



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
Koordinatör: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN**

**Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Müferet ERGÜVEN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi**

**ETKİN EMZİRME EĞİTİMİ ALAN POSTPARTUM
DEPRESYONLU ANNE BEBEKLERİNİN DOĞUM SONRASI
İLK İKİ AYLIK DÖNEMDE ANTROPOMETRİK
ÖLÇÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. Hacer Hicran BEYCA

İSTANBUL-2009

TEŞEKKÜR

Hastanemizde rahat ve güvenli çalışma ortamı sağlayan hastane başhekimimiz Doç.Dr.Eyüp Gümüş'e teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında yardımlarını ve her türlü desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Uzm. Dr. Müferet Ergüven'e ve sayın koordinatorümüz Prof. Dr. Ahmet Göçmen'e teşekkür ederim.

Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran; 1. Dahiliye Klinik Şefi Prof. Dr. M. Ziya Mocan, 2. Dahiliye Klinik Şefi Doç. Dr. Mesut Başak, Genel Cerrahi Klinik Şefi Doç. Dr. Orhan Alimoğlu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uzm. Dr. Müferet Ergüven, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Prof. Dr. Ahmet Göçmen, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Mustafa Bilici'ye teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Şirin Güven'e teşekkür ederim. Yine tez çalışmama katkıda bulunan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği hemşireleri ve personeline teşekkür ederim.

Bu günlere gelebilmemde en önemli etkisi olan ve hayatımın hiçbir döneminde maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili anne ve babama, çalışmam sırasında bana destek olan kardeşlerime teşekkür ederim.

Dr. H. Hicran BEYCA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
Depresyon	3
Postpartum Psikolojik Bozukluklar	8
Beslenme	16
Sağlam Çocuk Gelişimi	26
MATERYAL VE METOD	32
BULGULAR	35
TARTIŞMA	49
SONUÇ	54
KAYNAKLAR	56
EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	64
EK 2: EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON SKALASI	67

KISALTMALAR

PPD	: Postpartum Depresyon
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TRH	: Tirotropin Releasing Hormon
LHRH	: Luteinizan Hormon Releasing Hormon
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
GH	: Growth Hormon
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
EGF	: Epidermal Growth Faktör
TGF alfa	: Transforming Growth faktör alfa
TGF beta	: Transforming Growth Faktör beta
NGF	: Sinir Büyüme Faktörü
IGF-1	: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü
SD	: Standard Sapma
SDS	: Standard Sapma Skoru
NSD	: Normal Spontan Doğum
C/S	: Ceaserian Sectio
DSM –IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1	Süt Çocuğu Beslenmesinin Evreleri
Tablo 2	Ulusal Pediatrik Beslenme Komitesinin Süt Modifikasyon Önerisi (1-4 ay)
Tablo 3	Ek Gıdalara Erken ve Geç Başlamanın Komplikasyonları
Tablo 4	Aylara göre Boy, Ağırlık, Baş Çevresi Artış Hızı
Tablo 5	Ortalama Ağırlık Hesaplama Formülleri
Tablo 6	Ortalama Boy Hesaplama Formülleri
Tablo 7	Annelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 8	Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı
Tablo 9	Annenin Gebeliğine İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi
Tablo 10	Yenidoğana İlişkin Özellikler
Tablo 11	Yenidoğan ve Süt Çocukluğu Dönemindeki Olguların Kilo, Boy ve Baş Çevrelerinin Takiplerdeki Dağılımı
Tablo 12	Annelerin Depresyon Öyküsüne Yönelik Dağılımlar
Tablo 13	Annelerin Edinburgh Depresyon Ölçümlerinin Takiplerdeki Dağılımı
Tablo 14	Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Depresyonla İlişkinin Değerlendirilmesi
Tablo 15	Annelerin Depresyon Durumuna Göre Bebeklerin Kilo Ölçümlerinin Değerlendirilmesi
Tablo 16	Annelerin Depresyon Durumuna Göre Bebeklerin Boy Ölçümlerinin Değerlendirilmesi
Tablo 17	Annelerin Depresyon Durumuna Göre Bebeklerin Baş Çevresi Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1** Annelerin Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı
- Şekil 2** Annelerin Aile Tipine Göre Dağılımları
- Şekil 3** Annelerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımları
- Şekil 4** Annelerin Sosyoekonomik Durumuna Göre Dağılımları
- Şekil 5** Bebeklerin Kilo Ölçümlerinin Dağılımı
- Şekil 6** Bebeklerin Boy Ölçümlerinin Dağılımı
- Şekil 7** Bebeklerin Baş Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı
- Şekil 8** Annelerin Edinburgh Depresyon Ölçümlerinin Dağılımı
- Şekil 9** Annenin Yaşının Postpartum Depresyon ile İlişkisinin Dağılımı

ÖZET

Gebelik ve doğumla birlikte kadınlarda depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Postpartum depresyonun (PPD) görülme sıklığı %15.2-25 arasında toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Doğumu izleyen ilk 3 ayda, kadınların %14,5'inde yeni bir major depresyon ya da minor depresyon atağı gelişir. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir.

Çalışmamızdaki amaç; Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde doğum yapan annelerde PPD oranını saptamak ve postpartum depresyonlu annelere etkin emzirme eğitimi verildiği takdirde ilk 2 aylık sürede emzirmenin devamının sağlanıp sağlanmadığı ve bebeklerin antropometrik ölçümlerinin etkilenip etkilenmediğini saptamaktır.

Çalışmaya alınan doğum yapmış annelerin depresyonlarını saptamak amacıyla 10 sorudan oluşan Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulandı. Değerlendirme 30 puan üzerinden yapıldı. Kesme puanı ≥ 12 (12 ve üzeri) olarak alındı. Çalışmaya alınan annelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen 43 sorudan oluşan sosyodemografik form hazırlandı. Form, hekim tarafından, formdaki sorular annelere sorularak dolduruldu. Tüm annelere hem bebek hemşiresi hem de hekim tarafından etkin emzirme eğitimi verildi. Her vizitte annelerin bebeklerini emzirip emzirmedikleri sorgulandı

Doğumda bebeklerin antropometrik ölçümleri kaydedildi. Anne ve bebekler birinci ve ikinci aylarında kontrollere çağrıldı. Depresyonu olan ve olmayan anne bebeklerinin boy, kilo ve baş çevreleri doğumda, birinci ve ikinci aylarda karşılaştırılarak anlamlı bir fark olup olmadığı istatistiksel olarak değerlendirildi.

Hastalarımızda gebelik sonrası depresyon oranı %40.9 olarak bulundu. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalasına göre annelerin doğumdaki ortalama EPDS skoru 10.35 ± 5.36 , birinci aydaki ortalama EPDS skoru 9.2 ± 5.01 , ikinci aydaki ortalama EPDS skoru 7.80 ± 4.98 'di.

Depresyonu olan ve olmayan annelerin bebekleri doğumda, birinci ayda, ikinci ayda boy, kilo ve baş çevresi açısından değerlendirildi. Bu iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0.05$)

Sonuç olarak hafif-orta postpartum depresyonu olan veya olmayan tüm annelerin çocuklarını emzirdikleri ve postpartum depresyonlu annelerin, doğumdan sonraki ilk 2 aylık takiplerinde, emzirmeyi bırakmadıkları görüldü. Bu durumun, verdiğimiz etkin emzirme eğitimine, maddi sıkıntılar nedeniyle annelerin bebeklerini sadece anne style besleyebilmelerine, hastanemizde normal spontan doğum (NSD) oranının yüksek olmasına (%67.6), annelerin toplumsal baskı nedeniyle bebeklerini emzirmek zorunda hissetmelerine veya emzirmenin postpartum depresyonlu annelerin depresyonu üzerine iyileştirici etkisine bağlı olabileceğini dşnld.



GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma olarak tanımlamaktadır. Kadınlar için en önemli sağlık problemlerinden birisi de ruh sağlığı ile ilgili olanlardır. Gebelik ve doğum olayı kadınların hayatlarında önemli değişiklikler görüldüğü bir dönemdir. Kendell ve ark.nın çalışmasında, kadınlarda doğum sonrası dönemde psikiyatri kliniklerine yatışların belirgin olarak arttığı gösterilmiştir. Bir diğer çalışma da kadınların psikiyatri kliniklerine yatışlarının %12.5'a varan oranlarda doğum sonrası dönemde olduğunu ortaya koymuştur (1,2).

Herkes zaman zaman, özellikle bir kayıpla, bir düş kırıklığı ile ya da beklenmedik bir değişiklikle karşılaştığında depresif duygular taşıyabilir. Normalde bu duygular kısa sürelidir ve günlük işlevselliği bozmaz. Biraz destek verilmesi, bir avuntu kaynağı bulunması, sevilen birinin tesellisi, içinde bulunulan ortamın değiştirilmesi mutsuzluğu doğuran olayı ortadan kaldırmaya da uyumu bozulmadan kişinin yaşamını sürdürmesini sağlar. Diğer yandan depresyon, daha yaygın ve sürekli bir yaşantıdır. Basit bir üzüntünün çok ötesine gitmiş olan depresif duygulanıma düşünce, davranış ve biyolojik işlev bozuklukları da eşlik eder.

Dünya Sağlık Örgütü, major depresyonu bütün hastalıklar arasında en sık dördüncü ve iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak göstermiştir (3). 2020 yılı civarında, depresyonun dünyada iş görmezliğin önde gelen ikinci nedeni olması beklenmektedir (4).

Yük kadınlarda en fazladır; major depresyonun yaşam boyu riski %20-25 arasındadır ve erkeklerde %7-12 olan değer yaklaşık iki katıdır (5).

Postpartum depresyon, kadının sosyal hayatını, mesleki işlevselliğini, kendine olan güvenini, evlilik ilişkilerini, çocuğuyla ilişkisini olumsuz etkiler. Bu hastalar genellikle ilk 12 hafta içinde semptom verirler ve tedavi edilmezlerse çoğu ilk bir yıl sonuna kadar depresif kalırlar (6). Postpartum depresyonun sonraki gebeliklerde tekrarlama insidansı yaklaşık %30-50 civarındadır (7).

Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (8,9).

Postpartum depresyon semptomları annenin hayatını önemli derecede etkileyecek biçimde yıkıcıdır. Beck&Gable PPD semptomlarını yalnızlık hissi, uyku bozuklukları, iştah azalması, emosyonel labilite, kendisine ve/veya bebeğe zarar verme düşünceleri olarak tariflemişlerdir (10). Depresyondaki annelerin çocuklarının psikolojik, bilişsel, nörolojik ve motor gelişimlerinin gecikme ihtimali daha yüksektir (10,11,12).

Annenin hastalığının süresi ve şiddeti de şüphesiz belirleyici bir etken olmaktadır. Annenin bebeğin yaşamının erken dönemlerindeki içine kapanık, tepkisiz ya da negatif davranışlarının anne-bebek bağıını etkilediği ve daha az konuşan, daha huysuz bebeklerle sonuçlandığı ve bu bebeklerin, anneleri depresyonda olmayan bebeklere göre olumlu yüz ifadelerini daha az kullandığı tespit edilmiştir (8,9,10,11).

Postpartum depresyonun saptanması toplum sağlığı ve korunması açısından önemlidir. Erken tanı ve tedavi; hem çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesini hem de kişinin depresyon şiddetinin artması sonucu kendisine ve çevresindekilere zarar vermesini önler. Sağlık çalışanlarının perinatal mizaç bozuklukları konusunda bilgilendirilmesi, Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) gibi çeşitli tarama / tanı testlerinin uygulanması erken tanı ve müdahale şansı verir. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası somatik semptomlara ait soru içermeyen ve toplumda PPD araştırmak için geliştirilmiş, 10 sorulu kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (13) ve hekimin değerlendirme yaptığı depresyon ölçümleri ile yüksek oranda korele bulunmuştur. Bu ölçek postpartum dönemde kullanılmak üzere geliştirilmişse de yüksek risk taşıyan kadınların doğumdan önce belirlenmesi önem taşıdığından gebelikte kullanımı geçerli sayılmıştır (14,15).

Çalışmamızdaki amaç; Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan annelerde PPD oranını saptamak ve postpartum depresyonlu annelere etkin emzirme eğitimi verildiği takdirde ilk 2 aylık sürede emzirmenin devamının sağlanıp sağlanmadığı ve bebeklerin antropometrik ölçümlerinin etkilenip etkilenmediğini saptamaktır.

GENEL BİLGİLER

DEPRESYON

Tanımı ve Önemi : Depresyon için anahtar kelimeler depresif bir duygudurum ve ilgi–zevk almanın kaybıdır. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Depresif hastalar bazen ağlayamamaktan yakınırlar, bu belirti iyileştikçe kaybolur (16). Depresyondaki hastalar ailelerinden, arkadaşlarından ve daha önce ilgilendikleri etkinliklerden uzak dururlar. Depresyondaki hastaların hemen hepsi görevlerini yapmakta zorluk çıkaran, okul ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından şikayet ederler (17,18).

Etyoloji: Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik ve psikososyal etkenler olarak iki farklı etken grubu mevcuttur. Biyolojik etkenler arasında en çok yeri olduğu düşünülen aminler norepinefrin ve seratoninidir (19). Bunların yanı sıra dopamin ve asetilkolin bozuklukları da duygudurum bozukluklarında mevcut olabilir (20). Sürekli stres veya çevresel kökenli çökkünlük hali gibi psikososyal olaylar hipotalamus-hipofizadrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtına sebep olup katekolaminlerin seviyelerinde değişiklik yaratabilir (21,22). Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı, erişkin dönemde eş kaybı ya da boşanma gibi yaşam olayları depresyona sebep olan psikososyal etkenlerin en önemlileri arasındadır (19). Nöroendokrin düzenleme ve nöroanatomik görüşler de etiyolojide yer alırlar (23). Adrenal, tiroid ve büyüme hormonu ile ilişkili nöroendokrin bozuklukların depresyon hastalarında görülmesi nadir değildir. Kortizol hipersekresyonu, tirotropin releasing hormon (TRH)’a tiroid stimüle edici hormon (TSH) yanıtınlığı ve uykuya rağmen growth hormon’da (GH) artış görülmemesi depresif hastalarda görülen nöroendokrin problemlerden bazılarıdır (21,24). Nöroanatomik yapılarıdaki dejenerasyon veya anomaliler de depresyon sebepleri arasındadır. (25,26,27).

Epidemiyoloji: Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamı boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir. Majör depresyon orta yaşlarda (20-40 yaş) daha sık izlenen bir hastalıktır.

Depresyonda Risk Faktörleri

Cinsiyet: Dünyada yapılan bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaş grubunda bu farklılık çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu konuda çeşitli görüşler vardır. Muhtemel sebepler arasında ilk aklı gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menapoz dönemi için böyle bir riskin söz konusu olmadığı ortaya konmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar şimdilik cinsiyetler arasındaki farklılığın endokrin sistem nedeniyle oluştuğunu göstermiştir.

Depresif erkekler kadınlara göre alkol ve uyuşturucu kullanmaya daha eğilimlidirler. Bu nedenle alan araştırmalarında depresyona sekonder olarak alkol ve madde bağımlısı erkeklerin depresyon değil de alkol ve madde bağımlısı teşhisi almalarının cinsler arasındaki bu farklılığı meydana getirdiği iddia edilmiştir.

Cinsiyetler arasındaki farklılığın muhtemel sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Özellikle günümüz koşullarında kadınlar maddi manevi büyük yük altındadırlar. Endüstrileşmiş memleketlerde kadın, anne, iş kadını, eş, ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır. Bir de buna depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olduğu göz önüne alındığında, cinsler arasındaki farklılık bu şekilde kısmen izah edilebilir. Kadınlar depresyonun bütün şiddetlerinde ve formlarında hekime gelirken erkekler daha çok ağır depresyonlarda yardım aramaktadır (28,29).

Yaş: Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1.7; 75 yaş üzerinde %3.2; 79 yaş üzerinde %0.5; primer depresyon için %1.8; sekonder depresyon için %1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (29).

Evlilik Durumu: Kişiler arası ilişkiler depresyonun ortaya çıkmasında veya tetiklenmesinde önemli bir role sahiptir. Keza depresyon da kişiler arası ilişkileri bozabilir. Depresyon en çok boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülür. Depresyonun mu boşanmaya

sebebi olduğu yoksa yalnız yaşamının mı depresyonu ortaya çıkardığı tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler. Fakat bir başka araştırma yalnız erkeklerin ve evli kadınların en büyük risk grubunu oluşturduğunu ileri sürmüştür (29). Ülkemizdeki araştırmalarda 65 yaşın üzerindeki yaşlılarda, kadın olmanın; dul olmanın; günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (30).

Sosyoekonomik Durum: Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Sosyal Çevre: Sosyal çevreye ait faktörler hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklara ait epidemiyolojik araştırmalarda önem kazanmıştır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Depresyonun sık görüldüğü bir başka durum da işsizliktir. İşsizlerde depresyonun işi olanlara göre üç kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Burada işin anlamı ekonomik olmaktan ziyade kişinin bir işe yaradığı duygusunu hissetmesidir.

Depresyonun Kliniği

Depresyonun genel belirtileri :

Depresif duygudurum varlığı

Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni)

Konuşmada, düşüncelerde, davranışta yavaşlama

Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, anarji,

Uyku bozukluğu (genellikle insomnia olur)

İştahda değişme (genellikle kilo kaybı olur)

Somatik yakınmalar

Ajitasyon (huzursuzluk olarak yaşanan artmış motor etkinlik)

Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma

İşe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı

Değersizlik, kendini küçük görme, kendi kendini kınama, utanç ya da suçluluk duyguları

‘Düşünmede yavaşlama’ ya da ‘düşüncelerinin (zihninin) karmakarışık olması’ yakınmalarıyla belirli düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma

Anksiyete

Benlik saygısında azalma

Çaresizlik duyguları

Karamsarlık ve umutsuzluk

Ölüm düşünceleri veya intihar girişimleri

DSM IV Major Depresyon tanı kriterleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hissederek) ya da başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) hemen hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5’inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).

(6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

- (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallık olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
- (8) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
- B.** Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C.** Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D.** Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E.** Bu semptomlar ‘Yas’la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

POSTPARTUM PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR

Sağlık kavramı çok yönlüdür ve kişiye özeldir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma olarak tanımlamaktadır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda kadınların erkeklerden daha çok yaşamalarına rağmen daha fazla akut ve kronik hastalık bulguları gösterdikleri, sağlık hizmetlerini daha çok kullandıkları gözlenmiştir. Bu nedenle kadın sağlığı ayrı bir alan olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Gebelik ve doğum olayı önemli biyolojik, psikososyal ve ekonomik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir. Kendell ve ark.nın çalışmasında, kadınlarda doğum sonrası dönemde psikiyatri kliniklerine yatışların belirgin olarak arttığı gösterilmiştir. Bir diğer çalışma da kadınların psikiyatri kliniklerine yatışlarının %12.5'a varan oranlarda doğum sonrası dönemde olduğunu ortaya koymuştur (1,31).

Postpartum depresyon, majör depresyona benzerlik gösterir ve annelerin yaklaşık %10-20'sini etkiler (32,33). İnsidansı %3 ila 25 arasında bulan çalışmalar vardır (34,35). Postpartum depresyon kadının sosyal hayatını, mesleki işlevselliğini, kendine olan güvenini, evlilik ilişkilerini, çocuğuyla ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Bu hastalar genellikle ilk 12 hafta içinde semptom verirler ve tedavi edilmezlerse çoğu ilk bir yıl sonuna kadar depresif kalırlar (6). Postpartum depresyonun sonraki gebeliklerde tekrarlama insidansı yaklaşık %30-50 civarındadır (36). Bu hastalarda sonraki beş yıl içindeki depresyon atağı riski iki kat fazladır (37). Postpartum depresyon geçiren hastaların çocuklarında zihinsel ve mental gelişim sorunları olabilir. Ayrıca bu çocuklarda kaza riski, ani bebek ölüm sendromu ve herhangi bir nedenden hastaneye başvuru insidansının arttığı söylenmektedir (38,39). Doğum sonrası depresif bulgular, kadınların kendileri ve çevreleri tarafından doğum sonu olağan yorgunluğu olarak değerlendirilip psikiyatristlere başvurmamaktadırlar. Bu nedenlerle postpartum dönemde depresyonun taranması ve semptomların saptanması önemli bir konudur.

Gebelik döneminde ve doğum sonrası dönemde intihar düşünceleri ve girişimleri genel popülasyondaki kadınlardan daha düşük olmakla birlikte intihara bağlı ölümlerin %20 kadarının doğum sonrası döneme ait olduğu gösterilmiştir. Kendine zarar verme düşüncesi intihar düşüncesinden daha yaygındır, gebelikte ve doğum sonrası dönemde %5-14 oranında görülür. Postpartum depresyonu olan kadınlarda intihar riski yüksektir ve bu popülasyondaki ikinci ölüm nedenidir (40). Doğum sonrası psikolojik bozukluklar *annelik hüznü*, *doğum sonrası depresyon* ve *doğum sonrası psikoz* olarak sıralanmaktadır (1,8).

ANNELİK HÜZNÜ

Annelik hüznü yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen doğum sonrası komplikasyonlardan biridir. Belirtiler, doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde oluşur ve kaybolur. İlk 3-5 günde pik yapar.

Görülme sıklığı: %15-84 arasındadır. Annelik hüznü genellikle hormonal değişikliklerin tetiklediği (belirtilerin başlaması östrojen ve progesteron düzeylerinin düşüşü ile eş zamanlıdır) ve uykusuzluk, beslenme problemleri ve yeni anne olmanın getirdiği stres nedeniyle şiddeti artan fizyolojik bir fenomen olarak değerlendirilir (1,41). Kolay ağlama, depresyon, anksiyete, letarji ile karakterize, geçici ve kısa süreli bir durumdur. Doğum sonrası 3-4 üncü günlerde baslar, çoğunlukla destek ve güven verme ile ilaç olmaksızın iyileşir (42).

En sık görülen belirtiler: Ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, yorgunluk, depresif duygu durumu, duygusal dengesizlik, uyku bozuklukları, anksiyete, irritabilite, konfüzyon ve kognitif bozukluklardır. Belirtiler hafif düzeyde olduğundan tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir. Empati, açıklama ve destek gerektirir. Gerçek bir duygulanım bozukluğundan çok doğumun bir komplikasyonu olarak kabul edilebilir fakat geçici bir tablo olmakla birlikte bu olguların %20'sinin doğumdan sonraki birinci yılda major depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle hastaların izlenmesi önemlidir (1,8,43).

DOĞUM SONRASI DEPRESYON (POSTPARTUM DEPRESYON)

Genellikle doğum sonrası ilk 2-3. haftalarda karamsarlık, anhedoni, yetersiz hissetme gibi tipik depresif belirtilerle ortaya çıkar (42).

Görülme sıklığı: Doğum sonrası genel popülasyondaki kadınların %10-22'sini ve ergen annelerin %26'ya varan oranını etkiler (44,45). Genel popülasyonda depresyon taramasında Hamilton ve Beck Depresyon ölçekleri gibi farklı psikometrik ölçekler kullanılmaktadır. Ancak postpartum depresyon (PPD) tanısında EPDS (Edinburgh postpartum depresyon skalası), etkili ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir (6,35,41). On soruluk kısa ve kolay uygulanabilir bir testtir. Cox ve ark. PPD ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle EPDS geliştirmişler ve geçerlilik çalışmasını yapmışlardır (18,33,44). Ölçeğin, farklı kültürlerde kullanılarak, geçerlilik çalışmaları yapılmış olup, doğum yapan bütün kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabileceği bildirilmektedir (48,49). Ölçeğin ülkemizde de geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz ve ark. tarafından yapılmıştır (50). Fakat unutulmamalıdır ki bu psikometrik değerlendirme araçları tanı koymaktan çok riskli gruplarda

tarama yapmak veya belirti şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır, tanı DSM kriterleri (51) ile koyulmaktadır.

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişiklik (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu için sıklıkla karıştırılır. Geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda PPD riski %25 daha fazladır. Bir kez PPD geçiren kadının tekrar doğum yaptığında depresyon geçirme riski %30-100 oranındadır (41).

Risk Faktörleri

1.Biyolojik faktörler: Postpartum depresyon riskini arttıran obstetrik nedenler istenmeyen ya da planlanmamış gebelik, gebeliğe bağlı hipertansiyon, acil sezaryen, hastaneden erken taburcu olmak şeklinde sıralanabilir (52,53). Emzirmenin PPD için risk faktörü olup olmadığı konusundaki bulgular çelişkilidir. Artmış prolaktinin irritabilite, depresyon ve libido azalması ile ilişkili olduğu ve emziren kadınlarda bu hormonal ortamın PPD belirtilerine yol açabileceği öne sürülmüştür (54). Ancak başka bir çalışmada emzirme ile prolaktin ve östrojen düzeyleri ve duygudurum arasında bir ilişki bulunamamıştı (55). Hannah ve ark. Doğumdan sonraki ilk 6 hafta içindeki depresyonların biberonla besleme ve sezaryen ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (56).

Başka bir çalışmada emziren annelerde PPD oranı daha düşük bulunmuş, anne sütünün yaygın olduğu toplumlarda PPD dokuzuncu ayda pik yaparken mamayla beslenmenin yaygın olduğu toplumlarda üçüncü ayda pik yaptığı gösterilmiştir (46).

Sigara içme oranı depresyonlu hastalarda normal popülasyona göre daha yüksektir, çalışmalarda sigaranın PPD için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Mc Coy ve ark.'nın çalışmasında mamayla beslemenin ve sigara içmenin PPD için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (46). Postpartum depresyonu olan adolesan olgularda ayrıca alkol ve madde kullanım oranı yüksek bulunmuştur (52).

2. Psikososyal faktörler: Düşük sosyoekonomik düzey, daha önce depresyon geçirmiş olmak, premenstruel disforik bozukluk, doğumda anestezi kullanılması, adolesan yaşta doğum, evli olmamak, sosyal destek azlığı, bebekte beslenme problemlerinin olması PPD için risk faktörleridir (46,53,58,59). Adolesan gebelerde oranın %50'lere vardığı gösterilmiştir (60). Sosyal izolasyon, anneliğe hazır olmama, kilo ve beden görünümü ile ilgili kaygılar adolesanlardaki depresyonu etkileyen faktörlerdir (60). Sosyoekonomik faktörlere

ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, daha önce psikiyatrik bir bozukluğu olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşyle ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi olmaması da depresyon ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır (59,60). Çalışan annelerde risk daha yüksek bulunmuştur (43).

Etyoloji: Postpartum depresyonun etyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte doğumdan hemen sonraki hormon değişiklikleri sorumlu tutulmaktadır. Doğum sonrası dönemde östrojendeki ani ve hızlı düşüşün yatkın kadınlarda depresyonu tetiklediği varsayılmaktadır. Doğumdan sonraki 5 gün içinde progesteron ve östrojen normal düzeylerine geri dönmektedir. Sichel ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası dönemde östrojen düzeyindeki ani düşmeyle depresyonun ilişkili olabileceği ve reküren PPD tedavisinde profilaktik östrojen uygulamasının etkili olduğu bildirilmiştir (61). Williams ve Casper'ın çalışmasında ise postpartum depresyonu olan kadınların ortalama gonadal hormon seviyelerinde, depresyon geliştirmeyen kadınlara kıyasla fark bulunmamıştır (62). Bir çalışmada kortizol düzeyleri doğum sonrası depresif sendromlarla ilişkili bulunmuşsa da bu bulgu diğer çalışmalarda teyit edilmemiştir (63,64).

Hipotalamo-hipofizer eksen, doğum sonrası dönemde hiperaktif olduğundan ölçümlerin yorumlanması güç olabilir ancak bu eksenin annelik davranışlarında önemli rol oynaması muhtemeldir (1). Biyolojik depresyonlarda alfa2 adrenoseptör bağlanma bölgeleri ve onların duyarlılığı araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Farelerde antidepresanlarla tedavi bazı beyin bölgelerinde alfa2 adrenoseptörlerin sensitivitesini azaltır. Kadınlarda bu bölgelerde bağlanma kapasitesi östrojen ve progesterondan etkilenir. Bu bölgelerdeki bağlanma, menopoza önce menopoza sonraya göre daha fazladır. Hormonların seviyelerindeki düşmeye uygun olarak platelet alfa adrenoseptör bağlanma kapasitesinde doğumdan sonra düşme gösterilmiştir. Annelik hüznü yaşayan olgularda 7-10. günler arasında annelik hüznü olmayan hastalardan ve normal adet gören kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek alfa2 adrenoseptör kapasitesi görülmüştür. Bu bilgi annelik hüznüne, dirençli bir alfa2 adrenoseptör kapasitesi artışının eşlik ettiğini düşündürmüştür (65).

Postpartum depresyon nedenleri arasında folat eksikliği üzerinde de durulmaktadır. Folat yetmezliği özgül olarak merkezi monoamin metabolizmasını etkiler (66). Eksikliğinde genel olarak depresif belirtiler sık görülür. Eksiklik şiddetlendikçe depresif belirtilerin arttığı

gözlenmiştir. Ayrıca majör depresif bozukluk tanısı alan hastaların %15-35 kadarında folat eksikliği bildirilmiştir (67). Folat eksikliği ile hastaların psikiyatri kliniğine yatışları arasında da ilişki bulunmuştur (68). Roullion ve ark.'nın çalışmasında annelik hüznü ve PPD ile folat yetmezliği ilişkili bulunmuştur (69). Halen tartışılmakla birlikte bazı araştırmacılar doğum sonrasında geçici tiroid disfonksiyonunun PPD ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedirler. Hipotiroidizm ve tiroidite sık rastlanmaktadır. Doğumdan sonra daha hızlı endorfin geri çekilmesi olan kadınların duygudurum değişikliklerine daha yatkın olduğu düşünülmüştür (1). Doğum sonrası duygudurum bozukluklarında biyolojik komponent lehine diğer bir bulgu aile öyküsü çalışmalarından elde edilmiştir. Doğum sonrası duygudurum bozukluğu görülen kadınların birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluklarının yaşam boyu prevalansı genel nüfustan çok daha yüksektir. Bu da bu bozukluklarda muhtemel kalıtsal ya da ailesel etkenlere işaret eder (70). Serum lipid düzeyleri ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki son yıllarda üzerinde çok çalışılan bir konu haline gelmiştir. Farklı populasyonlarda düşük serum kolesterolü ile depresif belirtiler arasında bir ilişki bulunmuştur. Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasında iyi tanımlanmış bir ilişki vardır. Bu ilişkilerin özellikle azalmış merkezi sinir sistemi (MSS) serotonin aktivitesi ile düşük veya düşürülmüş kolesterol düzeyleri arasındaki ilişki yoluyla gerçekleştiği bulunmuştur. Gebelik esnasında özellikle son üç aydaki serum kolesterol düzeylerinde yaklaşık %50'ye varan artışlar olmaktadır. Doğum sonrasında yüksek serum kolesterol değerleri bir düşme süreci içerisine girer ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmesi doğum sonrası 20. haftaya kadar uzayabilir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde hormonal etkileşimlere bağlı olarak serum kolesterol düzeyinin ani düşüşü depresyonun ortaya çıkışı ile ilişkili olabilir (71). İnsülin düzeylerinin gebelik döneminde giderek arttığı ve üçüncü trimesterde iki katına çıkabileceği gösterilmiştir. Doğumdan önce en yüksek değerlere ulaşır ve daha sonra gebelik öncesi değerlere döner. Doğum sonrası dönemdeki düşüş doğum öncesi yükseldiği hızdan daha ani ve daha hızlıdır. Son çalışmalarda insülinin beyindeki serotoninini etkilediği gösterilmiştir. İnsülin bu yolla duygudurum bozukluklarını indükleyebilir. Bu hipotezin geçerliliği kesin olarak kanıtlanırsa doğum sonrası dönemde karbonhidrattan zengin bir beslenme diyetiyle insülin sekresyonu uyarılarak PPD önlenabilir (48,72). Doğum yapan kadınların tümünde endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi sosyal stres, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de etkili olduğunu gösterir. Postpartum depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı (önceki yaşam tarzının ve vücut imajının

kaybı duygusu, cinsel çekicilikte azalma, mesleki kayıp vb.) bir reaksiyon olarak değerlendirilebilir. Postpartum depresyon global bir sorun olmakla birlikte doğu toplumlarında etyolojinin tamamen biyolojik nedenlere bağlı olmadığı, bu nedenle batı toplumlarındaki tedavi modellerinden çok fazla yararlanılamayabileceği savunulmaktadır. Türkiye, Çin, Hindistan ve Afrika ülkelerinde erkek çocuklar kız çocuklarından üstün tutuldukları için özellikle gelişmemiş bölgelerde kız çocuk doğurmanın bile depresyon nedeni olabileceği düşünülmektedir (48,73).

Klinik Özellikler: Başlangıç genellikle sinsidir. Belirtiler tipik olarak doğumdan sonraki ilk 6 haftada ortaya çıkar. Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır. Depresyon insidansında artış sıklıkla doğumdan sonraki ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilir (1). Olguların çoğunda depresyon atağı doğumdan sonraki 3-6. ayda kendiliğinden iyileşebilir. Postpartum depresyonun belirtileri yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif atağa benzer. Ancak zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi nedeniyle özellik taşır. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme ve annelerin mutlu olmaları gerekirken depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duymaları nedeniyle belirtileri saklamaları bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir (1,41).

Belirtileri: Postpartum depresyonun başlıca belirtileri değişken duygu durumu, aşırı yorgunluk, enerji kaybı, bebeğimi yeterince sevemiyorum endişesi, bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilgili endişeler, ya bebeğe şiddet uygularsam takıntısı, intihar düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor hareketlilikte artma, anksiyete, panik atak, iştah değişiklikleri, kilo kaybı ya da aşırı kilo alma, uyku bozuklukları, bebeğe karşı anksiyete, bebeğe yeterli ilgi ve şefkati gösterememe, ilgilenmek istememe ve bebeği öldürmek istemeye ilgili düşünceler, suçluluk düşünceleri, ilgi istek kaybı, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi şeklinde sıralanabilir. Major depresyona ilişkin tanı kriterleri (74) DSM-IV'de tanımlanmıştır. Belirtilerin yoğunluğu günden güne değişebilir. Özellikle hafif ya da orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde sinsili olan başlangıç dönemi kolaylıkla gözden kaçabilir. Postpartum depresyonu normal involüsyonel fenomenden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.) ya da doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte postpartum depresyonda aileye karşı sevgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular

daha ön plandadır. Bu olgularda PPD uzun süre devam edip sonunda hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağırlaşabilir. Bu nedenle erken tanı çok önemlidir (1). Postpartum depresyonu olan annelerin bebeklerinde infantil kolik oranı daha yüksek bulunmuştur, bu nedenle erken tanı ve tedavi hem annenin hem de bebeğin sağlığına olumlu katkılar yapacaktır (73).

Korunma: Postpartum depresyondan korunmada eşlere önemli görev düşer. Annenin çocuğuyla birlikte yaşamaya başladığı bu hassas dönemde eşlerin kadınlara yardımcı olmaları çok önemlidir. Çocuğuyla ve eşiyle ilgilenen babalar, annenin bu gerilimlerini hafifletebilir, depresyonu daha çabuk atlatmasına yardımcı olur.

Doğum sonrası dönemde ruhsal sıkıntılar yaşayan anneler doktora başvurdıklarında öncelikle hastayı rahatlatmak önem taşır. Bu şekilde en azından hastaların yakınmalarını gizlemeleri önlenir.

Annelere PPD sıklığı konusunda bilgiler verilmeli, bu nedenle yardıma ihtiyaç duyan kadınların sayısının çok fazla olduğu ve doğum sonrası ilk günlerde bebeği tam anlamıyla benimseyememelerinin ya da bebeğin bakımı konusunda yetersiz hissetmelerinin normal olduğu, annelik becerilerinin zaman içerisinde kazanılacağı anlatılmalıdır. İlk zamanlarda bebekle ilgilenmenin büyük enerji gerektirdiği bu nedenle eşlerinin ve ailelerinin yardım etmesine izin vermeleri, özel zevkleri için kendilerine zaman ayırmaları yönünde önerilerde bulunulabilir (73)

Tedavi: Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk kadın için ek bir stres kaynağı olacaktır (1). Postpartum depresyonda etkili tedaviler bireysel psikoterapi ve grup terapisi, ev ziyaretleri ve selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Bazı tamamlayıcı ve alternatif tedaviler de ümit vericidir. İlaç tedavisine karar verilirken hastalığın şiddeti, önerilen tedaviler, olası yan etkiler ve riskler ve hastalığın tedavi edilmemesinin yol açabileceği riskler hastaya ve aileye anlatılarak onayları alınmalıdır (44,75). Egzersizin de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (76). Tedavide aile desteği ve geniş anlamda sosyal destek de önemli bir faktördür, özellikle ilk doğumunu yapmış annelerin bu konuda bilinçlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir (77). Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri başlıca anneliğe geçiş üzerine odaklanmalı; evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı da ihmal edilmemelidir. Eşlerin tedavi planına

katılmaları desteklenmelidir. İnterpersonal psikoterapinin özellikle uygun olduğu düşünülmektedir. Postpartum depresyon geçiren kadınların eşlerinde de depresyon oranları yüksek bulunmuş ve eşler için bireysel terapi ve evlilik terapisinin tedavide yararlı olabileceği kaydedilmiştir (1). Amitriptilin, nortriptilin, dezipramin, klomipramin, doksepin, dothiepin, fluoksetin, sertralin ve bupropionla yapılan bir çalışmada bebeklerde amitriptilin, nortriptilin, dezipramin, klomipramin, dothiepin ve sertralin düzeyleri ölçülebilir düzeylerde bulunmamıştır ve yan etki bildirilmemiştir ancak fluoksetin veya doksepinle tedavi edilen annelerin bebeklerinde bazı yan etkiler görülmüştür. On haftadan daha büyük bebekler trisiklik antidepresanlar yönünden daha az risk altında bulunmuştur ve birikme riski gösterilmemiştir (78). Fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin ve sitalopramla yapılan başka bir çalışmada bebeklerde herhangi bir ciddi yan etkiye rastlanmamıştır (79).

Selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI) grubu ilaçların anne sütü yoluyla bebeğe geçen miktarları annenin serum konsantrasyonu ile korelasyon gösterir, eser düzeydeki antidepresanların bebek üzerine uzun dönem etkileri bilinmemektedir. Bu nedenle ilaçlar etkili olan en düşük dozda kullanılmalı ve bebekler ilacın emilim döneminde emzirilmemelidir (71,80).

DOĞUM SONRASI PSİKOZ

Doğum sonrasında rastlanan en ciddi psikiyatrik bozukluktur. Görülme sıklığı sadece % 0.1-2 olmakla birlikte tanı koyulduğunda en kısa sürede psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gerekir. Gebelik öncesine göre sıklığı 20 kat daha fazladır (41). Tanı DSM-IV kriterleri ile koyulmaktadır.

Gençlerde, ilk doğumunu yapanlarda, daha önce ruhsal hastalık geçirenlerde daha sık rastlanır. Hastaların çoğunda perinatal tıbbi komplikasyonlar vardır. Bu hastaların ailelerinde duygudurum bozukluğu öyküsüne sık rastlandığı bildirilmiştir. Postpartum depresyondan farklı olarak etyolojisinde biyolojik faktörlerin daha ön planda olduğu bir psikiyatrik bozukluktur. Bipolar bozukluk dönemi veya bir çeşit varyasyonu olarak kabul edilir. Doğumdan sonraki ilk üç günde ortaya çıkar, hızlı duygudurum dalgalanmaları ve psikotik belirtiler gözlenir. İşitsel halüsinasyonlar ve kötülük görme sanrılarına sık rastlanır. Bazen bebeğe karşı obsesyonlar görülür. İntihar riski nedeniyle hızlı ve etkili tedavi edilmelidir. Sıklıkla hastaneye yatış gerekir. Uygun tedaviyle hastaların % 95'i 2-3 ayda iyileşir (41,81).

BESLENME

DOĞAL BESLENME

Doğal beslenme, bebeğe anne sütüne ek olarak hiçbir yiyecek ya da su dahil içecek verilmemesidir (vitamin ve mineral damlaları, ilaçlar dışında). Anne sütü ağırlıklı beslenme ise; anne sütüne ek olarak az miktarda su veya temeli su olan çay gibi içeceklerin verilmesidir. Tam emzirme ise doğal beslenme ya da anne sütü ağırlıklı beslenmeyi ifade eder. Yaşamın ilk 6 ayında tek başına anne sütü ile beslenme idealdir. Altıncı aydan itibaren anne sütünün yanında ek besinlere mutlaka başlanmalıdır. Dokuzuncu aydan itibaren aile sofrası için hazırlanmış ve bebek için uygun yiyeceklerin seçilerek, onun kolaylıkla alabileceği hale dönüştürülerek sunulduğu; "modifiye yetişkin tipi" beslenmeye geçilir. Bir yaşında bebek mutlaka aile sofrasına oturtulmalı ve beslenmeye aktif katılımı sağlanmalıdır.

Emzirme: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) bebeklerin 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmelerini, altıncı ayda mutlaka ek gıdalara geçilmesini ve emzirmenin 2 yıl ve ötesine sürdürülmesini tavsiye etmektedir. Bebekler doğumdan sonraki ilk yarım ila bir saat içinde emzirilmeye başlanmalıdır. Emmenin en aktif olduğu bu sürenin geçirilmesi emzirme başarısı ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bebek ve anne aynı odada bulunmalı, böylece bebek ağladıkça beslenmelidir.

Bebeğin sık sık ve uygun teknikle emzirilmesi, süt salgılanmasını sağlayan en önemli faktördür ve süt yapımının devamını sağlar. Dolayısıyla, bebek daha iyi tartı alır, meme sorunları azalır ve emzirme alışkanlığı daha kolay yerleşir. Gece emzirmeleri de prolaktin düzeyini yükseltmesi ve dolayısıyla süt yapımını artırması yönünden önemlidir.

Her emzirmede ilk gelen süt daha fazla laktoz içeren ve insülin salınımını uyaran önsüttür, emzirmenin sonuna doğru ise yağ içeriği daha fazla olan ve doyumluk hissi veren son süt salgılanır. Bebeklerin hem önsüte, hem de son süte ihtiyacı vardır. O nedenle bebek kendisi bırakana kadar memede tutulmalıdır. Bazı bebekler 5-10 dakika, bazıları ise 20-30 dakikadan önce memeyi bırakmazlar. Eğer bir emzirişte tek meme emzirilmişse, bir sonraki emzirişte ikinci memeden emzirilmelidir. Eğer her iki memeden de emzirilmişse, bir sonraki emzirmede son verilen memeden emzirilmelidir.

Anne Sütü İçeriği ve Yararları: Anne sütü bebeğin optimal büyüme ve gelişmesini sağlayan mükemmel bir besindir ve anne ile bebek bağının kurulmasını sağlar. Ancak anne

sütü ile beslenmenin yararları sadece bir bebeğin anne sütü ile beslenmesi sürecinin ötesindedir ve ileri yaşam sağlığı üzerine önemli oranda olumlu etkileri vardır.

Anne sütünün %87'si sudur. İlk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur.

Total protein içeriği inek sütüne oranla düşüktür, ancak anne sütü proteininin biyolojik değeri yüksektir ve yaşamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılar. Protein içeriğinin % 60'ını sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksek olan whey proteini oluşturur. Düşük düzeyde fenilalanin, tirozin, metionin, yüksek düzeyde taurin içerir. Taurin bir büyüme faktörü olup retina harabiyetini önleyici etkisi vardır. Whey proteinlerinin önemli bir kısmını alfa laktalbumin oluşturur ve meme alveollerinde laktoz sentezinde rol oynar. Laktoferrin, lizozim, sekretuar IgA ve diğer immunoglobulinler bağışıklıkta rol oynamaktadır. Ayrıca anne sütünde bulunan nükleotidler ve büyüme faktörleri immun sistemin güçlenmesinde rol oynamaktadır. Sindirimi daha güç olan kazein fraksiyonu anne sütünde düşük orandadır (%40). Kazein miçellerinin çapı küçük olup, alfa ve beta kazein fraksiyonları hakimdir.

Lipidler anne sütü kalorisinin %50'sini sağlar ve küçük çaplı yağ globulleri halinde bulunur. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra konsantrasyonlarında bile yağ sindirimine yardımcı olur. Anne sütünde bulunan palmitik, oleik, linoleik, alfa linoleik yağ asidi düzeyi yüksektir. Araşidonik asit, docosahexaenuric asit, linonelik asit ve alfa linoleik asit sinir ve retina hücrelerinin yapısına girer, bu uzun zincirli poliansature yağ asidlerinin eksikliğinde sinir sistemi ve görme fonksiyonlarının gelişimi yeterli düzeyde olmaz. Özellikle preterm bebeklerin annelerinin sütlerindeki uzun zincirli, poliansatüre yağ asidleri diğerlerine oranla daha yüksektir. Uzun zincirli yağ asidleri özellikle preterm ve VLBW (çok düşük doğum ağırlıklı infant) infantlar için oldukça önemlidir. Anne sütü içeriğindeki yağ oranı emzirme süresince değişiklik gösterir. Emzimenin başlangıcında düşük olan yağ oranı, emzirmenin sonuna doğru artış göstermektedir. Bu durum bebekte doyumluk hissi yaratmakta ve obezitenin gelişimini önlemektedir. Anne sütünde erken laktasyon döneminde fosfolipid ve kolesterol içeriği yüksektir. Bu durumun lipid enzim sisteminin erken aktivasyonu ve ileride gelişebilecek hiperlipidemi ve aterosklerozun önlenmesinde etkili olabileceği öne sürülmektedir.

Laktoz anne sütü karbonhidratlarının major komponentidir. Laktozun galaktoz komponentinin lipidlerle yaptığı bileşikler beyin gelişiminde önemli rol oynar. Laktozun sindirilemeyen bölümü fermente olarak barsaklarda asidofilik bakteriyel floranın

(*Laktobasillus bifidus*) gelişiminde rol oynar ve patojen mikroorganizmaların üremesini engeller. Ayrıca kalsiyum emilimini kolaylaştırır ve kemik mineralizasyonunu olumlu yönde etkiler.

Anne sütünde K ve D vitaminleri dışında yağda ve suda eriyen vitaminler süt çocuğu için yeterli düzeydedir. Yenidoğanda barsak florasının henüz tam gelişmemiş olması nedeniyle yenidoğan hemorajik hastalığının önlenmesi için K vitamini parenteral veya oral yoldan uygulanmaktadır. D vitamini ihtiyacının karşılanması için 15 günlükten başlanarak günde 400 IU D vitamini ilavesi birinci yaşı sonuna kadar gereklidir. Anne sütünde potasyum içeriği, sodyum içeriğine oranla yüksektir ve intrasellüler sıvılarla uyum gösterir. Sodyum komponentinin düşüklüğü ise yenidoğanın immatür böbrek fonksiyonlarına uygundur. Anne sütünün kalsiyum içeriği, inek sütüne oranla düşük olmasına rağmen, kalsiyumun fosfor oranı 2/1 olup emilimi daha yüksektir (%55; %38). Bu özelliği ile kemik mineralizasyonu için uygundur. Anne sütünün demir içeriği de inek sütüne kıyasla düşüktür, ancak emilimi daha yüksektir (% 50; % 5-10). Bu nedenle bebeği ilk altı ayda demir eksikliğinden korur.

Anne sütünde başta gastrointestinal sistem, MSS, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. Epidermal büyüme faktörü (EGF), transforming growth faktörler (TGFalfa ve TGFbeta), sinir büyüme faktörü (NGF), insüline benzer büyüme faktörü (IGF1), meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır. Anne sütü ile beslenen çocuklarda beynin kognitif fonksiyonlarının yüksek olduğu, konuşma problemlerine daha az rastlandığı bildirilmektedir.

Anne sütünde çok sayıda aktif enzimin varlığı bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz, düşük safra konsantrasyonların da bile aktive olabilmektedir. Anne sütü lipazının lipitleri hidrolize etmesi sonucu ortaya çıkan ürünler *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolitica*, *Trichomonas vaginalis* enfestasyonlarını önlemektedir. Anne sütündeki lipoprotein lipaz meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gereklidir. Galaktozil transferaz enzimi ise laktoz sentezinde rol oynar. Laktoperoksidaz, tiyosiyanat, hidrojen peroksit bakteriyel etkiye sahiptir. Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde çok sayıda hormon (GnRH, TRH, TSH, LHRH, T3, T4, parathormon, kalsitonin, prolaktin, estrogen, progesteron, kortikosteroidler vs.) bulunmaktadır.

Anne sütünde monosit, makrofaj, polimorfonükleer lökosit (PNL), T ve B lenfositler hücresel komponentleri oluşturmaktadır. Başta sekretuar IgA (sIgA) olmak üzere diğer

inmünoglobulinler; salmonella, şigella, kolera, poliovirüs, rotavirüs, RSV ve diğer mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyonları önler. Laktoferrin, lizozim, fibronektin, sIgA, musin, C3, oligosakkaritler, lipidler, antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutasyon peroksidaz, alfa1 antitripsin, alfa1 antikimotripsin, prostoglandin E1, 2, EGF, TGF,

İnterlökin 10 (IL10) anne sütünde bulunan antienflamatuar faktörlerdir. Anne sütünde interlökinler, interferon gamma ve TNFalfa gibi immünomodülatörler bulunmaktadır. Anne sütü, bu özellikleri ile bebeği sepsis, bakteriyemi, menenjit, solunum yolları enfeksiyonları, gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları, akut otitis mediadan korur. Bunun yanısıra Tip 1 diabetes mellitus, lenfoma, crohn hastalığı, çölyak hastalığı ve atopik hastalıkların gelişim riskini azaltır.

Emzirmenin bebek sağlığına olduğu kadar anne sağlığına da önemli katkıları vardır. Postpartum kanamaları ve dolayısıyla anemiye önleyici etkisi vardır. Over ve meme kanseri riskini azaltır. Anne-bebek bağının oluşmasını sağlar. Emzirmenin, ayrıca ovulasyonu önleyici de etkisi vardır.

Emzirme Tekniği: Başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi annenin bebeği memeye tutuşu ve bebeğin memeye yerleşmesinin doğru bir şekilde olması ile mümkündür.

Anne bebeğini oturarak ya da yatarak emzirmek isteyebilir. Annenin kendini rahat hissettiği pozisyonda emzirmesi en uygun olanıdır. Hangi pozisyonda olursa olsun bebeğin memeye tutuluşunda dikkat edilmesi gereken temel noktalar şunlardır; bebeğin başı ve gövdesi düz bir hatta olmalı, yüzü memeye bakmalı ve burnu tam meme ucunun karşısında olmalı, vücudu annesininkine yakın olmalı, yeni doğmuşsa poposundan desteklenmelidir. Bebeğin memeye yerleştirilmesi esnasında önce meme ucuyla bebeğin dudaklarına dokunulmalı, bebeğin ağzını genişçe açması beklenmeli, bebeği alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde çabucak memeye tutmalıdır.

Memeye iyi yerleşme belirtileri mutlaka aranmalıdır. Bu belirtiler şunlardır; areolanın bebeğin alt çenesine yakın olan kısmı, üstte kalan kısma kıyasla bebeğin ağzına daha fazla oranda girmiş olmalı, bebeğin alt çenesi annenin memesine değmeli, bebeğin yanakları dolgun olmalı, bebek ritmik bir şekilde yavaş yavaş emmeli, yutkunma sesleri duyulmalıdır.

Memeye iyi yerleşmeme nedenleri arasında; geç beslenme, emzik ya da biberon kullanma, bebeğin küçük ve zayıf olması, meme ucu uzamasının iyi olmaması, memede tıkanıklık, tecrübesiz anne, deneyimli yardım eksikliği sayılmaktadır.

Memeye iyi yerleşmeme sonucunda ise; meme başında ağrı, çatlak, anne sütünün tam boşalamaması sonucu memede gerginlik, bebeğin yeterince süt alamamasından dolayı bebeğin doymaması, memeyi reddetmesi ve tartı alamaması durumu ortaya çıkmaktadır.

Anne Sütünün Verilmediği Durumlar: Anne sütü her çocuk için yararlıdır ve büyüme, gelişmesi için optimal besin kaynağıdır. Anne sütünün verilemediği durumlar ise çok nadirdir. Annenin ağır hastalığı ya da psikoza bu nadir durumlardan biridir. Annenin kemoterapi ve radyoterapi görmekte olması anne sütü verilmesini engeller. Annenin aktif tüberkülozu balgamda basil negatif oluncaya kadar emzirmenin ertelenmesine neden olur. Human İmmün Deficiency (HIV) virüsünün anne sütü ile geçişi gösterilmiştir. Human İmmün Deficiency (HIV) virüsünün endemik olduğu ve beslenme sorunlarının yaygın olduğu gelişmemiş ülkelerde emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir. Ancak, HIV yönünden endemik olmayan ve beslenme sorunu olmayan gelişmiş ülkelerde emzirme önerilmemektedir. Anne memesi ve civarında aktif Herpes Simplex Virus (HSV) lezyonları bulunması, lezyonlar geçinceye kadar emzirmeyi engeller. Bebeğin galaktozemi gibi süt ürünlerinin alınmasının yasak olduğu metabolik hastalıklarda anne sütü verilmemelidir.

Annenin Sitomegalovirus (CMV) enfeksiyonu, rubella, Hepatit B virus (HBV) taşıyıcısı olması (bebeğe hiperimmunoglobulin uygulaması ve hızlı immunizasyonu sağlanmalıdır), mastit ve meme absesi gibi problemler emzirmeye engel değildir (82-88).

Sağlıklı bir bebek hayatının ilk 4-6 ayı içinde sadece süt ile beslenmelidir (Tablo 1). Anne sütü ile yapılan beslenmeye *doğal beslenme*, inek sütü ya da formül sütlerle yapılan beslenmeye ise *yapay beslenme* adı verilir. Hayatın 4-6 aylarından sonra diğer ek gıdaların da süte eklenmesi gerekir (karışık beslenme). Bir yaşından sonra çocuk evde yapılan yemekleri yer ve sütle beslenme büyük ölçüde azaltılır.

Tablo 1. Süt çocuğu beslenmesinin evreleri

0-4 ay: Emme dönemi	Sıvı gıdalar (İnsan sütü, modifiye hayvan sütü, kutu mamalar)
4-9 ay: Geçiş (kaşıkla beslenme) dönemi	<i>4-6 ay</i> •Demirle zenginleştirilmiş tahıllar, unlu çorbalar (tarhana), sebze püresi (tuzsuz), yoğurt <i>6-9 ay</i> •Meyve püresi, et, balık, sakatat, tavuk, yoğurt, yumurta
9-12 ay: Modifiye erişkin (çığneme) dönem	•Baklagiller, ev yemekleri, meyve (küçük parçalar)

YAPAY BESLENME

Değişik nedenlerle anne sütünü alamayan bebeklere hayatın ilk 4-6 ayında inek sütü ya da formül sütler kullanılır. Formül mamaların bileşimi anne sütüne oldukça yaklaştırılmıştır. Modifiye edilmemiş inek sütü ise çeşitli açılardan sakıncalıdır. Bunlardan ilki inek sütünün solüt yükünün fazla oluşudur. Bilindiği gibi hayatın özellikle ilk iki ayında böbreğin tubüler konsantrasyon kapasitesi düşüktür ve inek sütü gibi yüksek solüt yükü olan bir besin aşırı su kaybına yol açar. Bu komplikasyonun oluşmaması amacıyla inek sütü 1:1 oranında sulandırılır. İkinci ayda sulandırılma 2 inek sütü = 1 su şeklinde düzenlenir. 3-4. aydan sonra böbreğin konsantrasyon kapasitesi geliştiği ve dehidratasyon tehlikesi büyük ölçüde ortadan kalktığından sulandırmaya gerek yoktur. Sulandırılmış inek sütünün kalori miktarı düşeceğinden içine şeker ve sıvı yağ eklenmelidir (Tablo 2).

Tablo 2. Ulusal Pediatrik Beslenme Komitesinin süt modifikasyon önerisi (1-4 ay)

Madde	Miktar	Ev ölçeği
Süt	500 mL	5 çay bardağı
Su	250 mL	1.5 çay bardağı
Sıvı yağ	10 g	2 tatlı kaşığı
Şeker	30 g	2 silme yemek kaşığı

Beslenmede inek sütü kullanımının ikinci sakıncası C vitamini içeriğinin düşük olmasıdır. Bu sakınca meyve suları ile giderilebilir. Düşük demir içeriğinin olmasına ek olarak gastrointestinal mikro kanamalara neden olması nedeni ile inek sütü ağırlıklı beslenen bebeklerde yüksek oranda demir eksikliği görülebilir. Yaklaşık %1 olguda inek sütü, protein allerjisine yol açabilir. Bu durumda hijyenik şartlarda sağılmış, pastörize ve homojenize edilmemiş köy sütleri kullanılabilir. Özellikle sütün homojenizasyonu alerjiye yol açan önemli bir faktördür.

Bütün bu sakıncalarına rağmen gelişmekte olan ülkelerde yaygın olan malnütrisyon sorununu yukarıdaki modifikasyonla ve C vitamini takviye edilmesi koşulu ile inek sütü vererek basitçe halletmek mümkündür.

Ek gıdalar: Postnatal yaşamın ilk 4-6. ayından sonra sindirim ve boşaltım sistemlerin fonksiyonları tümüyle olmasa bile büyük ölçüde olgunlaşır ve katı gıdalara geçiş mümkün olur. Bu dönemden sonra tek başına anne sütü alınması birçok bebekte beslenme sorunlarına

yol açabilir. Ek gıdalara başlangıçta anne sütünü tamamlayıcı nitelikte başlanır; bunlar zaman içinde yavaş yavaş anne sütünün yerini tamamen alırlar. Bunlara başlama zamanını belirleyen başlıca faktörler bebeğin besinsel ihtiyacındaki artış, fizyolojik gelişmesindeki matürasyon ve ailenin sosyoekonomik durumudur.

Ek besinlere başlama dönemi çocukluk çağının kritik bir dönemidir. Bu nedenle ek gıdalara ne zaman başlanacağı iyi tayin edilmelidir. Çok yakın bir geçmişe kadar özellikle gelişmiş ülkelerde ek gıdalara birinci aydan önce başlama alışkanlığı vardı. Halbuki ek besinlere 4. aydan önce başlamanın çeşitli sakıncaları mevcuttur (Tablo 3). Her şeyden önce bebeğin gastrointestinal ve renal fonksiyonları yeteri kadar olgunlaşmadığı için bu dönemde ek gıdaları almaya hazır değildir. Bilindiği gibi bu dönemde verilen yarı katı gıdaları bebek reddeder (dille itme refleksi) ve hatta kusar. Fakat anneler bu gıdaları inatla vermeye devam ederlerse bebekler bu duruma adapte olabilirler. Fakat hayatın ilk dört ayı içinde ek besinlere başlanması bebeğe hiç bir avantaj sağlamadığı gibi kısa ve uzun vadede önemli sorunlara yol açabilir.

Tablo 3. Ek gıdalara erken ve geç başlamanın komplikasyonları

Erken (<4 ay)		Geç (> 6ay)
Kısa vadeli komplikasyonlar	Uzun vadeli muhtemel komplikasyonlar	Beslenme yetersizliği
		Yetersiz enerji ve protein alımına bağlı immunitede baskılanma
İntestinal immatürite ve kontaminasyon riski nedeni ile infeksiyonlar ve gastroenteritler	Obesite	Demir eksikliği
Ek besinlerin başlanması nedeniyle anne sütü yapımında azalma	Ateroskleroz	Katı gıdaları reddetme
Besin alerjisi sıklığında artma	Hipertansiyon	
Methemoglobinemi (nitratlı yiyecekler)		

Ek gıdalara erken beslenen bebekler daha az acıkacakları için anne memesini daha az ve daha isteksiz emerler. Sonuç olarak anne sütü yapımı azalır. Ayrıca, anne sütünün kontamine olma riski hemen hemen yok iken ek gıdaları da bu olasılık yüksek olduğundan başta gastroenteritler olmak üzere enfeksiyon riski artar. Bu dönemde mide asit salgısının düşük oluşu da enfeksiyon riskini arttıran başka bir faktördür. Bundan başka ek gıdalara erken başladığında anne sütünün antiinfektif faktörlerinin etkisi ve başta demir olmak üzere bazı besin maddelerinin emilimi azalabilir.

Yenidoğan ve süt çocuklarının sindirim sisteminde yabancı proteinlere karşı koruyucu mekanizmalar tam gelişmemiştir. Bu nedenle ek gıdalara erken başlanan bebeklerde başta inek sütü olmak üzere birçok besin maddesine karşı olan allerjik olaylar daha çok görülür. Bebeğin yaşı ilerledikçe allerji olasılığı azalır.

Üç aydan küçük bebeklerde aşırı nitrat içeren yiyecek veya suyun alımı methemoglobinemiye yol açabilir. Konserve yiyeceklerde koruyucu olarak nitrat kullanılır. Havuç, ıspanak, taze fasulye, muz, gibi meyve ve sebzelerde nitrat içeriği yüksektir. Ayrıca hayvan dışkıları ile bulaşmış içme suları da önemli bir kaynaktır. Bu içme sularının kaynatılması sonucu nitrat konsantrasyonu daha da artar. Nitritler hemoglobinde bulunan ferro (iki değerlikli) demiri ferik (üç değerlikli) demire çevirerek methemoglobine dönüştürür. Bebeklerde methemoglobin redüktaz sistemi yeterince olgunlaşmamıştır ve fetal hemoglobin nitritlerle oksidasyona daha duyarlıdır. Ayrıca hayatın ilk aylarında mide asiditesinin düşük olması nedeni ile bakteri üremesi kolaylaşır ve bakteriler nitratları nitritlere dönüştürürler. Hayatın dördüncü ayından sonra fetal hemoglobin büyük ölçüde erişkin hemoglobine dönüşür, methemoglobin redüktaz sistemi olgunlaşır ve mide asiditesi artar. Sonuçta methemoglobinemi riski büyük ölçüde azalır. Bu nedenle ek gıdalara 4. aydan önce başlanmamalı ve konserve yiyeceklerle konulan koruyucu maddelerin ve içme sularının nitrat içeriği kontrol edilmelidir.

Bebeğin yaşı ne kadar büyük ve fizyolojik olarak ne kadar olgunsa ek gıdalara başlama ile oluşabilecek sorunlarla o kadar kolay başa çıkabilir. Günümüzde bebeklere 4-6. aydan itibaren ek besinlerin verilmesi önerilmektedir. Bu aşamada her bebeğin ayrı bir birey olduğu, gelişimlerinin, besinsel ihtiyaçlarının ve aktivitelerinin farklı olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca ailelerin sosyoekonomik durumları ve beslenme alışkanlıkları mutlaka göz önüne alınmalıdır. Bundan dolayı her hekim, anne babayla da işbirliği yaparak bu dönemin başlangıcını her bebekte ayrı ayrı değerlendirmelidir.

Ek gıdalara erken başlayan bebeklerde obezite, diabet, hipertansiyon ve ateroskleroz riskinin daha fazla olduğuna ait deliller vardır. Bu komplikasyonları tek başına ek gıdalara erken başlamaya bağlamak doğru olmasa bile önemli bir risk faktörü olduğu da gözden uzak tutulmamalıdır.

Ek gıda verilmesinde dikkat edilecek noktalar: Ek gıdaların kontamine olmamış olması, bu gıdaların kaynatılmış su kullanılarak hazırlanması ve yiyeceklerin hazırlanmasında ve bebeğe verilmesinde kullanılan biberon, kâse ve kaşık gibi araç ve gereçlerin iyi temizlenmesine dikkat edilmelidir. Biberonların temizliği tabak ve kaşığa göre daha zordur. Bu nedenle ek gıdaların kaşıkla verilmesi hem temizlik açısından hem de bebeğin erişkinlere verilen yemeklere hazırlanması bakımından önemlidir.

Dört aylık bebek kaşıkla beslenebilirse de kaşığın içindeki gıdaları tam olarak temizleyemez. Altı ayını dolduran bir bebekte ise rahatlıkla kaşıkla beslenmeye geçilebilir. Zaten bu dönemde verilen gıdalar katı ve yarı katı nitelikte olması gerektiğinden biberon kullanımı da gerekli değildir.

Anne sütü verilirken mümkünse ek gıda verilmemelidir. Bu husus anne sütü içinde bulunan vitamin, mineral ve immunolojik maddelerin emiliminin zarar görmemesi açısından önemlidir. Eğer anne sütü ve ek gıda aynı öğünde verilecekse süt yapımının azalmaması için önce anne sütü daha sonra ek mama verilmelidir.

Değişik Yaşlarda Verilen Ek Gıdalar: 4-6 aylık bebeklere verilen ek gıdaların temel özellikleri yarı katı nitelikte olması, allerjen olmaması, yeterli vitamin ve minerali içermesi ve ucuz olmasıdır. Bu amaca uygun başlıca gıdalar sütlü mamalar, unlu çorbalar (mercimek, tarhana vb.), sebze çorbaları ve meyve sularıdır.

Dişler genellikle 6-8. aydan itibaren çıkmaktadır. Bu durum artık yavaş yavaş katı gıdalara başlanması gerektiğini göstermektedir. Daha önce verilen meyve suları ve sebze çorbaları püre ve ezme şeklinde verilmelidir.

Anneden bebeğe geçen demir deposu altıncı aydan itibaren tükenmeye başlar. Artık anne sütü içindeki demir bebeğe yetmez. Hele bebek inek sütü ile besleniyorsa demir eksikliği daha da artar. Bu nedenle altıncı aydan sonra demirden zengin ek gıdaların diyeteye eklenmesi şarttır. Gerek dünyada gerekse ülkemizde (ve hatta gelişmiş ülkelerde) anemi olsun ya da olmasın demir eksikliği sıklığı %20-60 oranlarındadır. En iyi demir kaynağı kırmızı etlerdir.

Et hem kaliteli bir protein, hem de çeşitli vitamin ve mineral kaynağıdır. Nohut, fasulye ve mercimek gibi baklagillerin iyi bir demir kaynağı olduğu unutulmamalıdır.

Hem dışı demirler üç değerlikli olduklarından gastrointestinal sistemden iyi emilmezler. Emilim yiyeceklerle birlikte alınan C vitamininden zengin gıdalar (taze meyve ve sebzeler) ile artırılabilir.

Karaciğer ve beyin gibi sakatat, besinsel açıdan son derece değerlidir. Fakat bunların sağlıklı olmasına dikkat edilmelidir.

Altıncı aydan itibaren sabah kahvaltısına da başlanabilir. Bu dönemde yumurta sarısı verilmeye başlanabilir (günde bir tane). Yumurta akına da birlikte başlamak gerekir. Eğer alerji gelişirse yumurta akına 1 yaşından sonra başlanılır.

Dokuzuncu aydan itibaren bebekler artık katı gıdaları çiğneyebilecek kadar dişlere sahip olmuştur. Özel durumlarda (yeteri kadar ek gıda almak koşulu ile) anne sütüne iki yaşına kadar devam edilebilir (89-95).

SAĞLAM ÇOCUK GELİŞİMİ

Büyümenin izlenmesi pediatri pratiğinin ana öğelerinden birisidir çünkü büyüme, bir çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını bozan her durumda etkilenebilir. Diğer taraftan büyümenin normal olarak gerçekleşmesi en azından bir çocuğun sağlığını ciddi boyutta etkileyen bir problemin olmadığını gösterir. Büyümenin izlenmesinde kullanılan en değerli aygıt "büyüme eğrileri" dir. Dolayısıyla büyümenin izlenmesinde "ölçümler" esas teşkil eder.

Ölçümler: Titizlikle ve doğru olarak gerçekleştirilen ve yorumlanan ölçümler, büyümeyi sağlayan hormonların ölçümlerine göre, büyümenin çok daha hassas ve amaca yönelik olarak değerlendirilmesini sağlar.

Antropometrik ölçümler zor olmamakla birlikte, özenli ve dikkatli bir şekilde yapılması gerekir. Bu gereksinim bir süreç olan büyümenin değerlendirilmesinde gösterge kabul edilen parametrelerin bir ölçümünden çok, bu parametrelerde zaman içinde gerçekleşen farklılığın belirlenmesinin önem taşımasından kaynaklanır. Değişik kişiler tarafından değişik aygıtlarla yapılan iki ölçüm arasındaki farklılığın gerçeği yansıtmaz düzeyi, aynı iki ölçümün aynı kişi tarafından ve aynı aygıtla yapılması sonucunda belirlenen farklılığına göre daha azdır. Bu nedenle bir çocuğun büyüme parametrelerinin mümkün olduğunca aynı ortamda ve aynı kişi tarafından ölçülmesi tercih edilir. Ölçüm hatalarının mümkün olduğu kadar azaltılabilmesi için ölçümlerin tanımlanmış bulunan ölçüm tekniklerine uygun şekilde ve gerekli aygıtlarla yapılması gerekir. Ayrıca her bir ölçümün bir önceki ölçüm değeri bilinmeden yapılması da objektifliği sağlar.

Ölçümler için gerekli aygıtlar:

İlk 2 yaşta: En az 20 grama duyarlı bebek baskülleri ve baş tahtası sabit, ayak tahtası hareketli olan boy ölçüm aleti.

2 yaştan sonra: Erişkinler için kullanılan basküller ve tercihan stadiometre.

Baş ve göğüs çevresi ölçümleri için esnek olmayan bir mezüre.

Testis volümlerinin ölçümü için orşidometre.

İzlem Sıklığı: Büyüme sağlıklı bir çocukta; ilk 6 ay içinde ayda bir, 6-24 ay arasında 3 ayda bir, 2. ve 3. yaşlarda 6 ayda bir ve 4 yaşından büyüme tamamlanana kadar yılda bir izlenmelidir.

Büyüme Eğrileri: Bir çocuğun büyümesinin boyutunun sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için ideal olarak bulunduğu toplumdaki çocuklarda yapılan ölçümlerden oluşturulmuş büyüme eğrilerinden yararlanılması gerekir. Ayrıca kızlarda ve erkeklerde büyüme özellikle puberte döneminde farklılık gösterdiğinden her iki cins için ayrı büyüme eğrilerinin kullanılması önem taşır. Türk çocuklarında Prof. Dr. Olcay Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olan ve cinse ve yaşa göre ağırlığın, boyun ve baş çevresinin değerlendirilmesini sağlayan büyüme eğrileri mevcuttur.

Ölçülebilir tüm vücut özellikleri için büyüme eğrilerinin oluşturulabilmesi mümkündür. Büyüme eğrileri 3., 10., 25., 50., 75., 90. ve 97. olmak üzere 7 persantil çizgisinden oluşur. Bu eğrilerin apsisi yaşı, ordinatı ise ölçümü gösterir. Örneğin ağırlığı ölçülen bir çocuğun, apsiste belirtilen yaşı hizasında ordinatta belirtilen ağırlığının çakıştığı noktanın üstüne düştüğü veya yakın olduğu persantil çizgisi o çocuğun kendi yaş grubundaki yüzde kaç çocuktan daha ağır olduğunu gösterir. Belli bir ölçüm için 50. persantil değeri, ideal dağılım gösteren, diğer bir deyimle ölçümlerin dağılımının simetrik bir çan eğrisini (Gauss eğrisi) oluşturduğu bir toplumda, medyanı ve aritmetik ortalamayı (standart değeri) gösterir. Medyan ve ortalama, çan eğrisini oluşturan ölçümler içinde en fazla sayıda bulunan ölçüm değeridir ki, bu ölçüm değerinin en fazla sayıda saptanmış olması nedeni ("mod" olarak tanımlanır) ile bu ölçüm değeri hizasında çan eğrisinin tepe noktası bulunur. Bu değer yapılan mutlak ölçüm değerlerinin % 50'sinin üzerinde ve % 50 sinin altında bulunduğu değerdir.

Ölçülebilir her biyolojik özellik toplumda belli bir dağılım gösterir. Ortalamanın her iki tarafında (en üstünde ve en altında) kalan değerlerin aralığının genişliği çan eğrisinin enini belirler. Her iki taraftaki değerlerin ortalamadan sapma ölçüsü "standard sapma" (SD) olarak ifade edilebilir. Ölçülen her biyolojik özellik için, her yaş grubu ve her iki cins için ayrı olan bir standart sapma değeri belirlenebilir. Nitekim, boy ve ağırlık gibi büyüme parametreleri için bu değerler belirlenmiş olup, bir bireyin belli bir parametre açısından kendi yaş ve cins grubundaki durumu, diğer bir deyimle o bireyin o parametresinin 50. persantilde olan kişininkinden ne kadar farklılık gösterdiği rölatif olarak "standard sapma skoru" (SDS) şeklinde ifade edilebilir. Standard sapma skoru, ölçüm değerinden, çocuğun yaşı ve cinsi için belirlenmiş ortalama değer çıkarıldıktan sonra yine çocuğun yaşı ve cinsi için belirlenmiş bir standard sapma değerine bölünerek pozitif veya negatif olarak saptanabilir. Normalin alt ve üst sınırları sırasıyla 3. ve 97. persantil değerleri ve bu değerlerin ortalama değerden sapma değerleri sırası ile (-) ve (+) 1.881 dir (Bu sınırlar genellikle (-) ve (+) 2 olarak ifade edilir).

Örneğin boyu 3. persantilde olan çocuğun, boyu ortalamadan negatif yönde 1.881 SD gösteriyordur ve boy SDS'ü 1.881 dir.

Pozitif ve negatif bir SD değerleri arasında kalan ölçümler tüm ölçümlerin %68.3' ünü, (+) ve (-) 2 SDS arasında kalan ölçümler tüm ölçümlerin % 95.4 ünü ve (+) ve (-) 3 SDS arasında kalan ölçümler tüm ölçümlerin %99.7 sini oluşturur. Bu durumda belli bir biyolojik özelliği ölçülen çocukların %32 sinin ölçümleri (+) ve (-) 1 SD dışında, %4.6'sının ise (+) ve (-) 2 SD dışında kalacaktır. Dolayısı ile ortalamanın iki tarafında kalan 2 SDS'u normalin üst ve alt sınırları kabul edildiğinde, bu sınırların dışında kalan ölçümlerin elde edildiği çocukların %4.6 sinin normal olduğu kabul edilebilir. Örnek vermek gerekirse boyu iki SD'dan kısa olan bir çocuğun sağlıklı olma olasılığı ($\%4.6/2$) %2.3 dür. Diğer taraftan bu çocukta büyümeyi etkileyen bir problemin olma olasılığı ise %97.7 dir. Burada hekime düşen görev bu %2.3 sağlıklı çocuğu ayırt edebilmektir. Ölçümlerin SD cinsinden ifade edilebilmesi, bir çocuğun büyüme parametrelerinin, cinsten, yaştan ve bu parametreler açısından içinde bulunduğu toplumun diğer toplumlardan gösterdiği farklılıklardan bağımsız olarak değerlendirilmesini sağlar. Diğer bir deyimle, mutlak olmayan, rölatif olan bu ifade şekli, bir çocuğun belli bir parametre açısından, içinde bulunduğu toplum içindeki durumunun herkes tarafından kolayca anlaşılabilmesini sağlayarak uluslararası bir dil oluşturur.

Diğer taraftan boyun bir diğer ifadesi de "boy yaşı"dır ki bir çocuğun boy yaşı, boyunun 50. persantil değeri ile çakıştığı yaşıdır. Büyümenin bir süreç olması nedeniyle belirlenmesi için en az iki ölçümün gerektiği büyüme hızı ve ağırlık artışı hızı gibi parametreler için normalin üst ve alt limitlerinin belirlenmesini sağlayan bu hız değerleri de SD cinsinden veya persantil değeri ile ifade edilebilir. İki ölçümün arasında bulunması gereken zaman aralığı hızlı büyüyen süt çocukları için bir ay gibi kısa olabilirken, daha yavaş büyüyen büyük çocuklar için bir yıla kadar uzun olabilir. Bir tam yıl içinde 25. persantilden az büyüyen bir çocuğun yeterli büyümediği kabul edilir. Normal büyüyen çocuğun iki yaşından sonra ölçülen parametre için aynı persantil çizgisini takip etmesi beklenir.

Büyümenin İzlenmesini Sağlayan Parametreler: Süt çocukluğu ve çocukluk döneminde büyüme, başlıca boy, ağırlık ve baş çevresi ölçümleri ile izlenir. Puberte döneminde ise büyümenin doğru olarak izlenebilmesi için puberte gelişiminin de değerlendirilmesi gerekir çünkü büyümenin boyutu, belli puberte evrelerine göre, belli değişiklikler gösterir. Ayrıca bu boyut değişiklikleri kızlarda ve erkeklerde aynı puberte

evrelerinde aynı şekilde gerçekleşmez. Genel olarak kızlar pubertenin erken evrelerinde, erkeklerse pubertenin geç evrelerinde daha hızlı büyürler.

Boy ölçümlerinin yorumlanmasında kemik yaşının ölçülmesi de önem taşır çünkü kemik olgunluğu bir çocuğun daha ne kadar uzayabileceğini gösterir. Bu şekilde aynı yaşta olup kemik yaşı kronolojik yaşına göre ileri olan uzun boylu çocuklarla, kemik yaşı kronolojik yaşına göre geri ancak boyu rölatif kısa olan çocuklar arasında erişkin boyu açısından bir farklılık olmayabileceği belirlenebilir.

Bir çocuğun boy ölçümlerinin yorumlanmasında genetik potansiyeli de dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, çocuğun bulunduğu boy persantili en başta genetik potansiyelinin hangi persantilde olmasına olanak sağladığı araştırılarak değerlendirilir. Bu amaçla anne ve baba boyları ölçülerek, çocuğun ideal koşullarda hangi persantilde bulunmasının beklendiği şu şekilde belirlenir: Erkek çocuk için, babanın boyu (cm cinsinden), erkek çocuk büyüme eğrisi üzerinde ve egride gözlenen en büyük yaş olan 18 yaş hizasında işaretlenir. Annenin boyuna ise 13 cm eklenerek aynı hizada işaretlenir. İki noktanın ortasında kalan persantil değeri, çocuğun bulunması gereken persantili (hedef boy persantili) gösterir ki bu persantilin 18 yaş için cm cinsinden değeri "hedef boy"u, diğer bir deyimle bu çocuğun beklenen ideal erişkin boyunu verir. Hedef boy persantili, persantil çizgilerine paralel olarak ve geriye doğru takip edilerek çocuğun yaşına uygun noktaya (çocuğun yaşına uygun hedef boy persantili) kadar gelinir. Bu noktayla çakışan boy değeri (cm cinsinden) söz konusu anne ve babadan doğan çocuğun bulunduğu yaşta hedef boy persantiline uygun olan boyudur. Saptanan boy değeri çocuğun ölçülen boyu ile karşılaştırılır. İdeal olarak bir çocuğun boyunun yaşına uygun hedef boy persantili ile aynı noktada bulunması beklenirse de, bu değer 10 cm'e kadar üstünde ve 10 cm'e kadar altındaki boy ölçümleri, söz konusu anne ve babadan doğan çocuklardan %95'inin boyunu kapsayabilir. Kız çocuk için ise tersi yapılır: Annenin boyu kız çocuk büyüme eğrisinde doğrudan işaretlenir, babanınki ise 13 cm çıkartılarak işaretlenir.

Büyümenin izlenmesinde boy, ağırlık, baş çevresi ve puberte evrelemesi dışında, üst ve alt vücut bölümlerinin oranının belirlenmesini sağlayan oturma yüksekliği ve süt çocuklarında baş-pubis uzunluğu, deri kıvrım kalınlığı ve göğüs çevresi gibi ölçümler de faydalı olabilir.

Sağlıklı Çocuğun Büyüme Standardları:

Büyümenin Normal Ölçütleri: Daha önce ifade edildiği üzere, bir çocuğun büyümesi, genellikle, o çocuğa ait ölçümlerin, çocuğun bulunduğu yaş ve cinse uygun 50.

persantil değerleri ile kıyaslanması ile değerlendirilir. Büyüme, ölçüm değerlerinin yaş ve cinse uygun büyüme eğrileri üzerinde işaretlenmesi ile değerlendirilebilirse de, büyüme parametreleri için yaşa uygun 50. persantil değerlerinin bilinmesinde yarar vardır.

Bilindiği üzere büyüme süt çocukluğu döneminde diğer çocukluk dönemlerine göre daha hızlı olmakla birlikte gittikçe yavaşlayan bir tempoda gerçekleşir. Aşağıda hayatın ilk bir yılında aylara göre boy, ağırlık ve baş çevresi artış hızları gösterilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Aylara göre boy, ağırlık ve baş çevresi artış hızı

Yaş	Boy (cm/ay)	Ağırlık (gram/gün)	Baş çevresi (cm/ay)
0-3 ay	3.5	30	2.00
3-6 ay	2.0	20	1.00
6-9 ay	1.5	15	0.50
9-12 ay	1.2	12	0.50

Bu şekilde ilk bir yılın sonunda ortalama boy ve ağırlık 75 cm'e ve 10 kg'a ulaşırken, doğumda 3435 cm olan baş çevresi 6. ayın sonunda 44 cm ve bir yaşında 47 cm olur.

İkinci yılda büyüme hızı daha da yavaşlar. Ağırlık ve boy ortalama 2.5 kg ve 12 cm artar. Baş çevresi ise ortalama 2 cm artar.

Okul öncesi döneminde (2-5 yaş) somatik büyüme ve beynin büyümesi yavaşlar. Bu dönemde, ağırlık ve boy ortalama yılda 2 kg ve 68 cm artar. Baş çevresi 4 yaşında 50.4 cm'e, 5 yaşında 50.8 cm e ulaşır.

Orta çocukluk çağında (6-12 yaş), ağırlık ve boy yılda ortalama 33.5 kg ve 6 cm artar. Bu yaşlar arasında baş çevresi toplam 23 cm artar; 51 cm'den 53-54 cm'e ulaşır.

Erken adolesan döneminde büyüme hızlanmakla birlikte zirve büyüme hızına Tanner in 3. veya 4. safhalarında ulaşılır. Erkekler zirve büyüme hızına tipik olarak kızlardan 2-3 yıl geç ulaşırlar ve kızların büyümesi durduktan sonra da 2-3 yıl süre ile büyümeye devam ederler. Kızlar, zirve büyüme hızına, ortalama 11.5 yaşında ulaşır ve kızlarda zirve büyüme hızı 8.3 cm'dir. Daha sonra büyüme yavaşlar ve 16 yaşında durur. Erkekler, zirve büyüme hızına, ortalama 13.5 yaşında ulaşır ve erkeklerde ortalama zirve büyüme hızı 9.5 cm'dir. Daha sonra büyüme yavaşlar ve 18 yaşında durur.

Boy ve Ağırlık Formülleri; Belli yaştaki çocuğun ortalama (50. persantil) boy ve ağırlığı aşağıdaki formüllerle belirlenebilir (Tablo 5 ve 6)

Tablo 5. Ortalama ağırlık hesaplama formülleri

Yaş	Ağırlık (kg)
3-12 ay	$(\text{yaş (ay)} + 9)/2$
1-6 yaş	$\text{yaş (yıl)} \times 2 + 8$
7-12 yaş	$(\text{yaş (yıl)} \times 7 - 5)/2$

Tablo 6. Ortalama boy hesaplama formülleri

Yaş	Boy (cm)
2-12 yaş	$\text{yaş (yıl)} \times 6 + 77$
3-6 yaş	$\text{yaş (yıl)} \times 5 + 80$
6-11 yaş	$\text{yaş (yıl)} \times 5 + 84$

Sonuç olarak, özetlenen bilgiler ışığında, büyümesi dikkatle izlenen çocukta normalden sapmalar erken dönemde saptanabilecek ve bu sapmalara yol açan patolojik durumların erken tanı ve tedavisi mümkün olabilecektir. Ayrıca, düzenli olarak büyümesi izlenen çocuğa, eş zamanlı olarak yaşına uygun koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilmesine de olanak sağlanacaktır. Diğer taraftan düzenli kayıtlarla toplanan büyüme verileri, güne uygun standartların geliştirilmesinde kullanılabilecek ve bu standartlarla büyümenin daha sağlıklı olarak değerlendirilmesini mümkün kılacaktır (96-99).

Sağlam Çocuk İzlemi: Sağlam çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sağlam çocuk izleminde amaç; sağlıklılığı sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık, sakatlıkları azaltmak ve önlemektir. Daha geniş anlamda, sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini sağlamaktır.

İzlem Sıklığı ve Süresi: Sağlam çocuk izlemi için önerilen standart programlar vardır. 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 izlem önerilmektedir.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya 01.07.08 - 01.02.09 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde doğum yapan ve postpartum 1. haftasında olan 125 kadın dahil edildi. Tüm annelerle aynı kişi birebir görüşme yaptı. Görüşme sessiz, rahat bir ortamda ortalama 25-35 dakika arasında yapıldı. Annelere yapılacak çalışma hakkında bilgi verildi. Onamları alındı.

Annelerin çalışmaya alınma kriterleri:

1. Anne malnutrisyonunun olmaması
2. Annenin daha önce şahsi ve aile yakınlarından alınan anamnezinde depresyon öyküsünün olmaması
3. Annenin doktor tanımlı depresyonunun ve psikiyatrik bozukluğunun olmaması
4. Annenin organik sakatlığının ve kronik hastalığının olmamasıydı

Çalışmaya alınan annelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen 43 sorudan oluşan sosyodemografik form hazırlandı. Bu formdaki sorular annelere sorularak hekim tarafından dolduruldu.

Depresyonu saptamak amacı ile annelere 10 sorudan oluşan Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulandı. Değerlendirme 30 puan üzerinden yapıldı ve kesme puanı ≥ 12 (12 ve üzeri) olarak alındı.

Doğumda bebeklerin antropometrik ölçümleri kaydedildi. Tüm annelere anne sütünün faydaları konusunda eğitim verildi, bebek dostu olan hastanemizde hem bebek hemşiresi hem de hekim tarafından etkin emzirme eğitimi verildi. Birinci ve ikinci ay kontrollerinde annelere EPDS tekrar uygulandı ve bebeklerin antropometrik ölçümleri tekrar alındı. Her vizitte annelerin bebeklerini emzirip emzirmedikleri sorgulandı. Ancak çalışma kapsamına alınan 125 annenin 105'i birinci ve ikinci kontrollere düzenli geldi. Bu nedenle çalışma 105 annenin verileri ile tamamlandı. Tüm annelerin EPDS'ye göre depresyon sıklığı araştırıldı.

Ayrıca tüm anneler iki gruba ayrıldı:

1. Depresyonu olan anneler (**birinci grup**)
2. Depresyonu olmayan anneler (**ikinci grup**) olarak değerlendirildi.

Birinci gruptaki annelerin bebeklerinin birinci ve ikinci aydaki antropometrik ölçümleriyle, ikinci gruptaki annelerin antropometrik ölçümleri karşılaştırıldı. Anlamlı bir fark olup olmadığı istatistiksel olarak değerlendirildi.

Boy ölçümü yatar vaziyette baş tahtası sabit, ayak tahtası hareketli özel ölçüm cetveli ile yapıldı. Ağırlık ölçümleri elektronik bebek terazisinde tamamen çıplak iken alındı. Baş çevresi ölçümleri elastik olmayan bir mezura ile, önde kaşların üzerinden arkada oksiput çıkıntısına uzanan aralığın ölçülmesi ile yapıldı.

Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS): Postpartum depresyonu tanımada ve ileri tedavi gerektirecek hastaların psikiyatrik yardım için yönlendirilmesinde kullanılabilecek bir araçtır ve genel olarak tüm dünyada kabul görmüştür. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama amacıyla kullanılabileceği bildirilmektedir. Günümüzdeki çalışmalarda EPDS kesme puanı 12-13 olarak alındığında gerçek depresyon semptomlu kişileri saptamada daha duyarlı olduğu bildirilmektedir. Postpartum örneklerde EPDS'nin duyarlılığı %86, özgüllüğü %76 olarak saptanmıştır. Antenatal ve postnatal periodda EPDS'nin depresif semptomları doğru (geçerliliği saptanmış) olarak ölçtüğü bildirilmiştir. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanılmaktadır. Tanının klinik muayene ve tanı ölçekleri ile (örn. Hamilton Depresyon Ölçeği) doğrulanması gerekmektedir. Ancak EPDS'nin postpartum, hatta gebelikteki depresyon semptomlarını saptama açısından özgünlüğü ve duyarlılığı oldukça yüksektir. Türkiye'de de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması *Engindeniz ve ark.* tarafından yapılmıştır (50). Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen toplam 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Her bir maddeye 0-3 arasında bir puan verilerek toplam puan hesaplanır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 3. ,5. ,6. ,7. ,8. ,9. ve 10. maddeler giderek azalan sırayla şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Genelde 12/13 puan ve üstü kesme değerleri depresif bozukluk açısından risk grubu olarak kabul edilir. Çalışmamızda kesme puanı 12 ve üzeri olarak alındı. Oniki ve üzeri puan alanlar depresif bozukluk için riskli grup olarak kabul edildi. Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası örneği ekte verilmiştir.

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans)

yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test; farkların değerlendirilmesinde Mann Whitney U test kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda Paired samples t test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi



BULGULAR

Çalışma 01,07,08 - 01,02,09 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde doğum yapan toplam 105 kadın olgu üzerinde yapılmıştır.

Tablo 7: Annelerin demografik özelliklerinin dağılımı

	Min-Max	Ort±SD
Annenin yaşı	18-39	27,18±4,50
Annenin evlenme yaşı	14-28	21,24±3,52
Annenin eşinin yaşı	22-46	30,44±4,88

Annelerin yaşları 18 ile 39 arasında değişmekte olup ortalama yaş 27,18±4,50 olarak saptanmıştır.

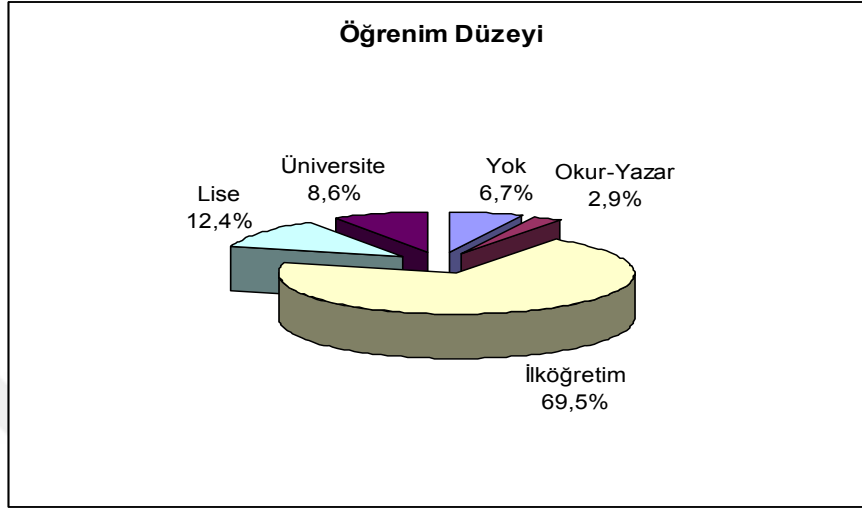
Annelerin evlenme yaşlarının, 14 ile 28 arasında değişmekte olduğu ve ortalama yaşı 24.24±3.52 olduğu görülmektedir.

Annelerin eşlerinin yaşlarının, 22 ile 46 arasında değişmekte olduğu ve ortalama yaşı 30.44±4.88 olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Annelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		N	%
Annelerin Öğrenim Düzeyi	Yok	7	6,7
	Okur-Yazar	3	2,9
	İlköğretim	73	69,5
	Lise	13	12,4
	Üniversite	9	8,6
Annelerin Medeni Durumu	Evli	101	96,2
	Bekar	4	3,8
Annelerin Aile Tipi	Çekirdek	67	63,8
	Geniş	38	36,2
Annelerin Sigara Kullanımı	Yok	70	66,7
	Var	35	33,3
Annelerin Çalışma Durumu	Çalışıyor	12	11,4
	Çalışmıyor	93	88,6
Annelerin Sosyo-ekonomik Durum	Alt	13	12,4
	Orta-Alt	59	56,2
	Orta-Üst	26	24,8
	Üst	7	6,7
TOPLAM		105	100

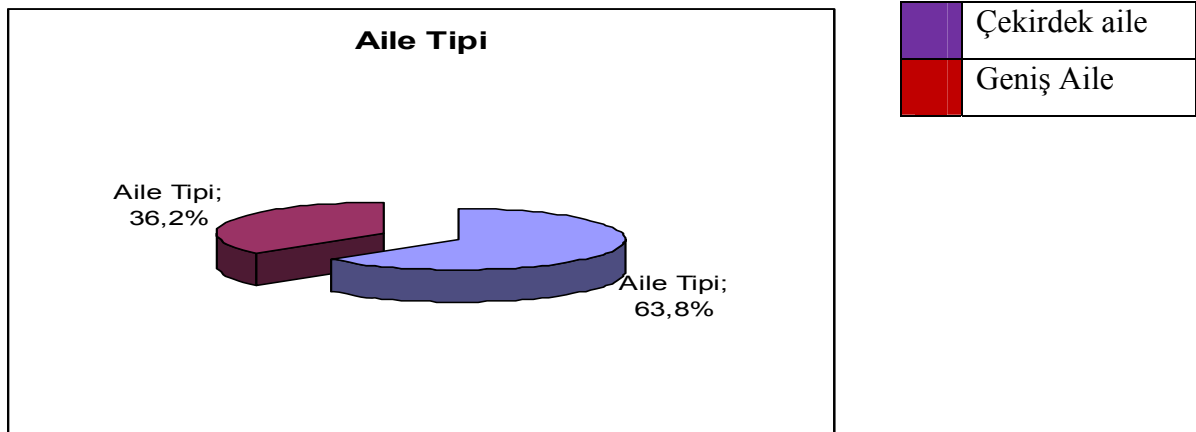
Annelerin öğrenim düzeyleri incelendiğinde, %6.7'sinin (n=7) okur yazar olmadığı, %2.9'unun (n=3) okur yazar, %69.5'inin (n=73) ilköğretim mezunu, %12.4'ünün (n=13) lise mezunu, %8.6'sının (n=9) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir.



Şekil 1: Annelerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı

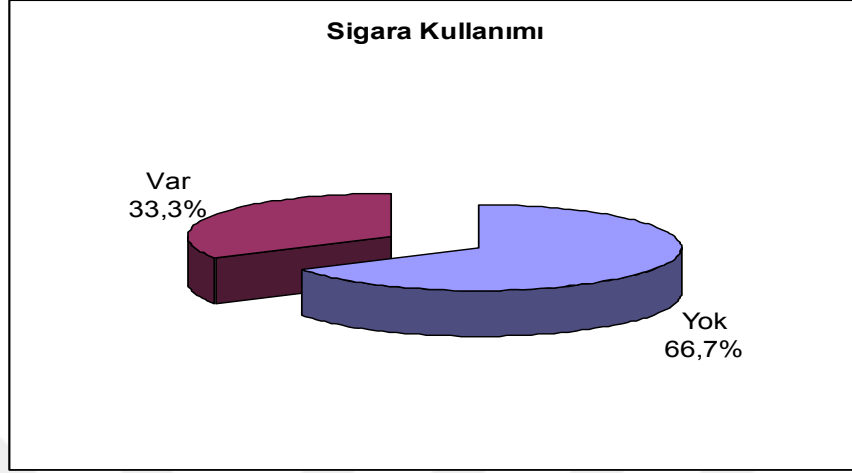
Annelerin medeni durumları incelendiğinde, %96.2'sinin (n=101) evli, %3.8'inin (n=4) bekar olduğu görülmektedir.

Annelerin aile tipi incelendiğinde, olguların %63.8'inin (n=67) çekirdek, %36.2'sinin (n=38) geniş aileye sahip olduğu görülmektedir.



Şekil 2: Annelerin aile tipine göre dağılımları

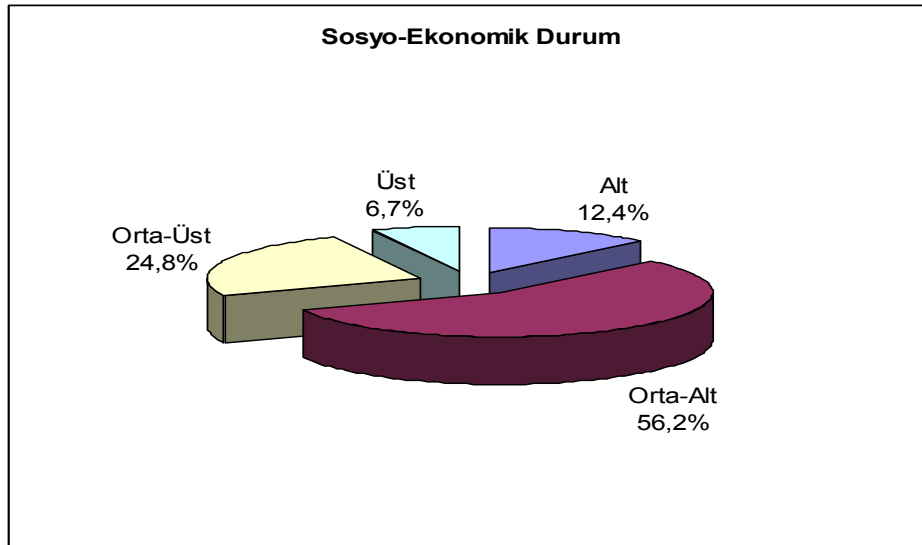
Annelerin sigara kullanımına bakıldığında, %33.3'ünün (n=35) sigara içtiği, %66.7'sinin (n=70) ise sigara içmediği görülmektedir.



Şekil 3: Annelerin sigara kullanımına göre dağılımları

Annelerin %11.4'ünün (n=12) çalıştığı, %88.6'sının (n=93) ise çalışmadığı görülmektedir.

Annelerin sosyoekonomik durumları incelendiğinde, %12.4'ünün (n=13) alt, %56.2'sinin (n=59) orta-alt, %24.8'inin (n=26) orta-üst, %6.7'sinin (n=7) ise üst sınıfta bulunduğu görülmektedir.



Şekil 4: Annelerin sosyoekonomik durumlarına göre dağılımları

Tablo 9: Annenin gebeliğine ilişkin özellikleri

			N	%
Annenin	Ölü	Var	6	5,7
Doğum Anamnezi	Yok		98	94,3
Gebelik		Planlanmış	76	72,4
		Planlanmamış	29	27,6
Yardımcı Üreme	Var		3	2,9
Tekniği	Yok		102	97,1
Gebelikte Düzenli	Var		91	86,7
Takip Anamnezi	Yok		14	13,3
	Yok		100	95,2
Gebelikte Sağlık	Hiperemesis		1	1,0
Sorunu Anamnezi	Preeklampsi\Eklampsi		1	1,0
	DM		3	2,9
Doğum Şekli	NSD		71	67,6
	C\S		34	32,4
Annenin	Doğum	Yok	104	99,0
Sırasında	Sağlık		1	1,0
Sorunu	Var			
TOPLAM			105	100

Annelerin %5.7'sinde (n=6) ölü doğum anamnezi mevcuttur.

Annelerin %72.4'ünde (n=76) gebelik planlanmamışken, %27.6'sında (n=29) gebelik planlanmıştır.

Annelerin %2.9'u (n=3) gebe kalmak için yardımcı üreme tekniği kullanmıştır.

Annelerin %86.7'si (n=91) gebelik döneminde düzenli takip yaptırmışken, %13.3'ü (n=14) gebelik döneminde düzenli takip yaptırmamıştır.

Annelerin gebelik döneminde, %1'inde (n=1) hiperemesis, %1'inde (n=1) preeklampsi, %2.9'unda (n=3) DM görülmekte iken, %95.2'sinde (n=100) herhangi bir sağlık problemi görülmemiştir.

Annelerin doğum şekilleri incelendiğinde %67.6'sının (n=71) doğum şeklinin NSD, %32.4'ünün (n=34) doğum şeklinin ise C\S olduğu görülmektedir.

Annelerin %1'inde (n=1) doğum sırasında sağlık sorunu olmuşken, %99'unda (n=104) doğum sırasında sağlık sorunu olmamıştır.

Tablo 10: Yenidoğana ilişkin özellikler

		n	%
Bebegin Cinsiyet Tercihi	Yapılmış	11	10,5
	Yapılmamış	94	89,5
Bebeklerin Miad Durumu	Miyad	100	95,2
	Prematur	5	4,8
Bebekte Sağlık Sorunu Varlığı	Var	5	4,8
	Yok	100	95,2
TOPLAM		105	100

Ebeveynlerin %10.5'i (n=11) bebekte cinsiyet tercihi yapmışken, %89.5'i (n=94) cinsiyet tercihi yapmamıştır.

Bebeklerin miad durumu incelendiğinde, %95.2'sinin (n=100) term bebek olduğu, %4.8'inin (n=5) prematur olduğu görülmektedir.

Bebeklerin %4.8'inin (n=5) sağlık sorunu varken, %95.2'sinin (n=100) herhangi bir sağlık sorunu yoktur.

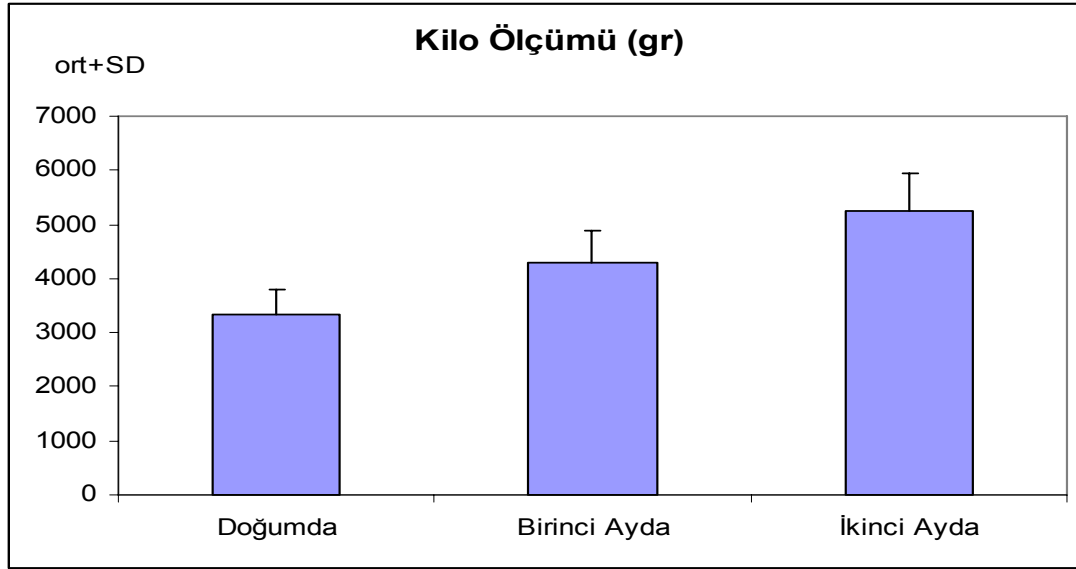
Tablo 11: Yenidoğan ve Süt Çocukluğu Dönemindeki Olguların Kilo, Boy ve Baş Çevresi Ölçümlerinin Takiplerdeki Dağılımı

Ölçümler	Min-Max	Ort±SD
Bebeklerin Kilo Ölçümü (gr)		
Doğumda	2180-4500	3323,76±461,54
Birinci Ayda	2610-6110	4306,73±584,83
İkinci Ayda	3300-6800	5241,61±713,17
Bebeklerin Boy Ölçümü (cm)		
Doğumda	41-54	49,55±1,98
Birinci Ayda	44-59	51,60±2,33
İkinci Ayda	47-60	53,27±2,30
Bebeklerin Baş Çevresi Ölçümü (cm)		
Doğumda	30-37	34,62±1,10
Birinci Ayda	33-39	36,10±1,16
İkinci Ayda	34-41	37,14±1,20

Bebeklerin kilo ölçümleri incelendiğinde; doğumdaki kilolarının 2180 gr ile 4500 gr arasında değişmekte olup ortalama kilolarının $3323,7 \pm 461,7$ gr olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin birinci aydaki kilolarının 2610 gr ile 6110 gr arasında değişmekte olup ortalama kilolarının $4306,73 \pm 584,83$ gr olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin ikinci aydaki kilolarını 3300 gr ile 6800 gr arasında değişmekte olup ortalama kilolarının $5241,61 \pm 713,17$ gr olduğu saptanmıştır.

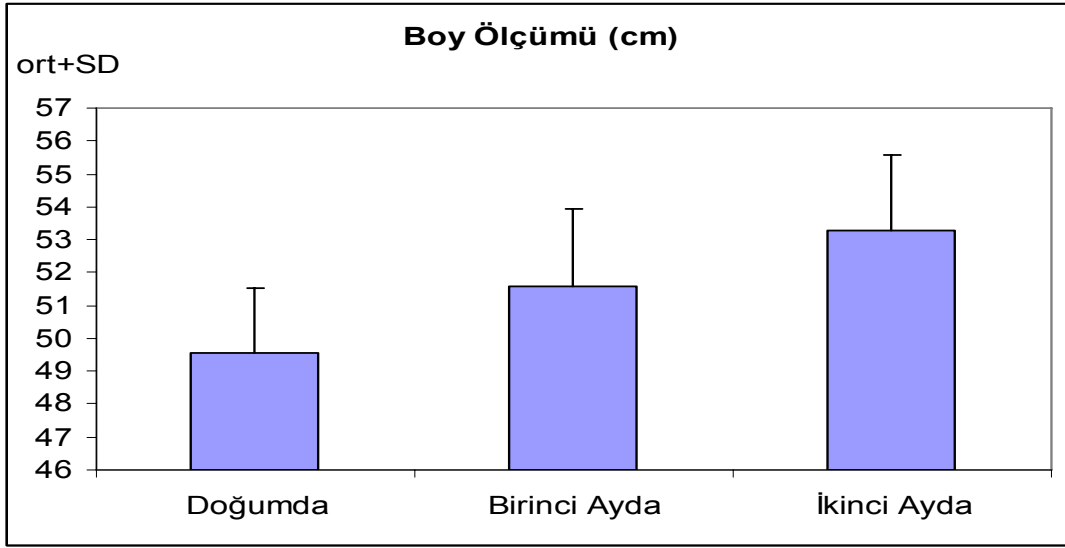


Şekil 5: Bebeklerin Kilo Ölçümlerinin Dağılımı

Bebeklerin boy ölçümleri incelendiğinde; doğumdaki boylarının 41 cm ile 54 cm arasında değişmekte olup ortalama boyları $49,55 \pm 1,98$ cm olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin birinci aydaki boyları 44 cm ile 59 cm arasında değişmekte olup ortalama boyları $51,60 \pm 2,33$ cm olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin ikinci aydaki boyları 47 cm ile 60 cm arasında değişmekte olup ortalama boyları $53,27 \pm 2,30$ cm olduğu saptanmıştır.

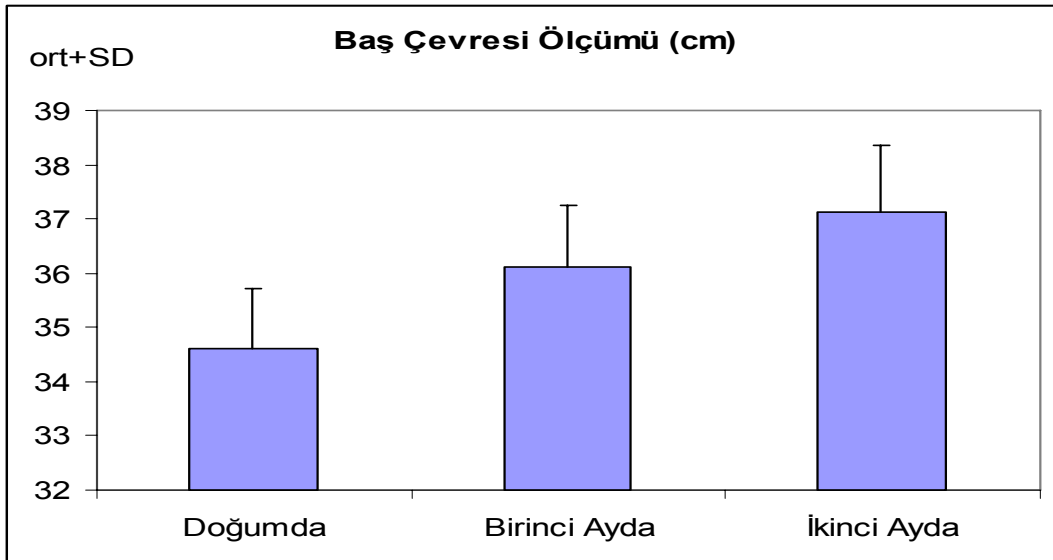


Şekil 6: Bebeklerin Boy Ölçümlerinin Dağılımı

Bebeklerin baş çevresi ölçümleri incelendiğinde; doğumdaki baş çevrelerinin 30 cm ile 37 cm arasında değişmekte olup ortalama baş çevrelerinin $34,62 \pm 1,10$ cm olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin birinci aydaki baş çevrelerinin 33 cm ile 39 cm arasında değişmekte olup ortalama baş çevrelerinin $36,10 \pm 1,16$ cm olduğu saptanmıştır.

Bebeklerin ikinci aydaki baş çevrelerinin 34 cm ile 41 cm arasında değişmekte olup ortalama baş çevrelerinin $37,14 \pm 1,20$ cm olduğu saptanmıştır.



Şekil 7: Bebeklerin baş çevresi ölçümlerinin dağılımı

Tablo 12: Annelerin Depresyon Öyküsüne Yönelik Dağılımlar

			n	%
Annenin depresyon öyküsü	Bilinmiyor		10	9,5
	Var		2	88,6
	Yok		93	1,9
Annenin gebelik öncesi depresyon öyküsü	Var		11	10,5
	Yok		94	89,5
Annenin postpartum depresyon öyküsü	Var		5	4,8
	Yok		100	95,2
TOPLAM			105	100

Annelerin %88.6'sının (n=93) PPD öyküsü varken, %1.9'unda (n=2) PPD öyküsünün olmadığı görülmüştür, %9.5'inde (n=10) ise PPD öyküsü olup olmadığı bilinmemektedir.

Annelerin %10.5'i (n=11) önceden depresyon tedavisi görmüştür.

Annelerin %4.8'inde (n=5) PPD öyküsü vardır.

Tablo 13: Annelerin Edinburgh depresyon ölçümlerinin takiplerdeki dağılımı

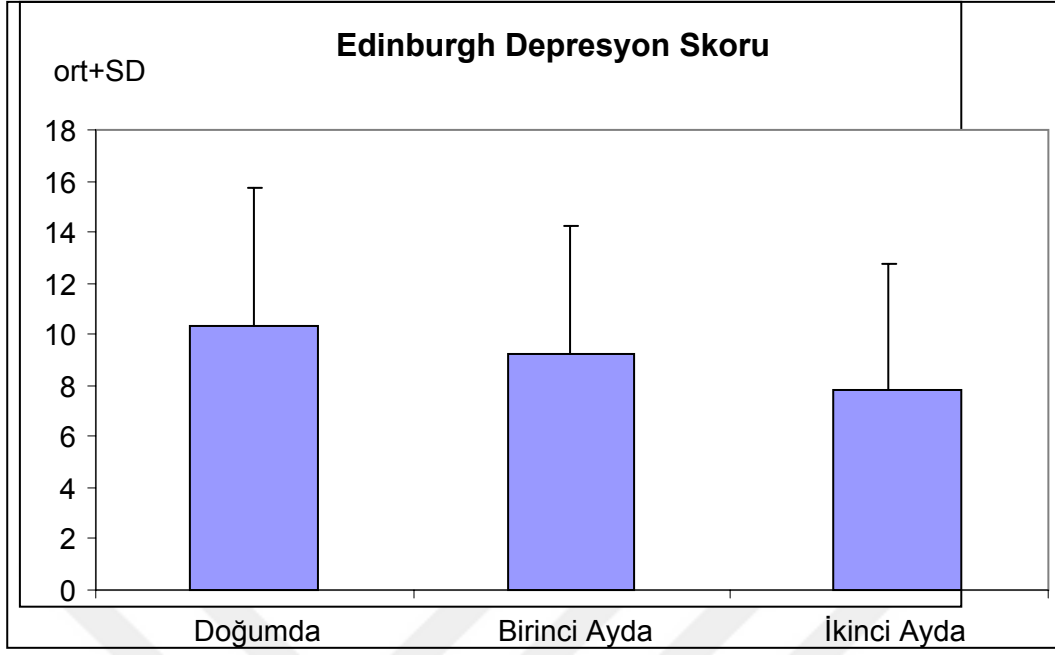
Ölçümler		Ort±SD
Annelerin	Doğumda	10,35±5,36
Edinburgh	Birinci Ayda	9,21±5,01
Depresyon Skoru	İkinci Ayda	7,80±4,98

Annelerin EPDS Skorları incelendiğinde;

Doğumdaki EPDS skorunun 1 ile 28 arasında değişmekte olup ortalama skorun 10.35±5.36 olduğu görülmüştür.

Birinci aydaki EPDS skorunun 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama skorun 9.2±5.01 olduğu görülmüştür.

İkinci aydaki EPDS skorunun 0 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama skorun 7.80±4.98 olduğu görülmüştür.



Şekil 8: Annelerin Edinburgh depresyon ölçümlerinin dağılım

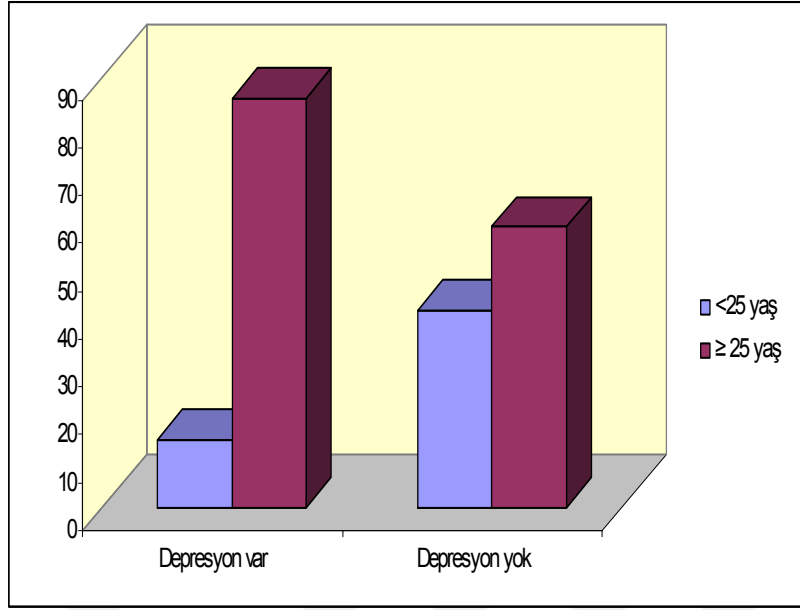
Tablo 14: Annelerin sosyodemografik özelliklerinin depresyonla ilişkisinin değerlendirilmesi

		Annede Depresyon				p
		Var		Yok		
		N	%	n	%	
Annenin Yaşı	<25 yaş	6	14,3	26	41,3	0,003**
	≥ 25 yaş	36	85,7	37	58,7	
Annenin Evlilik Yaşı	<20 yaş	17	40,5	21	33,3	0,456
	≥ 20 yaş	25	59,5	42	66,7	
Annenin Öğrenim Düzeyi	Yok	5	11,9	2	3,2	0,509
	Okur-Yazar	1	2,4	2	3,2	
	İlköğretim	27	64,3	46	73,0	
	Lise	5	11,9	8	12,7	
	Üniversite	4	9,5	5	7,9	
Annenin Medeni Durum	Evli	40	95,2	61	96,8	1,000
	Bekar	2	4,8	2	3,2	
Annenin Aile Tipi	Çekirdek	26	61,9	41	65,1	0,740
	Geniş	16	38,1	22	34,9	
Annenin Sigara Kullanımı	Yok	29	69,0	41	65,1	0,673
	Var	13	31,0	22	34,9	
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	16,7	5	7,9	0,168
	Çalışmıyor	35	83,3	58	92,1	
Annenin Sosyo-ekonomik Durumu	Alt	8	19,0	5	7,9	0,075
	Orta-Alt	19	45,2	40	63,5	
	Orta-Üst	10	23,8	16	25,4	
	Üst	5	11,9	2	3,2	

Ki kare test kullanıldı

****p<0,01**

Annelerin yaşı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$). 25 yaş üzerindeki olgularda depresyon görülme oranları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.



Şekil 9: Annenin yaşının postpartum depresyon ile ilişkisinin dağılımı

Annenin evlilik yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, aile tipi, sigara kullanımı, çalışma durumu ve sosyoekonomik durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 15: Annelerin depresyon durumuna göre bebeklerin kilo ölçümlerinin değerlendirilmesi

		Annede Depresyon		⁺ <i>p</i>
		Var Ort±SD	Yok Ort±SD	
Bebeğin Kilosu	Doğumda	3316,54±478,77	3328,57±4583,53	0,897
	Birinci Ayda	4337,73±681,99	4286,06±514,85	0,660
	İkinci Ayda	5315,47±759,49	5192,38±682,31	0,389
‡<i>p</i>		0,001**	0,001**	
++<i>Doğum kilo -1.ay kilo</i>		0,001**	0,001**	
++<i>Doğum kilo-2.ay kilo</i>		0,001**	0,001**	
++<i>1.ay kilo-2.ay kilo</i>		0,001**	0,001**	
Kilo farkı				
<i>Doğum kilo -1.ay kilo</i>		1021.1±466.3	957.5±304.5	0,399
<i>1.ay kilo - 2.ay kilo</i>		977.7±368,5	906,3±327,2	0,300

⁺: student t test

‡: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

++: Paired samples t test ** $p<0,01$

Depresyonu olan ve olmayan anne bebeklerinin doğumdaki, 1. aydaki ve 2. aydaki kilo ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Depresyonu olan ve olmayan anne bebeklerinin doğum kilolarına göre 1. aydaki kilolarında görülen artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bebeklerin doğum kilolarına göre 2. aydaki kilolarında görülen artış ve 1. aya göre 2. aydaki kilolarında görülen artışlar da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Depresyonu olan anne bebeklerinin doğumdaki kilolarına göre 1. aydaki kilolarında görülen artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Doğum kilolarına göre 2. aydaki kilolarında görülen artış ve 1. aydaki kilolarına göre 2. aydaki kilolarında görülen artış da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Bebeklerin doğum kilosu ile 1. ay kiloları arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Bebeklerin 1. aydaki kiloları ile 2. aydaki kiloları arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 16: Annelerin depresyon durumuna göre bebeklerin boy ölçümlerinin değerlendirmesi

		Annede Depresyon		⁺ <i>p</i>
		Var Ort±SD	Yok Ort±SD	
Bebeğin Boy	Doğumda	49,55±1,70	49,55±2,16	0,992
	Birinci Ayda	51,76±2,35	51,50±2,54	0,588
	İkinci Ayda	53,47±2,45	53,14±2,21	0,471
‡<i>p</i>		0,001**	0,001**	
⁺⁺Doğum boy -1.ay boy		0,001**	0,001**	
⁺⁺Doğum boy-2.ay boy		0,001**	0,001**	
⁺⁺1.ay boy-2.ay boy		0,001**	0,001**	
Boy farkı				
Doğum boy -1.ay boy		2,20±,84 (2)	1,95±1,18 (2)	0,841
1.ay boy - 2.ay boy		1,71±1,04 (2)	1,63±1,11 (2)	0,528

⁺ : student t test

‡: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

⁺⁺ : Paired samples t test

: Mann Whitney U test ** $p<0,01$

Depresyonu olan ve olmayan anne bebeklerinin doğumdaki, 1. aydaki ve 2. aydaki boy ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Depresyonu olan anne bebeklerinin doğumdaki boylarına göre 1. ayda görülen boy artışı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). İkinci ayda, doğumdaki boylarına göre görülen boy artışı ve 2. ayda 1. aydaki boyuna göre görülen boy artışı da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Depresyonu olmayan anne bebeklerinin doğumdaki boylarına göre 1. ayda görülen boy artışı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Doğumdaki boyuna göre 1. ayda görülen ve 1. aydaki boyuna göre 2. ayda görülen boy artışı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Bebeklerin doğum boyu ile 1. ay boyları arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Bebeklerin 1. aydaki boyları ile 2. aydaki boyları arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Annelerin depresyon durumuna göre bebeklerin baş çevresi ölçümlerinin değerlendirmesi

		Annede Depresyon		⁺ <i>p</i>
		Var	Yok	
		Ort±SD	Ort±SD	
Bebeklerin Baş Çevresi	Doğumda	34,77±1,26	34,52±0,99	0,260
	Birinci Ayda	36,25±1,18	36,00±1,14	0,284
	İkinci Ayda	37,46±1,28	36,93±1,10	0,058
‡<i>p</i>		0,001**	0,001**	
⁺⁺ <i>Doğum baş çev. -1.ay başçev.</i>		0,001**	0,001**	
⁺⁺ <i>Doğum baş çev.-6.ay baş çev.</i>		0,001**	0,001**	
⁺⁺ <i>1.ay baş çev.-6.ay baş çev.</i>		0,001**	0,001**	
Baş çevresi farkı				<i>p</i>
<i>Doğum baş çev. -1.ay baş çev.</i>		1,47±1,09 (1)	1,45±1,00 (1)	0,878
<i>1.ay baş çev. - 6.ay baş çev.</i>		1,21±0,93 (1)	1,45±1,00 (1)	0,127

⁺ : student t test

‡: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

⁺⁺ : Paired samples t test

: Mann Whitney U test

**** $p<0,01$**

Depresyonu olan ve olmayan anne bebeklerinin doğumdaki, 1. aydaki ve 2. aydaki baş çevresi ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Depresyonu olan anne bebeklerinin doğumdaki baş çevresi ölçümlerine göre 1. ayda görülen baş çevresi artışı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bebeklerin doğumdaki baş çevresine göre 2. ayda görülen baş çevresi artışı ve 1. aydaki baş çevresine göre 2. ayda görülen baş çevresi artışı da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Depresyonu olmayan anne bebeklerinin doğumdaki baş çevresi ölçümlerine göre 1. ayda görülen baş çevresi artışı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bebeklerin doğumdaki baş çevresine göre 2. ayda görülen baş çevresi artışı ve 1. aydaki baş çevresine göre 2. ayda görülen baş çevresi artışı da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Bebeklerin doğumdaki baş çevreleri ile 1. aydaki baş çevreleri arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Bebeklerin 1. aydaki baş çevreleri ile 2. aydaki baş çevreleri arasındaki farkların depresyonu olan ve olmayan anne gruplarına göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Postpartum depresyon (PPD), çocuğun doğumundan sonraki ilk bir yıl içinde oluşan heterojen depresif semptom ve sendrom grubu olarak tanımlanır (33,100). Amerikan Psikiyatri Derneği Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders–IV (DSM-IV) PPD terimini major depresif bozukluğun doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde oluşan formu için kullanır (100,101,102). Postpartum depresyon doğumdan sonra ilk 4 hafta içinde başlayabilir veya ortaya çıkış zamanı 6 ile 12 haftaya kadar uzayabilir. Postpartum depresyon tanı ve taramasında Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) etkili ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir (41,46,47).

Postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek, riskli kabul edilebilecek annelerin yakından izlenmesiyle erken tanı ve tedavi girişimlerinde önem taşıdığı gibi hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır.

Sivas il merkezinde 750 kadınla yapılan bir çalışmada PPD için risk faktörlerinin kadınların düşük öğrenim düzeyi, düşük gelir düzeyi, gebelik öncesi ruhsal rahatsızlık öyküsü, eşlerinin ilgisinin az olması (59), benzer şekilde Samsun il merkezinde 316 kadınla yapılan bir çalışmada risk faktörlerinin kadınların sosyal güvenceye sahip olmaması, kadınların kendisinde ve ailesinde daha önce geçirilmiş ruhsal rahatsızlık olması ve sorunlu evlilik ilişkisi (103) olduğu görülmüştür. Bizim 105 kadınla yaptığımız çalışmada bu risk faktörlerinin PPD oluşmasında anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Manisa il merkezinde 257 kişiyle yapılan çalışmada yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebekte önemli sağlık sorunu olması, kadının eşinde psikiyatrik bozukluk olması, kadının eşi ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi olmaması, gebelik öncesi ruhsal rahatsızlık öyküsünün olmasının PPD oluşumunda risk faktörleri olduğu görülmüştür (60). Çalışmamızda bu risk faktörlerinden bebekte önemli sağlık sorunu olması ve kadının gebelik öncesi ruhsal rahatsızlık öyküsünün olup olmadığı sorgulandı, fakat bu risk faktörleriyle PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0.05$).

İzmir’de 125 kadınla yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyi, kötü yaşamsal olaylar, kadının eşiyle ilişkilerinin bozuk olmasının PPD gelişiminde risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (104). Çalışmamızda bu risk faktörlerinden düşük gelir düzeyi sorgulandı, fakat düşük gelir düzeyinin PPD üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Edirne’de 178 kadınla yapılan bir çalışmada kadının eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, kadının eşinin işsiz olması, annenin yaşının küçük olması, gebeliğin istenmeyen gebelik olması, kadında ruhsal sorun öyküsünün olmasının PPD gelişiminde risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (105). Dündar ve ark (106), İnandı ve ark’nın (107) yaptıkları çalışmalarda küçük yaşta anne olan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Georgiopoulos ve ark’nın yaptığı çalışmada da düşük anne yaşının PPD için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (35,108,109). Ancak çalışmamızda literatürdeki bilgilerden farklı olarak anne yaşının küçük olmasının değil, anne yaşının 25’ten büyük olmasının risk faktörü olduğu gösterildi ($p<0.01$).

Mc Coy ve ark’nın Tulsa; Oklahamada 588 kadınla yaptığı bir çalışmada PPD öyküsünün varlığı ve sigara içmenin PPD gelişimi için risk faktörleri olduğu görülmüştür (46). Çalışmamızda bu risk faktörlerinin PPD üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları bildirilmektedir (110). Konu ile ilgili olarak Evcimen ve Sudak’ın (2003) yaptığı çalışmada (111) eğitim düzeyi ile PPD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanırken, Dündar ve ark’nın (106) çalışmasında ise PPD ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda kadınların %79.1’inin ilköğretim mezunu ve altında olduğu fakat eğitim düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Bir diğer hipotez de emzirmemeyle depresyon arasında orta derece bir ilişki bulunan bir çalışma sonucu ileri sürülmüştür. Gebelikte Risk Saptanması İzleme Sistemi (PRAMS) bünyesinde Amerika’da 32 eyalette sürdürülen araştırmaların 3 eyaletten 14.609 kadının sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada PPD için risk faktörlerinin kadının eşiyle ilgili sorunlarının olması, gebelikte şiddet görme ve bebeğini emzirmeme olduğu söylenmiştir (112). Hannah ve ark’nın yaptığı çalışmada bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması, C/S ile doğum yapma, zor doğum ve bebeğin emzirilmemesinin PPD için risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Sezaryen ile doğum yapma ve bebeğini emzirmemenin özellikle 6. haftada ortaya çıkan PPD ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (56). Cooper ve ark’nın yaptığı çalışmada PPD sonucunda emzirmenin bırakıldığı görülmüştür (113). Çalışmamızda doğumda 33 kadının (%31.4) EPDS skorunun 12 ve üzerinde olduğu ve bu kadınların emzirmeye devam ettiği görülmüştür. Bir ay sonra bakıldığında 33 kadının 28’inde (%84.84) EPDS puanlarında

düşüş olduğu görülmüştür. Bu da emzirmenin PPD üzerine olumlu etkisi olduğunu düşündürtebilir.

Henderson ve ark'nın yaptığı bir çalışmada erken başlangıçlı PPD olan annelerde ortalama emzirme süresinin 26 hafta, geç başlangıçlı PPD olan annelerde ortalama emzirme süresinin 28 hafta, depresyonu olmayan annelerin ortalama emzirme süresinin 39 hafta olduğu gözlenmiştir (114). Çalışmamızda anneleri kısa süreli takip ettik (2 ay) ve Henderson ve ark'nın çalışmasına benzer olarak bu süre içinde depresyonu olsun veya olmasın annelerin emzirmeyi bırakmadıklarını gördük.

Patel ve ark ve Regmi ve ark'nın düşük sosyoekonomik seviyeli ülkelerde yaptıkları çalışmalarda PPD taraması için EPDS gibi tarama anketleri kullanmışlardır. Bu skalayla PPD'nun yüksek spesifite ve sensitiviteyle saptanabileceğini görmüşlerdir (115,116). Çalışmamızda da PPD taraması için EPDS kullanıldı.

Postpartum depresyon görülme sıklığının %3.5 ile %40 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar vardır. Patel ve ark'nın Goa, Hindistan'da yaptığı çalışmada PPD prevalansı %23 (115), Chandran ve ark'nın Tamil Nadu, Hindistan'da yaptığı çalışmada PPD insidans ve prevalansı sırasıyla %11 ve % 19.8 (117), Rahman ve ark'nın Pakistan'da yaptığı çalışmada PPD prevalansı %28 (118), Cooper ve ark'nın yaptığı çalışmada PPD prevalansı %10 (119), Elsie ve ark'nın yaptığı çalışmada PPD prevalansı %24 (120), İnandı ve ark'nın Türkiye'nin doğusunda yaptığı çalışmada PPD prevalansı %27.2 (107), Nur ve ark'nın Sivas'ta yaptığı çalışmada PPD prevalansı %28 (59), Sünter ve ark'nın Samsun'da yaptığı çalışmada PPD prevalansı %23.1 (103), Danacı ve ark'nın Manisa'da yaptığı çalışmada PPD prevalansı %14 (60), Ekuklu ve ark'nın Edirne'de yaptığı çalışmada %40.4 (105) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda EPDS kesme puanı 12 ve üzeri alınarak hesaplandığında doğumdan sonraki 8 hafta içinde PPD semptomatolojisi gösteren annelerin oranı %40.9 (43 kadın) olarak bulundu.

Hatton ve ark'nın yaptığı çalışmada 6. haftada ölçülen (EPDS ortalama 8.14 ± 4.8) ve 12. haftada (EPDS ortalama 6.38 ± 4.36) ölçülen EPDS skorlarında düşüş olduğu görülmüştür ($p < 0.01$) (121). Çalışmamızda olguların EPDS skorları incelendiğinde; doğumdaki ortalama skorun 10.35 ± 5.36 , birinci aydaki ortalama skorun 9.2 ± 5.01 , ikinci aydaki ortalama skorun 7.80 ± 4.98 olduğunu görüldü. Buna göre EPDS skorları takip sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,01$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Post Hoc testlerde; 1. ayda ölçülen EPDS skorunun doğumda ölçülen EPDS skoruna göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,01$). İkinci ayda ölçülen EPDS skorunda doğumda ölçülen EPDS skoruna göre

daha da fazla düşüş görülmesi de istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p<0,01$). Yine 2. ayda ölçülen EPDS skorunun 1. ayda ölçülen EPDS skoruna göre daha düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Dennis ve ark'nın yaptığı bir çalışmada 1., 4., ve 8. haftalarda alınan EPDS skorları arasında korelasyon olduğu 1. haftada yüksek puan alan hastaların 4. ve 8. haftada da yüksek puan aldıkları söylenmiştir. Buna göre postpartum 1. haftada ölçülen EPDS puanlarının 4. ve 8. haftada ölçülen EPDS puanları için tahmin edici olabileceği söylenmektedir. Dolayısıyla PPD taramasının doğumdan sonraki ilk hafta içinde yapılmasının PPD açısından yüksek riskli kadınların tanınması ve erken tedavisinin yapılabilmesi için gerekli olduğu ortaya konmuştur. Fakat çalışmamızda doğumdan sonraki 1. haftada ölçülen EPDS puanı yüksek olan 33 kadının 28'inde 4. haftada ölçülen EPDS puanının düştüğü, EPDS puanı düşmeyen 5 kadının 3'ünde de 8. haftada ölçülen EPDS puanının düştüğü görülmüştür (49). Postpartum depresyonlu hastaların ilk 12 hafta içindeki herhangi bir zamanda semptom verdiklerini (6) düşündüğümüzde, çalışmamıza göre, Dennis ve ark'nın yaptığı çalışmadan farklı olarak, annelerin PPD taramasının sadece postpartum ilk haftada değil, doğumdan sonraki ilk 3 ay içinde, anne ve bebeğin rutin takipleri yapılırken, her vizitte annenin de PPD açısından takip edilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Ramsey ve ark'nın yaptığı çalışmada postpartum depresyonun bebeğin fiziksel gelişimini etkilemediği görülmüştür. Bu çalışmada 409 kişilik gruptan sadece 18'inde büyüme duraklaması görülmüştür. Bebekler 10. ayına kadar takip edilmiş ve 10. ayına kadar takip edilen bebeklerde büyüme duraklaması olup olmadığına bakılmıştır. Fakat EPDS annelere sadece bebeklerin 1. haftası ile 2. ayında uygulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmada 18 bebekte PPD varlığında görülen büyüme duraklamasının geçici olup olmadığı tespit edilememiştir (122). Çalışmamızda ise annelere doğumda, bebeklerin 1. ve 2. aylarında EPDS uygulandı ve bebeklerin doğumdaki, 1. ve 2. aylarındaki kilo, boy ve baş çevreleri ölçüldü. Böylece her vizitte EPDS uygulanması sebebiyle kilo, boy ve baş çevresi takibinin PPD ile ilişkisinin olup olmadığı saptanabildi ve 2 ay süreyle takip edilen annelerin EPDS puanlarındaki artışın bebeklerin kilo alımı ve boy uzaması ile ilişkisiz olduğu bulundu.

Patel ve ark'nın yaptığı çalışmada PPD grubundaki annelerin bebeklerinin PPD olmayan gruptaki annelerin bebeklerine göre düşük doğum ağırlıklı olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0.4$) (123). Çalışmamızda da PPD grubundaki annelerin bebeklerinin doğum ağırlıkları ile PPD olmayan gruptaki annelerin bebeklerinin doğum ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü

($p=0.8$). Yine aynı çalışmada 6. haftada PPD'lu anne grubundaki bebeklerin kilolarının PPD olmayan anne grubundaki bebeklerin kilolarına göre daha yüksek oranda düşük olduğu ($p=0.01$) ve yaşa göre daha kısa boylu olduğu ($p=0.1$) görülmüştür. Yine 6. ayda yapılan ölçümlerde yaşa göre düşük kilolu ($p=0.01$) ve kısa boylu ($p=0.08$) olmanın PPD ile kuvvetli birliktelik gösterdiği gösterilmiştir (123). Çalışmamızda bebeklerin doğum kilosu ile 1. aydaki kiloları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Bebeklerin 1. aydaki kiloları ile 2. aydaki kiloları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirilmelerinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Depresyon görülen ve görülmeyen gruptaki bebeklerin boyları karşılaştırıldığında ise bebeklerin doğum boyu ile birinci ay boyları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Bebeklerin birinci aydaki boyları ile ikinci aydaki boyları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirmelerinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

O'Brein ve ark'nın yaptığı çalışmada en az 3 ay boyunca takip edilen postpartum depresyonlu annelerin bebeklerinin yarısından fazlasının takipleri sırasında kilo alımının az olduğu görülmüştür (124). Bu çalışmadan farklı olarak çalışmamızda postpartum depresyonlu annelerin bebeklerinin kilo alımının yeterli olduğu görüldü. Çalışmamızda annelerin emzirmeyi bırakmadıkları ve emziren annelerin depresyonlarında düzelme olduğu görüldü. Bu da emzirmenin postpartum depresyon üzerine olumlu etkisinin olduğunu düşündürdü. Buna göre takiplerinde kilo alımı az olan bebeklerin anneleri PPD açısından taranmalı ya da PPD'li annelerin bebekleri de kilo alımı açısından takip edilmelidir.

Surkan ve ark'nın yaptığı çalışmada, 24 aya kadar takip edilen EPDS skorları yüksek olan anne çocuklarının, EPDS skorları düşük olan anne çocuklarına göre yaklaşık olarak 2 kat daha kısa boylu olma riski olduğu görülmüştür (125). Çalışmamızda doğum boyu ile birinci ay boyları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Birinci aydaki boyları ile ikinci aydaki boyları arasındaki farkların gruplara göre değerlendirmelerinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Fakat bunu söyleyebilmek için 2 aylık süre yetersiz olmakta ve daha uzun süreli takip gerekmektedir.

SONUÇ

Postpartum depresyonun (PPD) oluşmasında bazı hormonal değişikliklerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte bazı risk faktörlerini taşıyan kadınlarda postpartum depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu risk faktörleri kadının eşinin ilgisizliği, sosyal desteğin yetersiz olması, evlilikle ilgili sorunlar, planlanmamış gebelik, multiparite, daha önceki gebeliklerde depresyon geçirmiş olma, anne sütü ile beslememe, kayıpla sonlanan gebelik ve bebeğin bakımı ile ilgili duyulan endişelerdir. Çalışmamızda bu risk faktörlerinden bağımsız olarak, annelerde PPD gelişebileceği görüldü. Bu nedenle yeni doğum yapmış tüm annelerin PPD açısından risk altında oldukları varsayılmalı ve yeni doğum yapmış tüm anneler PPD açısından taranmalıdır.

Postpartum depresyon, toplumda sık görülmektedir. Postpartum depresyon görülme sıklığının %3.5 ile %40 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar vardır (126-129). Çalışmamızda elde ettiğimiz PPD skorları hastaların kendi kendilerini değerlendirmelerine bağlıdır. Sadece bu veriler depresyonun sıklığını saptamak için yeterli değilse de çalışmamızda bulduğumuz PPD oranı oldukça yüksekti (%40.9).

Postpartum depresyonun bu kadar sık görülmesi doğum sonrasında tüm kadınlara PPD taraması yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Çalışmamızda doğumda, birinci ve ikinci ayda Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) uygulanarak PPD taraması yapıldı. EPDS, tüm dünyada kabul görmüş PPD semptom tarama testi oluşu, riskli kadınların tespit ve tedavisi için uygulanabilmesi ve değerlendirilebilmesi kolay olduğu için tercih edildi. Fakat EPDS'nin tanı koydurucu bir ölçek olmayıp semptom tarama amacıyla kullanıldığı akıldan çıkarılmamalıdır. Tanı klinik muayene ve hekimin uyguladığı tanı ölçekleri ile doğrulanır.

Anne sütü ile beslemenin PPD açısından olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Anne sütü veren kadınlar, kendilerine ayıracak zamanlarının az oluşu, emzirme nedeniyle uykusuz kalmaları, ilaç kullanmaları gerektiğinde bebeğe zarar verecek endişesi duymaları nedeniyle depresyona girebilir. Bunun yanında anne sütünün hızla kesilmesinin bazı hormonal değişikliklere yol açıp depresyonu daha da kötüleştirdiği düşünülmektedir. Çalışmamızda annelere hem hekim hem de bebek hemşiresi tarafından etkin emzirme eğitimi verildi. Her vizitte annelerin bebeklerini emzirip emzirmedikleri sorgulandı. Depresyonda olsun veya olmasın, tüm annelerin, doğumdan sonraki ilk 2 aylık takiplerinde, emzirmeyi bırakmadıkları görüldü. Bu durumun, verdiğimiz etkin emzirme eğitimine, maddi sıkıntılar

nedeniyle annelerin bebeklerini sadece anne s t yle besleyebilmelerine, hastanemizde normal spontan doğum (NSD) oranının yüksek olmasına (%67.6), annelerin toplumsal baskı nedeniyle bebeklerini emzirmek zorunda hissetmelerine veya emzirmenin postpartum depresyonlu annelerin depresyonu üzerine iyileştirici etkisine bağlı olabileceği d ş n ld .

Çalışmamızda depresyonlu annelerin emzirmeyi bırakmamaları sebebiyle her vizitte  l  len EPDS puanlarında düşüş olduğu saptandı. Bu da bize emzirmenin PPD  zerine iyileştirici etkisinin olabileceğini düşündürdü.

Çalışmamızda her vizitte annelerin PPD durumları EPDS ile tespit edilip bebeklerin antropometrik ölçümleri (boy, kilo ve baş çevresi) alındı. Etkin emzirme sağlandığı takdirde anneler depresyonda olsa bile ilk iki aylık takiplerinde bebeklerin antropometrik ölçümlerinin etkilenmediği görüldü. Bu da bize hem hekim hem de bebek hemşiresi tarafından etkin emzirme eğitimin verilmesinin, depresyonu olsun veya olmasın tüm annelerin bebeklerini emzirmelerinde önemli rolü olduğunu göstermektedir.

Sonuc olarak bu bulgular doğrultusunda; doğum sonrasında her kadının PPD açısından değerlendirilerek erken tanı koymanın sağlanması ve önleyici tedbirlerin alınmasını, doğum sonrasında tüm annelere emzirmenin öneminin anlatılmasını, her vizitte annelerin emzirip emzirmedi lerinin sorgulanmasını ve etkin emzirme eğitimiyle bebeklerini emzirmelerini sağlamalarını önermekteyiz. Bu durum anne ruh sağlığı ve  ocuk gelişimi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüüzün ve depresyonlar. Duygudurum Dizisi 2000; 2: 64-71.
2. Dufy CL, Postpartum depression: Identifying women at risk. Genesis 1983;11-21.
3. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: Word Health Organization 2001, p. 30.
4. Piognone MP, Gaynes BN et al. Screen-Screening for depression in adults: summery of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002. 136:765-776.
5. US Department of Health and Human Services. Depression in Primary Care: Volume 1. Detection and Diagnosis. Depression Guideline Panel. Rockville, MD: Public Health Service, 1993.
6. Cooper PJ, Murray L. Postpartum Depression. Br Med J 1998; 316: 1884-1886.
7. Weissman MM, Olfson M. Depression in Women: Implications for health care research. Science 1995; 269: 799-801.
8. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10 (1): 58-67.
9. Weinberg MK, Tronick EZ. Maternal Depression and Infant Maladjustment: a failure of mutual regulation. In: Nospitz JD, ed. Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. New York, NY: John Wiley & Sons Inc. 1997: 243-257.
10. Tronick EE, Weinberg K. Depressed mothers and infants: failure to form diyadic states of consciousness. In Murray L, Cooper P (Eds): Postpartum Depression and Child Development. New York: The Guild Pres. 1997.
11. Field T. Infants of depressed mothers. Infant Behav Dev 1995; 18: 1-13.
12. Abrams SM, Field T et al. Newborns of depressed mothers. Infant Mental Health J 1995; 16:233-239.
13. Wolkind S. Mother's depression and their children's attendance at medical facilities. J Psychosom Res 1985; 29: 579-582.
14. Weissman MM et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR* D-Child Report. JAMA 2006; 295: 1389-1398.
15. Frodi A et al. Maternal correlates of infant temperatment ratings and of infant-mother attachment: a longitudinal study. Infant Mental Health J 1989; 10: 273-289.
16. Beck CT. The affects of postpartum depression on child development: a meta – analysis. Arch Psychiatr Nurs 1998; 12: 12-20.
17. Klein DN et al. Social adjustment in the offspring of parents with bipolar affective disorder. J Psychopathol Behav Assess 1986; 8: 355-366.

18. Cox JL, Holden JM. Detection of postnatal depression: Development of the 10 – item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
19. Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, “Depresif Bozukluklar” Tamamlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Yayıncılık; 2004;253-77
20. Brunswick DJ, Amsterdam JD, Mozley PD, et al. Greater availability of brain dopamine transporters in major depression shown by [99mTc] TRODAT-1 SPECT imaging. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1836–41.
21. Gobbard GO. Mood disorders.: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Saock(eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp;1995. pp.1116-23.
22. Plotsky PM, Owens MJ, Nemeroff CB. Psychoneuroendocrinology of depression. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychiatr Clin North Am*. 1998 Jun; 21 (2): 293-307.
23. Drevets WC, Videen TO, Price JL, et al. A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci*. 1992;12:3628–41.
24. Bahls SC, de Carvalho GA. The relation between thyroid function and depression: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 Mar;26 (1): 41-9
25. Krishnan KR, McDonald WM, Escalona PR, et al. Magnetic resonance imaging of the caudate nucleus in depression: preliminary observations. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 553–7.
26. Husain MM, McDonald WM, Doraiswamy PM, et al. A magnetic resonance imaging study of putamen nuclei in major depression. *Psychiatry Res*. 1991; 40: 95–9.
27. Baumann B, Danos P, Krell D, et al. Reduced volume of limbic system-affiliated basal ganglia in mood disorders: preliminary data from a postmortem study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999; 11: 71–8.
28. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995.
29. Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In *Depression and Mania*, ed(s) Georgotas A, Cancro R. Elsevier, New York, 1988
30. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993
31. Dufy CL, Postpartum depression: Identifying women at risk. *Genesis* 1983;11-21.
32. Joseffson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C., Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99:223-8
33. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression - a meta analysis . *Int Rev Pschiatry* 1996; 8:37-54

34. Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *MCN* 2002; 27 (5): 282-7
35. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummons TA, Therneau TM. Population –based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 653-7
36. Weisman MM, Olfson M. Depression in women: Implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801
37. Cooper PJ, Murray L. The course and recurrence of postnatal depression. *Br J psychiatry* 1995; 166: 191-5
38. Brown GW , Davidson S. Social class, psychiatric disorder of mother and accidents to children
39. Wolkind S. Mothers' depression and their children's attendance at medical facilities. *J Psychosom Res* 1985; 29: 579-82
40. Lindahl V, Pearson JI, Colpe L. Prevalance of suicidality during pregnancy and postpartum. *Arch Women's Ment Health* 2005; 8, 77-87. Epub 2005 May 11
41. Blenning C; Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician* 2005;72: 2491-6
42. Isık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar, Depresif bozuklukların sınıflandırılması. 1. baskı, Ankara: Görsel Sanatlar Yayınevi; 2003. p.50.
43. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, et al. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14:252-7.
44. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc* 2004;59:181-91.
45. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, Anderson GM. Maternal fluoksetin treatment in the postpartum period: effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003; 112: e425.
46. McCoy SJ, Beal MJ, Shipman SB. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106: 193-8
47. Boyd RC, Le H.N, Somberg R. Rewiew of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2006, 8:141-53.
48. Goldbort N. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31: 121-6.
49. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord* 2004; 78: 163-9

50. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997. s.51-2.
51. Köroğlu E, Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı, Dödüncü Baskı (DSM-IV) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1996. s 419-21
52. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1996;168:607-11.
53. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Phychiatric disorders in pregnant and puerperal women. Ned Tijdschr Geneeskde 2006;150:294-8.
54. Koppelman MSC, Parry BL, Hamilton JA, et al. Efect of bromocriptine on affect and libido in hyperprolactinemia. Am J Psychiatry 1987; 8: 1037-41.
55. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. Women's health: hormones, emotions and behaviour. In: Casper RC, ed. 1st. ed. London: Cambridge University Pres, 1998 p.14-35.
56. Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early doğum sonrası mood and postnatal depression. Br J Psychiatry 1992; 160:777-80.
58. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006;28:3-8.
59. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. C Ü Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26:55-9.
60. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, Üçelli Ü. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 204-21.
61. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, et al. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biol Psychiatry 1995; 38: 814-8.
62. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. Women's health: hormones, emotions and behaviour. In: Casper RC, ed. 1st. ed. London: Cambridge University Pres, 1998 p.14-35
63. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1992;48:801-6.
64. Gard PR, Handley SL, Parsons AD, et al. A multivariate investigation of doğum sonrası mood disturbance. Br J Psychiatry 1986;148:567-75.
65. Kocabasoğlu N, Balcıoğlu D, Sen C. Puerperal (doğum sonrası) psikoz. Perinatoloji Dergisi 1995; 3: 67-9.
66. Bottiglieri T. Folate, vitamin B12 and neuropsychiatric disorders. Nutr Rew 1996;54:382-90.
67. Alpert JE, Fava M. Nutrition and depression: The role of folate. Nutr Rew 1997;53:145-9.

68. Fidaner H, Duygudurum bozuklukları ve folatlar, Duygudurum Dizisi 2001;6:272-6.
69. Roullion F, Thalassinou M, Miller HD, et al. Folate and postpartum depression J Affect Disord 1992;25: 235-41.
70. Steiner M, Yonkers K. Depression in women. London: Martin Dunitz Ltd; 1998. p.26-47.
71. Selvi Y, Dinci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer ÖA, Eryonucu B, Postpartum depresyon ve serum kolesterolü. Klinik Psikiyatri 2004;7:48-50.
72. Chen TH, Lan TH, Yang CY, Juang KD. Postpartum mood disorders may be related to a decreased insulin level after delivery. Med Hypothesis 2006; 66:820-3
73. Adewuya A, Fatoye F, Ola B, Ijaodola O, Ibigbami S. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women Journal of Psychiatric Practice 2005;11:3538
74. American Psychiatric Association , Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th ed, text revision , American Psychological Association , Washington , DC (2000).
75. Gierdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. J Am board Fam Pract 2003;16:372-82.
76. Wilkinson J, Phillips S, Jackson J, Walker K. 'Mad for Fitness': An exercise group to combat a high incidence of postnatal depression J Fam Health Care 2003;13:44-8.
77. Tammentie T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Tarkka MT. Family dynamics of postnatally depressed mothers- discrepancy between expectations and reality. J Clin Nurs 2004;13:65-74.
78. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast feeding Am J Psychiatry 1996;153:1132-7.
79. Mirsi S, Kostaras X. Benefits and risks to mother and infant of drug treatment for postnatal depression. Drug Saf 2002;25:903-11.
80. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breastfeeding: serum concentration and side effects in the infant. Biol Psychiatry 2000;47:164-5.
81. Akdeniz F, Gönül AS Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2004; 2: 70-4.
82. American Academy of Pediatrics: Pediatric Nutrition Hand book. Committee on Nutrition, 3rd ed. Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics 1993.
83. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. J Pediatr 1995; 126:1917.
84. Goldman AS. The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. Pediatr Infect Dis J 1993; 12: 664-72.

85. Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002; 10(3): 518.
86. Richard JS (ed). Breastfeeding 2001, Part I. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(1):1262.
87. Richard JS (ed). Breastfeeding 2001, Part II. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(1):273537.
88. The Basics of Maternal and Child Health. UNICEF 1994
89. Aydın A, Fıçıcıoğlu C, Çam H, Mıkla fi. Süt çocuğu beslenmesinde ek besinler I "Gastrointestinal ve renal fonksiyonların olgunluk derecesinin beslenme üzerine etkileri". *Sendrom* 1995; 16-19.
90. Aydın A, Fıçıcıoğlu C, Çam, Mıkla fi. Süt çocuğu beslenmesinde ek besinler II. "Ek besinlere başlama zamanı ve beslenme pratikleri". *Sendrom* 1995; 48-53.
91. Aydın A, Haktan M. 99 Soruda Çocuk beslenmesi. İstanbul Çocuk Vakfı Yayınları, 1993.
92. Çetin E, Aydın A. İstanbul da yaşayan çocuk ve adolesanlarda anemi prevalansı ve anemilerin morfolojik dağılımı: Çocukların, yaş,cinsiyet ve beslenme durumu ile anne babaların ekonomik ve öğrenim durumunun anemi prevalansı üzerine etkileri. *Türk Pediatri Arşivi* 1999; 34: 29-38
93. Makrides M, Hawkes JS, Neuman NA, Gibson RA. Nutritional effect of including egg yolk in the weaning diet of breast fed and formula-fed infants: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2002;75:1084-92.
94. Simopoulos AP, Salem N Jr. Egg yolk as a source of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant feeding. *Am J Clin Nutr* 1992; 55:411-4.
95. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Guide-lines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation Regional Office for Europe Copenhagen, 2000.
96. Brook CGD, Hindmarsh PC. Growth assessment. Purpose and interpretation. In (eds) Brook CGD, Hindmarsh PC. *Clinical Pediatric Endocrinology* 2001, Blackwell Science
97. Vaughan VC III, Litt IF. Developmental Pediatrics. In (eds) Behrman RE, Vaughan VC, Nelson WE. *Nelson Textbook of Pediatrics Thirteenth edition.* 1987 WB Saunders Company Philadelphia pp620.
98. Ercan O. Normal büyüme ve boy kısalığı. Mezuniyet sonrası test tipi sınavlara hazırlık kursu. *Pediatri Notları. Modül XVI.* 2002 İstanbul
99. Needleman RD. Growth and Development In (eds) Behrman RE, Kliegman RM, Jenson B. *Nelson Textbook of Pediatrics Sixteenth edition.* 2000 WB Saunders Company Philadelphia pp 2365.

100. Chaudron LH. Postpartum depression: What Pediatricians need to know. *Pediatrics in Review* 2003; 24: 154-161
101. Seyfried LS, Marcus LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003; 15: 231-242.
102. Gold LH. Postpartum Disorders in primary care. *Diagnosis and Treatment. Women's Mental Health* 2002; 29: 27-41
103. Sünter, Güz, Canbaz, DüNDAR. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Gyn ve obst dergisi* 2006; Cilt: 3 Sayı: 1 Sayfa: 26-31
104. Gulseren L, Erol A et al. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reported Med* 2006; Dec 51(12): 995-960
105. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* 2004; Nov 49(11): 908-914.
106. DüNDAR PE. Yarı kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı; (2): 862-865, 2002.
107. İnandı T, Elçi O, Öztürk A et al. Risk factors for depression in postnatal first year, in Turkey. *Int J of Epidemiology* 2002; 31: 1201-1207.
108. Righetti-Velthema M, Conne-Perreare M, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.* 1998; 49: 167-180
109. Kendell RE. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *J Psychosom Res* 1985; 29: 3-11
110. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-time Mothers. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100: 594-99.
111. Evcimen Y, Sudak D. Postpartum Depression. *Obst and Gyn.* 2003; 10: 210-216
112. Gross KH, Wells CS, Radigan-Garcia A, Dietz PM. Correlates of self-reports of being very depressed in the months after delivery: results from the pregnancy risk assessment monitoring system. *Maternal and Child Health Journal.*
113. Cooper PJ, Murray L, Stein A. Psychosocial factors associated with the early termination of breast-feeding. *J Psychiatr Res* 1993; 37: 171-6.
114. Jennifer J. Henderson, Sharon F. Evans, PhD, Judith A.Y. Straton, PhD, Susan R. Priest, PhD, and Ronald Hagan, Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration *BIRTH* 30:3 September 2003; 175-180
115. Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty and postnatal depression: a cohort study from Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-7
116. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of postpartum depression scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 378-382.

117. Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham S. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and Risk factors. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 499-504.
118. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 2003; 33: 1161-7
119. Cooper P, Campbell E, Day A, Kennerley H, Bond A. Nonpsychotic Psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence , incidence ,course and nature. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 799-806
120. Elsie M. Taveras, MD, Angela M Capra ,MA, Paula A Braveman ,MD, Nancy G Jensvold,Gabriel J Escobar; MD, Tracy A Lieu. Clinician Support and Psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* Vol.122 No 1,July 2003
121. Hatton D C, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet L B, McCaron D A. Symptoms of Postpartum Depression and Breastfeeding . *J Hum Lact* 2005; 21; 44
122. Ramsey M, Gisel EG, Mc Cusker J, Bellavance F, Platt R. Infant sucking ability, non organic failure to thrive, maternal characteristics and feeding practices: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol*, 2002;44;405-414
123. V Patel, N Desouze, M Rodrigues. Postnatal Depression and Infant Growth and Development in Low income Countries : a cohort study from Goa,India
124. O'Brein L M, Heycock E G , Hana M, Jones P W , Cox J L .Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study. *Pediatrics* Vol.113 No.5 May 2004
125. Surkan Pamela J, K; Kawachi Ichiro ; Ryan Louise M; Berkman Lisa F; Vieira Lina M Carvalho; Peterson Karen E. Maternal Depressive Symptoms, Parenting self efficacy and child growth. *American Journal of public health*. Volume 98; issue 1, 125
126. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 301-306.
127. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 27-31.
128. Eberhard-Gran M, Tambs K et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and nonpostpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 551-556.
129. Troutman BR & Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 99: 69-78.

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Ad-soyad:

2.Telefon numarası:

3.Doğum tarihi-yaşı:

4.Adres:

5.Öğrenim düzeyi: 1.yok

2.okur-yazar

3.ilköğretim

4.lise

5.üniversite

6.Meslek

7.Çalışabilirlik: 1.Düzenli çalışıyor

2.Düzensiz çalışıyor

3.İşsiz

4.Çalışmıyor

5.Emekli

6.Ev kadını

8.Medeni durum: 1.Bekar

2.Evli

3.İmam nikahlı

4.Boşanmış

5.Dul

6.Ayrı

7.Birlikte yaşıyor

9.Çocuk sayısı

10.Sosyoekonomik durum: 1. Alt

2.Orta-alt

3.Orta-üst

4.Üst

11.Göç: 1. Yok

2.Var

- 12.Sosyal güvence: 1.Yok
2.Emekli sandığı
3.SSK
4.Yeşil Kart
- 13.Aile tipi: 1.Çekirdek
2.Geniş
- 14.Sosyal destek: 1.Yok
2.Var
3.Yetersiz
- 15.Soygeçmişte tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık:1.Bilinmiyor
2.Var
3.Yok
- 16.Hastada öncesinde psikiyatrik tedavi öyküsü: 1. yok
2.var
- 17.Hastada sigara kullanımı: 1.Yok
2.Var
- 18.İstismar/Travma: 1.Yok 2.Var
- 19.Varsa türü: 1.Cinsel 2. Fiziksel 3. İkisi
- 20.Evlenme sayısı:
- 21.Evlenme biçimi: 1.Anlaşarak
2.Görücü
3.Ailenin zoruyla
4.Ailelerin isteği dışında
- 22.Akraba evliliği: 1.Yok 2.Var
- 23.Evlenme yaşı:
- 24.Eşiyle iletişim: 1.İyi 2. Orta 3. Kötü 4.Çok kötü
- 25.Evlilikten memnuniyet: 1.İyi 2.Orta 3.Kötü 4.Çok kötü
- 26.Eşinin yaşı:
- 27.Eşinin eğitimi: 1.Yok 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite
- 28.Çalışabilirlik: 1.Düzenli çalışıyor 2.Düzensiz çalışıyor 3.İşsiz 4.Çalışıyor 5.Emekli
- 29.Doğum sayısı:
- 30.Yaşayan çocuk sayısı:
- 31.Ölü doğum:

- 32.Daha önceki doğumları sonrasında psikiyatrik problem tanınıyor mu?:
- 33.Gebelik: 1.Planlanmış 2.Planlanmamış
- 34.Bebğin cinsiyet tercihi: 1. Yapılmış 2.Yapılmamış
- 35.Yardımcı üreme tekniği (Ovulasyon indüksiyonu,tüp bebek): 1.Yok 2.Var
- 36.Gebelikte düzenli takip: 1. Var 2.Yok
- 37.Gebelikte sağlık sorunu: 1.Yok 2.Hiperemesis 3.Preeklampsi/Eklampsi 4.DM
- 38.Bebek kaç aylık :
- 39.Miada göre: 1.Miyad 2.Prematür 3.Sürmatür
- 40.Doğum şekli: 1.NSD 2.Forseps/vakum 3.C/S
- 41.Doğumda annede sağlık sorunu: 1.Yok 2.Hafif 3.Orta 4.Ciddi
- 42.Bebekte sağlık sorunu: 1.Yok 2.Var
- 43.İyi bir anne olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan 'Postnatal Depresyonun Anne Sütü ve Çocuk Gelişimi üzerine Etkisi' konulu tez çalışmasının içeriği ve amaçları ile ilgili tarafıma bilgi verildi.

Bu tez çalışmasına katılmayı kabul ediyorum.

Ad-Soyad-İmza

EK 2: EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDS)

(ÖRNEK FORM)

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.

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Artık pek o kadar değil
- 2. Artık kesinlikle o kadar değil
- 3. Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- 0. Her zaman olduğu kadar
- 1. Her zamankinden biraz daha az
- 2. Her zamankinden kesinlikle daha az
- 3. Men hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Çok sık değil
- 0. Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- 0. Hayır, hiçbir zaman
- 1. Çok seyrek
- 2. Evet, bazen
- 3. Evet, çoğu zaman

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

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- 3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- 2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- 1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
- 0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, bazen
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Hayır, çok sık değil
- 0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- 3. Evet, çoğu zaman
- 2. Evet, oldukça sık
- 1. Çok seyrek
- 0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- 3. Evet, oldukça sık
- 2. Bazen
- 1. Hemen hemen hiç
- 0. Asla

Toplam puan :

Hasta adı – soyadı :