgi için

Bu çalışmaya ilişkin daha fazla bilgi sahibi olmak isterseniz, Menekşe Nazlı Ulusoy ile görüşün (İř; Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastanesi, Telefon No: 05053528782).

Bu formun bir kopyası size verilecektir.

Projenin Adı: Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının ve Bu Durumun Bebekler Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Yer: Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum Ve Çocuk Hastanesi

Araştırmacı: Menekşe Nazlı ULUSOY

Hasta bu formun tamamını kendisi doldurmalıdır.

Cevabınızı içeren seçeneği işaretleyiniz

* Hasta bilgi formunu okuyup anladınız mı?	EVET	/	HAYIR
* Soru sorma ve araştırmayı tartışma imkanınız oldu mu?	EVET	/	HAYIR
* Tüm sorularınıza tatmin edici yanıt aldınız mı?	EVET	/	HAYIR
* Araştırma hakkında yeterli bilginiz oldu mu?	EVET	/	HAYIR
* Aşağıdaki yönlerden araştırmadan:			
İstediğim zaman ayrılabilirim	EVET	/	HAYIR
Bir neden belirtmeden ayrılabilirim	EVET	/	HAYIR
Ayrılmamdan tıbbi bakımım etkilenmeyecektir	EVET	/	HAYIR
Ayrıma konusunda özgür olduğumu anladım	EVET	/	HAYIR
* Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum	EVET	/	HAYIR

İmza (Hasta) Tarih

İsim (BÜYÜK HARFLERLE)

Yukarıda adı geçen hastaya araştırmayı açıkladım ve kendisi araştırmaya katılmaya kendi isteğiyle karar verdiği belirtti.

İmza (Araştırmacı) Tarih

MENEKŞE NAZLI ULUSOY

10. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Konya’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Konya’da tamamladı. 2003 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü’nü kazandı ve 2007 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. Evli, bir çocuk annesidir.