

Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme

Betül Battaloğlu¹, Nurcihan Aydemir², Sami Hatipoğlu³

¹Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Mardin, ²İzmit Devlet Hastanesi, İzmit

³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

ÖZET

Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme

Amaç: Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde Edinburgh Postnatal Depresyon Skalası (EPDS) ölçeğini kullanarak, depresyon oranlarını saptamayı ve etkili olan sosyodemografik faktörleri belirleyerek, elde edilen sonuçların diğer çalışmalarla korelasyonunu değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 20 Temmuz- 20 Eylül 2007 tarihleri arasında, 0-1 yaş arası bebeği olan anneler çalışmaya dâhil edildi. 211 anne çalışmaya katıldı, postpartum sosyodemografik veri formu ile EPDS kullanıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 28 annenin, 7'sinde EPDS puanlaması depresyon için anlamlı değerlerde idi. Toplam 183 annenin verileri değerlendirilmeye alındı. Annelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için toplam 51 sorudan oluşan postpartum sosyodemografik veri formu kullanıldı. Depresyon yaygınlığını saptamak amacıyla annelere 10 sorudan oluşan EPDS ölçeği uygulandı. Değerlendirme 30 puan üzerinden yapıldı ve kesme puanı 13 ve üzeri (≥ 13) olarak alındı.

Bulgular: EPDS kesme puanı ≥ 13 alınarak hesaplanan depresyon semptomatoloji skoru %30.6'dır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 27.5 \pm 5.45, yaş dağılımı 18 ile 43 arasında değişmektedir. EPDS puanı yüksek olanlarda evlilikten memnuniyet düzeyinin iyi olma oranı anlamlı düzeyde düşük; evlilikten memnuniyetleri orta ve kötü düzeyde olanlarda, psikiyatrik özgeçmişli olan annelerde ise EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$).

Eşi çalışmayan, planlanmamış gebeliği olan, doğumda annede sağlık sorunu olan, gece doğum yapan annelerde EPDS puanlaması yüksek olarak görülmektedir ($p<0.05$). Bebekte sağlık sorunu olduğunu belirten, bebek bakımını güç olarak tarifleyenlerde, bebeğini emzirmeyen kadınlarda EPDS puanlaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.01$).

Sonuç: Doğum sonrası depresyon birçok anneyi ve bebeği olumsuz etkileyen ciddi bir sorundur. Etkin bir tedavinin mümkün olmasına rağmen, olguların yarısından azı fark edilebilmektedir. Kitlelerin taranması, antenatal dönem, doğum sonrası erken dönem ve normal sağlam çocuk izlemleri döneminde, doğum sonrası depresyon tanısı koyabilme imkanını mümkündür. Toplumunu temsil eden, büyük kitlelere yapılacak topluma dayalı çalışmalar ile geçerli, etkin bir doğum sonrası depresyon taramasının tanımlanmasına ve bu tip bir taramanın klinik olarak anne -bebek açısından hizmetin artırılmasına, olan etkisinin belirlenmesine gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Doğum sonrası depresyon, EPDS, bebek, anne

ABSTRACT

Depression screening and risk factors for depression in mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic

Objective: In this study we aimed to figure out the rates of depression and the socioeconomic factors leading to depression in mothers with 0-1 year old babies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); and correlating our results with the previous studies.

Material and Methods: Mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic between July 20th to September 27th 2007 were included in this study. In this study postpartum sociodemographic data form and EPDS was used. 211 mothers enrolled in the study. 28 mothers refused their data to be used in the study. 7 mothers out of the 28 who refused to participate in the study had EPDS points indicating depression. 183 mothers' data were used in the study. Sociodemographic data form consisting of 51 questions were used to assess the sociodemographic properties of the mothers. To assess the prevalence of depression EPDS consisting of 10 questions were used. The evaluation was done over 30 points and 13 points or higher was accepted as the cutoff point.

Results: In our study depression symptomatology score was 30.6% with the EPDS cutoff point ≥ 13 . The average age of the women enrolled in the study was 27.5 \pm 5.45 (minimum age:18, maximum age:43) 13.7% of the women had a personal history of treatment for a psychiatric illness. There was statistically significant difference according to EPDS points in marriage satisfaction ($p<0.01$). Mothers who had high EPDS scores had statistically significant lower marriage satisfaction levels, mothers who had middle or low marriage satisfaction levels had statistically significant higher EPDS scores ($p<0.01$). Mothers who had a history of a psychiatric illness had statistically significant higher EPDS scores ($p<0.01$). Women with unemployed husbands, unexpected pregnancy, comorbidities during childbirth had statistically significant high EPDS scores ($p<0.05$).

Mothers who had babies with health problems, who were struggling when providing childcare, who were not breastfeeding their infant had significantly higher EPDS scores ($p<0.01$). Mothers who gave birth during the night had significantly higher EPDS scores ($p<0.05$).

Conclusion: Postpartum depression is a serious health problem affecting many mothers and babies. Even though effective treatment is available, only half of the cases could be identified. Postpartum depression could be diagnosed with mass screening during antenatal period, early postpartum period and during the visits of the healthy baby outpatient clinic. There is a need for identifying a population based postpartum depression screening to enhance mother and baby health care.

Key words: Postpartum depression, EPDS, baby, mother

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:12-21

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Betül Battaloğlu
Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Mardin

Telefon / Phone: +90-482-212-1395

Elektronik posta adresi / E-mail address: betulbattaloglu00@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 23 Aralık 2011 / December 23, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Şubat 2012 / February 29, 2012

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü majör depresyonu bütün hastalıklar arasında en sık dördüncü ve iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak tanımlamıştır (1). 2020 yılı civarında, depresif hastalığın dünyada iş görmezliğin önde gelen ikinci nedeni olması beklenmektedir (2). Yük kadınlarda en fazladır; majör depresif bozukluğun yaşam boyu riski %20-25 arasındadır ve erkeklerde %7-12 olan değer yaklaşık iki katıdır (3). Doğumu izleyen ilk 3 ayda, kadınların %14.5'inde yeni bir majör depresyon ya da minör depresyon atağı gelişir (4). Postpartum depresyon (PPD) 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 yılsonuna kadar depresif kalırlar (5). Postpartum depresyonun sonraki gebeliklerde tekrarlaması insidensi yaklaşık %30-50 civarındadır (6). 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 (7,8). Beck ve Gable PPD semptomlarını yalnızlık hissi, uyku bozuklukları, iştah azalması, emosyonel labilite, kendisine ve/veya bebeğe zarar verme düşünceleri olarak tariflemişlerdir (9). Depresyondaki annelerin, depresyonda olmayan annelere göre, çocuklarında ciddi duygusal sorunlar görülmesi riski 3 kat ve kötü anne-çocuk ilişkileri riski 10 kat daha fazladır (10). Çocukların, anne depresyonuna eşlik eden davranışsal güçlükleri en az 4 ile 8 yaşlarına kadar devam edebilir (11,12). Bu çocuklar, çok çeşitli kaygılarla sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğilimindedirler (13). Doğum sonrası 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, EPDS çeşitli tarama- tanı testlerinin uygulanması erken tanı ve müdahale şansı verir. EPDS somatik semptomlara ait soru içermeyen ve toplumda PPD araştırmak için geliştirilmiş, 10 sorulu kendi kendini değerlendirme ölçeğidir (14).

GEREÇ VE YÖNTEM

EPDS Ölçeği: Postpartum depresyonu tanımda 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 periyotta EPDS'nin depresif semptomları doğru olarak ölçtüğü bildirilmiştir. EPDS 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 arkadaşları tarafından yapılmıştır (15). EPDS, 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. Biz çalışmamızda kesme puanı olarak 13 ve üzerini aldık. 13 ve üzeri puan alanlar depresif bozukluk için riskli grup olarak kabul edilmiştir. Sosyodemografik veri formunda sorgulanan yaş, çalışma durumu, öğrenim düzeyi, özgeçmişte psikiyatrik hastalık, ölü doğum, evlenme yaşı, akraba evliliği, eşle iletişim, evlilikten memnuniyet, eşin öğrenim durumu, eşin çalışma durumu, gebeliğin planlanması, gebelikteki sağlık sorunu, doğum zamanı, doğum şekli, bebek bakımı ve bebek emzirme durumu gibi çeşitli verilerle EPDS puanlaması karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for

Tablo 1: EPDS

	EPDS		Test, p
	EPDS≥13 (n=56) Mean±SD	EPDS≤12 (n=127) Mean±SD	
Yaş	26.62±5.64	27.92±5.34	t:1.485 p:0.139
	n %	n %	
Annenin Çalışma Durumu			
Çalışıyor	7 (%12.5)	29 (%22.8)	χ^2 :2.627 p:0.105
Çalışmıyor	49 (%87.5)	98 (%77.2)	
Annenin Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	35 (%34.7)	66 (%65.3)	χ^2 :2.597 p:0.273
Lise	12 (%22.2)	42 (%77.8)	
Yükseköğretim	9 (%32.1)	19 (%67.9)	
Çocuk Sayısı			
1	25 (%32.5)	52 (%67.5)	χ^2 :1.081 p:0.583
2	22 (%32.4)	46 (%67.6)	
3	9 (%23.7)	29 (%76.3)	
Doğum Sayısı(Ortalaması)	1.83±1.24 (2)	2.07±1.40 (2)	Z:-0.927 p:0.354
Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	15 (%60.0)	10 (%40.0)	χ^2 :11.784 p:0.001**
Ölü Doğum			
Evet	5 (%8.9)	14 (%11.0)	χ^2 :0.183 p:0.669
Hayır	51 (%91.1)	113(%89.9)	
Evlilik Yaşı	21.55±4.36	21.92±4.60	t:0.516 p:0.606
Eşle İletişim			
İyi	33 (%58.9)	103 (%81.1)	χ^2 :12.554 p:0.002**
Orta	19 (%33.9)	23 (%18.1)	
Kötü	4 (%7.1)	1 (%0.8)	
Evlilikten Memnuniyet			
İyi	28 (%50.0)	102 (%96.1)	χ^2 :20.691 p:0.001**
Orta	25 (%44.6)	25 (%19.7)	
Kötü	3 (%5.4)		
Eşin Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	33 (%31.7)	71 (%68.3)	χ^2 :0.936 p:0.626
Lise	12 (%34.3)	23 (%65.7)	
Yükseköğretim	11 (%25.0)	33 (%75.0)	
Eşin çalışma durumu			
Çalışıyor	44 (%78.6)	114 (%89.8)	χ^2 :4.128 p:0.042*
Çalışmıyor	12 (%21.4)	13 (%10.2)	
Gebelik			
Planlanmış	35 (%62.5)	98 (%77.2)	χ^2 :4.209 p:0.040*
Plansız	21 (%37.5)	29 (%22.8)	
Bebegin Cinsiyet Tercihi			
Evet	20 (%35.7)	50 (%39.4)	χ^2 :0.220 p:0.639
Hayır	36 (%64.3)	77 (%60.6)	
Yardımcı Üreme Tekniği			
Var	7 (%12.5)	8 (%6.3)	χ^2 :1.986 p:0.159
Yok	49 (%87.5)	119 (%93.7)	
Gebelikte Düzenli Takip			
Var	45 (%80.4)	109 (%85.8)	χ^2 :0.872 p:0.350
Yok	11 (%19.6)	18 (%14.2)	
Gebelikte Sağlık Sorunu			
Yok	27 (%24.8)	82 (%75.2)	χ^2 :4.330 p:0.228
Hyperemesis	20 (%39.2)	31 (%60.8)	
Preeklamsi/Eklamsi	6 (%40.0)	9 (%60.0)	
Diyabet	3 (%37.5)	5 (%62.5)	
Doğum Zamanı			
Gece	30 (%39.0)	47 (%61.0)	χ^2 :4.375 p:0.036*
Gündüz	26 (%24.5)	80 (%75.5)	
Doğum Şekli			
NSD	32 (%57.1)	82 (%64.6)	χ^2 :0.912 p:0.340
C/S	24 (%42.9)	45 (%35.4)	
Doğumda Annede Sağlık Sorunu			
Yok	39 (%69.6)	107 (%84.3)	χ^2 :8.134 p:0.043*
Hafif	10 (%17.9)	16 (%12.6)	
Orta	6 (%10.7)	4 (%3.1)	
Ciddi	1 (%1.8)		
Bebekte Sağlık Problemi			
Var	11 (%84.6)	2 (%15.4)	χ^2 :19.225 p:0.001**
Bebek Bakımı			
Kolay	3 (%5.4)	37 (%29.1)	χ^2 :33.240 p:0.001**
Normal	11 (%19.6)	52 (%40.9)	
Güç	42 (%75.0)	38 (%29.9)	
Emzirme			
Evet	45 (%80.4)	120 (%94.5)	χ^2 :8.751 p:0.003*
Hayır	11 (%19.6)	7 (%5.5)	

χ^2 : Ki kare testi, t: Student t testi, Z: Mann Whitney U testi, *p<0.05, **p<0.01

Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 183 anneye ilişkin veriler değerlendirmeye alınmıştır. EPDS kesme puanı ≥ 13 alındığında PPD semptomatolojisine sahip annelerin oranı %30.6 (n=56) olarak bulunmuştur. Annelerin yaş dağılımları, çalışma durumları, eğitim düzeyleri, çocuk sayısı arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$). EPDS puanları ile doğum sayısı ortalamaları, ölü doğum oranları, evlenme yaşı, eşin öğrenim durumu, bebeğin cinsiyet tercihi, yardımcı üreme desteği ve gebelikte düzenli takip durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$).

Psikiyatrik tedavi öyküsü bulunan olgularda, EPDS puanlarına göre evlilikten memnuniyet düzeyleri, bebekte sağlık sorunu görülenlerde, bebek bakımını güç olarak tanımlayanlarda, bebeğini emzirmeyenlerde EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.01$).

EPDS puanı yüksek olanlarda evlilikten memnuniyet düzeyinin iyi olma oranı anlamlı düzeyde düşük; evlilikten memnuniyetleri orta ve kötü düzeyde olanlarda ise EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Eşi çalışmayan işsiz olanlarda EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$).

Öte yandan; planlanmamış gebeliklerde, doğum zamanına göre, gece doğum yapan olgularda, doğumda annede sağlık sorunu olanlarda EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). (Tablo 1)

TARTIŞMA

EPDS kesme puanı 13 ve üzeri alınarak hesaplandığında PPD semptomatolojisini gösteren annelerin oranı %30.6 (56 kadın) olarak bulunmuştur. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda elde edilen PPD semptom skorlaması değerleri şöyle özetlenebilir; %4.9-22.6 (16-21);

Türkiye'de yapılan çalışmalarda %13.6-36.9 olarak bulunmuştur (22-25). Bu çeşitliliğin, ülkelerin sosyoekonomik, kalkınmışlık düzeyleri, ırksal, kültürel, etnik farklılıkları ile örneklem ve yöntem farklılıkları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızın %30.6'lık EPDS pozitif depresyon semptom skorlaması diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir.

Çalışmaya katılan annelerin yaş dağılımı 18 ile 43 arasında ve ortalaması da 27.5 ± 5.45 'dir. Anne yaş dağılımı ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik yoktur ($p > 0.05$). Yapılan çalışmalar küçük yaşta anne olan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (23,26). Çalışmamızdaki örneklem grubunun yaş dağılımı yoğunluklu olarak adölesanları kapsamadığından, bu yönde bir ilişki kurulmamıştır.

Annelerin çalışma durumlarına göre EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik yoktur ($p > 0.05$).Yapılan çalışmalar, çalışan kadınlarda depresyon oranını yüksek tespit etmiş, bir başka çalışma ise özellikle ekonomik nedenlerden dolayı iş yaşamına daha çabuk dönen kadınlarda, daha fazla depresyon olduğu bildirilmiştir (27,28).

Çalışmamıza katılan kadınlarda çalışma oranı düşük olduğundan benzer bir belirtinin ortaya çıkmadığı düşünülebilir.

Annelerin eğitim durumları ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik yoktur ($p > 0.05$). Çeşitli çalışmalar, düşük eğitim düzeyi olan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (29,30). Eğitim düzeyi iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları, eğitim düzeyi iyi olan eşlerin daha destekleyici oldukları bildirilmiş, ayrıca eğitilmiş kadınlar gebelikten önce ya da gebelik sırasında risk faktörleri, semptomları ve tedavi seçme konusunda daha dikkatlidir. Erken teşhis ve müdahale de PPD'un kötü sonuçlarını önler (31,32).

Annelerin çocuk sayısı dağılımına göre EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik yoktur ($p > 0.05$). Türkiye'de doğum sonrası depresyonun epidemiyolojik ve kültürel yönden irdelendiği araştırmada da yaşayan çocuk sayısının fazla olması doğum sonrası depresyonla ilgili faktör olarak belirtilmektedir (33). Pakistan'da yapılan bir çalışmada; 5 ve üzerinde çocuk sahibi olma; Portekiz'de yapılan bir çalışmada yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesinde önemli bir risk etmeni olarak belirtilmiştir (34, 35).

Çalışmaya katılan annelerin doğum sayıları 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama doğum sayısı 2.00 ± 1.36 'dır. Yaşayan çocuk sayısı 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.87 ± 1.00 'dir. Doğum sayısı ortalamaları ile EPDS puanları arasında istatistiksel olarak birliktelik yoktur ($p > 0.05$). Bir çalışmada primipar kadınların doğum sonrası ilk üç ayda yüksek risk altında olduğu tespit edilmiştir (36). Çalışmamızda 8 annenin son doğumlarında ikiz bebek sahibi olduğu, bunlardan 6'sının da primipar olduğu saptanmıştır. İkiz bebek annelerinden 3'ünün yardımcı üreme desteği aldığı, hepsinin sezaryen ile doğum yaptığı, 1 anne dışında hepsinin gündüz doğum yaptığı, 2 annede doğumda hafif bir sağlık problemi olduğu tespit edildi. Sadece 1 annede depresyon özgeçmişini tespit edilmiş olup bu anne irdelendiğinde bebeğinin birinde ciddi bir tıbbi hastalık olduğu, bebeklerini emzirmede, bebek bakımında güçlük tariflediği, eşle iletişimi ve evlilikten memnuniyetini kötü olarak belirttiğini ve EPDS puanlamasının da 21 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan 0-12 ay bebeği olan, postpartum kadınlarda; doğum öncesi depresyon, multiparite, annenin bebekten sağlık problemi nedeniyle ayrılması, doğum sonrası tıbbi komplikasyonlar, boşanma, bebeğin bakım problemleri, evlilik problemleri doğum sonu depresyon için risk faktörleri olarak bildirilmiştir (23). Çalışmamızda 3 ve üzeri ($n=38$) çocuk sahibi olanların, 1 ($n=77$) ve 2 ($n=68$) çocuğa sahip olanlara göre oldukça düşük tespit edilmiş olup bunların EPDS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Çalışmamızda ilk çocuğa sahip olma ya da yaşayan çocuk sayısının fazlalığı ile EPDS skorlaması arasında istatistiksel ilişki kurulamamıştır. Bu da bize doğum sonrası depresyon semptom profilinde aile ve evlilik kurumuna ait olumsuzlukların ve diğer psikososyal faktörlerin, kişilik örüntüsünün, kötü yaşam koşullarının daha etkin olduğunu düşündürülebilir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan çalışmada depresyonda etkili risk faktörleri; emzirmeme, ilk çocuğa sahip olma, vücut imajını beğenmeme veya fazla kilo alma, kötü kayıvalide ilişkisi, geç evlilik olarak tespit edilmiştir (37).

Çalışmaya katılan 19 (%10.4) anne ölü doğum/doğumdan sonra bebek kaybı olduğunu belirtmiş, bunların 5 (%8.9)'unda EPDS puanlaması yüksek olarak tespit edilmiştir. Ölü doğumu bulunan annelerin EPDS puanlamasında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik görülmemektedir ($p > 0.05$). Çalışmamızda üreme sağlığının sorgulanmasında düşük/kürtaj bilgileri ayrıca irdelenmemiştir ve

bebek kayıpları ölü doğum yapma veya doğumdan sonraki 3 aylık dönemdeki bilinmeyen nedenli bebek ölümleri olarak belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin 25 (%13.7)'inde tanısı kesinleşmiş psikiyatrik hastalık/tedavi öyküsü bulunmaktadır. Psikiyatrik özgeçmişini olan 25 anneden 15 (%60)'inde EPDS puanlaması pozitif bulunmuş ve EPDS skorlaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.01$). Psikiyatrik özgeçmiş belirten 25 kadından %72'sinde ($n: 18$) depresyon, %12'sinde ($n: 3$) geçirilmiş PPD öyküsü, %16'sında ($n: 4$) affektif bozukluk olduğu saptanmıştır. Kadınlardan 5'inde bebek kaybı sonrası depresyon, 2'sinde bebeğinde ciddi tıbbi hastalık olduğu saptanmıştır. Bu annelerin EPDS skorları ≥ 13 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda gebelikten önce veya sonra ruhsal rahatsızlık geçirme ile doğum sonrası depresyon geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik tespit edilmiştir (38,23).

Diğer bir çalışmada; gebelikteki anksiyete/depresyon, depresyon özgeçmişini, soy geçmişte psikiyatrik hastalık ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı birliktelik saptamıştır (24).

Çalışmaya katılan annelerin,%74.3'ü eşleriyle iletişimini iyi,% 23'ü orta,%2.7'si kötü olarak tariflemişlerdir. Eş ile iletişimlerini iyi olarak tarifleyenlerin %58.9'unda, orta olarak tarifleyenlerin %33.9'unda, kötü olarak tarifleyenlerin %7.1'inde EPDS puanlaması pozitif olarak tespit edilmiştir. EPDS puanlaması ile eşle iletişim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.01$). Doğum sonrası depresyon görülenlerde eşle iletişim düzeyinin iyi olma oranı, depresyon görülmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük; eş ile iletişim orta ve kötü düzeyde olanlarda depresyon görülme oranları ise depresyon görülmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (36). Bu durumu, Hindistan ve ülkemizde yapılan çalışmalar da benzer sonuçlarla bildirmiştir (25,24,39).

Çalışmaya katılan annelerin evlenme yaşları 15 ile 41 arasında değişmekte olup ortalama evlenme yaşı 21.81 ± 4.52 'dir. EPDS puanlaması ile evlenme yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir ($p > 0.05$). Adolesan annelerde doğum sonrası depresyon riski yüksek olarak saptanmıştır (40). Düşük anne yaşı PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Erken yaşta, 18 yaşından önce, evlilik yapan ve premenstrual semptomları olan kadınlarda depresyon oranı fazla bulunmuştur (33,26). Çalışmamızdaki katılımcıların evlenme yaş dağılımları ağırlıklı olarak küçük yaşta olmadığından adolesan

yaştaki annelerdeki risk faktörleri ile bağlantı saptanmamıştır.

Erkek eşlerin yaşları 20 ile 58 arasında değişmekte olup ortalama 31.56 ±6.23'dür. Erkek eşlerin öğrenim düzeyi durumuna göre bakıldığında; 104'ü (%56.8) ilköğretim, 35'i (%19.1) lise, 44'ü (%24) yüksekokul mezunu olarak tespit edilmiştir. Eşi ilköğretim mezunu olan 33 kadında, lise mezunu olan 12 kadında, yüksekokul mezunu olan 11 kadında EPDS puanlamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eş öğrenim düzeyi ile EPDS skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınlar eşlerinin çalışma durumuna göre incelendiğinde; 158 (%86.3) kadının eşinin düzenli işi olduğu, 25 (%13.7) kadının eşinin işsiz olduğu saptanmıştır. Eşi çalışan kadınların 44'ünde (%78.6), eşi çalışmayan kadınların 12'sinde (%21.4) EPDS puanlaması pozitif olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin 130 (%71.0)'u evlilikten memnuniyet durumunu iyi olarak, 50'si (%27.3) orta, 3'ü (%1.6) kötü olarak tariflemişlerdir. Evlilikten memnuniyet durumunu iyi olarak tarifleyenlerden 28'inde (%50.0), orta olarak tarifleyenlerden 25'inde (%44.6), kötü olarak tarifleyenlerin hepsinde 3 (%5.4) EPDS puanlaması pozitif olarak bulunmuştur. EPDS skorlaması ile evlilikten memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.01$). EPDS puanları yüksek olanlarda evlilikten memnuniyet düzeyinin iyi olma oranı anlamlı düzeyde düşük; evlilikten memnuniyeti orta ve kötü düzeyde olanlarda EPDS puanlaması anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Rutin postpartum ziyaretlerde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde anneler, eşle kötü iletişim, eş desteğinin olmaması, zayıf evlilik bağı yönünden değerlendirilmeli ve riskli görülen kadınlar ile ri tetkik ve müdahale için yönlendirilmelidir.

Eşi çalışmayan- işsiz olan kadınlarda EPDS puanlaması anlamlı düzeyde yüksek oranda saptanmıştır ($p<0.05$). İnandı'nın çalışmasında ev kadınlarında özellikle eşleri işsiz olan kadınlarda depresyon oranı oldukça fazla tespit edilmiştir (26). Yapılan diğer çalışmalarda eş işsizliğini PPD için risk faktörü olarak saptamışlardır (25,30). Düşük ekonomik statüdeki kadınlarda kötü yaşam koşullarının depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Fakirlik depresyon için kronik stresör faktör olarak belirlenmiştir. Özellikle ekonomik gelirleri eş çalışmasına bağlı olan kadınlardaki düşük gelir düzeyinin neden olduğu kötü yaşam koşulları depresyon için risk faktörü olarak saptanmıştır. PPD ile

ilişkili faktörler olarak; eş işsizliği, eş düşük eğitim seviyesi, kiralık evde oturma, önceki gebelikleri sırasında psikolojik ve diğer yaşamsal problemler olarak tespit edilmiştir (30).

Planlı gebelik açısından değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan annelerin 133'ü (%72.7) gebeliklerini planladıklarını, 50'sinin (%27.3) planlamadıkları saptanmıştır. Planlı gebelik geçirenlerin 35'inde (%62.5), planlanmamış gebelik geçirenlerin 21'inde (%37.5) EPDS puanlaması pozitif tespit edilmiştir. Planlanmamış gebeliği olanlarda EPDS skorları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Planlanmayan ve /veya istenmeyen gebeliklerin risk faktörleri olarak tespit edildiği birçok çalışma mevcuttur (41,42,24). Planlanmamış gebelik ve gebelik sırasında medikal takip yokluğu (isteksizliği) ile depresyon arasında anlamlı sonuç çıkmıştır (26). Yaptığımız çalışmada annelerin gebelikleri planlama açısından sorgulanmış olup istenmeyen gebelikler, ayrıntılı sorgulanmamıştır. Psikolojik hatta ekonomik ek yükümlülükler getirecek, yaşam tarzında değişikliklere neden olabilecek yeni bir gebelik annelerde ek bir stresör faktör olabilir. Üreme sağlığı ile ilgili annenin psikolojik ve bedensel sağlığını olumsuz etkileyecek diğer faktörler belirlenerek tarama testlerinin yapılması ve annelere üreme sağlığının korunması yönünde sağlık çalışanlarınca detaylı bilgilendirilme yapılmalıdır. Planlanmamış gebelik, düşük, kürtaj gibi jinekolojik sorunlar doğum sonrası depresyona eğilimi artırabilirler (43).

Çalışmaya katılan 70 (%38.3) anne bebekte cinsiyet tercihinde bulduklarını belirtmişlerdir. Bebekte cinsiyet tercihi yapmış annelerin 20'sinde (%35.4), cinsiyet tercihinde bulunmayan 36'sında (%64.3) EPDS puanlaması pozitif olarak saptanmıştır.

Bebegin cinsiyet tercihi durumuna göre EPDS puanlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir ($p> 0.05$). Çalışmamızda cinsiyet tercihi sorgulanırken erkek ya da kız bebek beklentileri ayrıntılı olarak sorgulanmamıştır. Cinsiyet tercihinde bulduklarını belirten anneler, bebek cinsiyetinin farklı sonuçlanmasının kendileri ve eşleri için bir sıkıntı yaratmadığını ifade etmişlerdir. Daha ayrıntılı bir yaklaşım altta yatan bastırılmış toplumsal örf ve annelere ait faktörleri ortaya çıkarabilir. Kız çocuğu sayısı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; 3 ve üzerinde kız çocuğu olan kadınlarda depresyon riski 2 kat fazla olarak tespit edilmiştir (26). Bir başka çalışmada da kız bebek doğurma risk faktörü olarak belirlenmiştir (38).

Yardımcı üreme desteği alan 15 anneden 6'sı üniversite mezunu, 4'ü lise, 4'ü ilkokul mezunu olarak tespit edilmiştir. EPDS skoru yüksek olan 3 annede diğer risk faktörlerinin de beraber olduğu tespit edilmiştir; birinci annenin kendisinde depresyon ve bebek kaybı sonrası depresyon hikâyesi (EPDS puanı 16), ikinci annenin kendisinde geçirilmiş PPD öyküsü (EPDS puanı 21), üçüncü annenin bebeğinde ciddi tıbbi hastalık (kalp yetmezliği) (EPDS puanı 22) bulunduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda; infertilite öyküsü, planlanmamış gebelik, düşük, kürtaj gibi jinekolojik sorunların doğum sonrası depresyona eğilimi artırdığı, ilk doğumunu yapanlarda da doğum sonrası depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (43,44). İnfertilite öyküsü olan ve yardımcı üreme desteği alan annelerin gebeliklerinin en başından itibaren sancılı bir süreç geçirmeleri depresyon semptomlarının ortaya çıkışında etkili olabilir. Bu bulgu bizim çalışmamızda desteklenmemiştir. Yardımcı üreme desteği ile gebe kalan anne sayısı 15 olarak tespit edilmiştir.

Bunlardan 7'sinde (%12.5) EPDS puanlaması yüksek olarak saptanmıştır. Yardımcı üreme desteği durumu ile EPDS skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$).

Çalışmada kadınların 154'ünde (%84.2) gebelikleri sırasında düzenli doktor takibi olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinde düzenli doktor takibi olanların 45'inde (%80.4), takibi olmayanların 11'inde (%19.6) EPDS puanlaması yüksek olarak saptanmıştır. Gebelikteki düzenli doktor takibi durumu ile EPDS puanlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir ($p > 0.05$). Planlanmamış gebelik ve gebelik sırasında medikal takip yokluğu ile depresyon arasında anlamlı sonuç çıkmıştır (26). Annelerin doktor takipleri sırasında fiziksel ve psikolojik yakınmalarını birebir hekime ve diğer sağlık çalışanlarına aktarması, sağlık problemlerinin daha erken aşamada teşhis edilerek tedavi edilmesine olanak sunar. Sağlık çalışanlarının yakın, destekleyici ve bilgilendirici tutumları, annelerin sosyal ve psikolojik uyumlarında iyileşme sağlayabilir. Ayrıca annenin annelik rolüne adaptasyonunu kolaylaştırır, ek olarak yenidoğan bakımı, sosyal yardım, pratik bilgiler ve eş desteğinin artırılması yönünde olumlu sonuçları vardır.

Gebelikte herhangi bir sağlık sorunu olmayan anne sayısı 109 (%59.6) olarak saptanmıştır. Hiperemesis 51 (%27.9), preeklampsi 15 (%8.2), diyabet 8 (%4.4) kadında tespit edilmiştir. Herhangi bir sağlık sorunu olmadığını belirten annelerin 27'sinde (%24.8), hiperemesis olduğu-

nu belirten annelerin 20'sinde (%39.2), preeklampsi olduğunu belirten annelerin 6'sında (%40.0), diyabet olduğunu belirten annelerin 3'ünde (%37.5) EPDS skorlaması yüksek olarak saptanmıştır. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu ile EPDS skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$). Josefs-son ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada gebeliğe bağlı aşırı bulantı ve preterm eylemin doğum sonrası depresyon için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (45). Literatürde gebelikte sağlık problemi, evde doğum, ölü doğum hikâyesi, bebekte sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca annelerin bebeklerine yeterli ölçüde olanak sunamadıkları inancının depresyon riskini fazlalaştırdığı bulunmuştur (26). Bizim çalışmamızda gebelikte yaşanan sağlık problemleri ile depresyon semptomları arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Gebelikte sağlık problemi, evde doğum, ölü doğum (doğumda bebek kaybı) depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Bebeğe sağlık probleminin depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (46). Prematür doğumlarda ve doğumdan sonra bebeklerini emzirmeyenlerde depresyon için riskin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (47).

Çalışmaya katılan annelerin 77'sinin (%42.1) gece, 106'sinin (%57.9) gündüz doğum yaptıkları saptanmıştır. Gece doğum yapanların 30'unda (%39.0), gündüz doğum yapanların 26'sında (%24.5) EPDS puanlaması yüksek olarak saptanmıştır. Gece doğum yapan annelerde EPDS puanlamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Gece doğum yapma özellikle acil sezaryen endikasyonu ile yapılan doğumun ciddi doğum travması yaratarak annelerin gebeliğe ve doğuma bakışlarını kötüleştirerek depresif semptomların ortaya çıkışına neden olabilir. Travmatik doğum yaşama PPD risk faktörleri arasında sayılmıştır (48).

Çalışmaya katılan 114 (%62.3) annenin normal doğum (NSD) yaptığı, 69 (%37.7) annenin sezaryen (C/S) yöntemi ile doğum yaptığı saptanmıştır. Normal doğum yapanların 32'sinde (%57.1), sezaryen yöntemi ile doğum yapanların 24'ünde (%42.9) EPDS puanlaması yüksek olarak saptanmıştır. Doğum şekli ile EPDS puanlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik görülmemektedir ($p > 0.05$). NSD ile doğum yapma risk faktörü olarak tespit edilmiştir (49,39). O'Hara çalışmasında acil C/S ile doğumu PPD için risk faktörü olarak belirtmiştir (50). İran'da yapılan bir çalışmada; sezaryen ile doğum yapanlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızda doğum şekli depresyon semptomlarının ortaya

çıkışında anlamlı risk faktörü olarak tespit edilememiştir.

Doğumda annede sağlık sorunu olan annelerde EPDS skorlaması anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelik ve doğum sorunları gibi faktörler doğum sonu depresyonun etiolojisinde yer almaktadır (51). Antenatal bakım yokluğu risk faktörleri arasında belirtilmiştir (52). Doğumda annede gelişen sağlık problemleri, bebeğin bakıma muhtaç olduğu bir dönemde gelişmesi özellikle, evlilik çatışmaları bulunan ve düşük ekonomik gelirli kadınlarda depresyon semptomlarının gelişmesine neden olabilmektedir.

Bebekte sağlık sorunu olduğunu belirten 13 (%7.1) anneden 11 (%84.6)'inde EPDS skorlaması yüksek olarak saptanmıştır. Bebekte sağlık sorunu olduğunu belirten annelerde, EPDS skorları arasında anlamlı düzeyde yüksek birliktelik olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Literatürde, bebekte sağlık sorunu, huzursuz bebek PPD için risk faktörü olarak belirtilmiştir (50). Diğer iki çalışmada doğum sonu depresyon için risk faktörleri olarak; multiparite, annenin bebekten sağlık problemi nedeniyle ayrılması, doğum sonrası tıbbi komplikasyonlar, bebeğin bakım problemleri olarak bildirilmiştir (36). Bizim çalışmamızda da bebekte gelişen sağlık problemlerinin annelerdeki depresyon semptomları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İki meta analizde prenatal depresyon, özgüven eksikliği, çocuk bakım stresi, prenatal anksiyete, yaşam stresleri, sosyal destek olmayışı PPD prediktörü olarak saptanmıştır (53).

Bebek bakımı durumuna göre EPDS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.01$). Bebek bakımı güç diyenlerde, bebeğe yeterince bakım veremediğini, ilgi gösteremediğini belirtenlerde EPDS puanlamaları anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır, bu veri yapılan diğer çalışmalarda da desteklenmiştir (36,54,55). Bebek bakımı güç olarak belirten 80 (%43.7)

anneden 42'sinde (%75) EPDS puanlaması yüksek olarak saptanmıştır. Huzursuz bebek ve bakımı güç bebekle uğraşmanın doğum sonu depresyonu artırdığı belirtilmiştir (50).

Bebeğini emzirmeyen kadınlarda EPDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek birliktelik saptanmıştır ($p < 0.01$). Bebeğini emzirmediğini belirten 18 (%9.8) kadından 11'inde (%19.6) EPDS puanı yüksek olarak saptanmıştır. Anne sütü veren kadınlar, kendine ayıracak zamanlarının çok az oluşu, emzirme nedeniyle uykusuz kalmaları, ilaç kullanmaları gerektiğinde bebeğe zararı olacak endişesi duymaları gibi nedenlerle kolaylıkla negatif duygu durumuna girebilirler (56,57). Prematür doğumlarda ve doğumdan sonra bebeğini emzirmeyenlerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (43). Bir çalışmada; yalnız biberonla beslemenin doğum sonrası depresyon için risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir (57).

Postpartum depresyon semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen majör depresif epizoda benzer, ancak zamanlaması özellikle risklere duyarlı süt çocukluğu dönemine getirdiği yük, anne- çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemesi ve uzun dönemde yarattığı ciddi etkiler nedeniyle bir halk sağlığı problemidir. Risk grubu olarak kabul edilen kadınların gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde yakından izlenmeleri, ruh sağlığı çalışanları dışında kadın doğum uzmanlarının, birinci basamak hekimlerinin, ebe-hemşire gibi yardımcı sağlık personelinin hastalık konusunda bilgilendirilmeleri, anne adaylarının eğitilerek biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden karşılaşacakları değişikliklere hazırlanmaları, destek kaynaklarının harekete geçirilmesi, başlıca erken tanı girişimleri ve önleyici girişimler arasında sayılabilir. Tanı koyma ve tedavi ile aile birliğinin korunması, sağlıklı çocuk ve gelişim oranı artırılır.

KAYNAKLAR

1. The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization. 2001 ; p. 30.
2. Piognone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screen-Screening for depression in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136: 765-776.
3. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: detection, diagnosis and treatment. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1993; 31: 19-28.
4. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess 2005; 119:1-8.
5. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. BMJ 1998; 316: 1884-1886.
6. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. Science 1995; 269: 799-801.
7. Gülseren L. Postpartum depression: A review. Turkish Psychiatric Journal 1999; 10: 58-67.
8. 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; p.243-257.
9. Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. Nurs Res 2001; 50: 155-164.

10. Weissman MM, Feder A, Pilowsky WJ, et al. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *J Affect Disord* 2004; 78: 93-100.
11. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997; 77: 99-101.
12. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12: 12-20.
13. Wolkind S. Mother's depression and their children's attendance at medical facilities. *J Psychosom Res* 1985; 29: 579-582.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
15. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh postpartum depression scala Turkish form of validity and reliability study. Spring Symposias, 1. Book, Psychiatric Association Publications. Ankara. 1996: p. 51-52.
16. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 428-432.
17. Glasser S, Barell V, Shoham A, et al. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort; prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 155-164.
18. Wickberg B, Hwang CP. Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 62-66.
19. Luo Y, He GP. Correlative analysis of postpartum depression. *Zhong Nan Da Xue Bao Yi Xue Ban* 2007; 32: 460-465.
20. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 4: 7-11.
21. Piyasil V, Pichaiyut P. Postpartum depression in the mothers of preterm infants at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai*. 2011; 94: 91-94.
22. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med* 2006; 51: 955-960.
23. Dündar PE. A semi urban area postpartum depression prevalence and risk factors. 8. National Public Health congress. 2002; 862-865.
24. Kuşçu MK, Akman I, Karabekiroğlu A, et al. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: the impact of maternal attachment styles and family support. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29: 33-38.
25. Aydın N, İnandı T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health* 2005; 41: 1-12.
26. İnandı T, Elçi O, Öztürk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1201-1207.
27. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, et al. Depression symptoms in the postpartum period, clinical and sociodemographic risk factors. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14: 252-257.
28. Righetti -Veltema M, Conne-Perreard E, Bosquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70: 291-306.
29. Dennis C, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 338-346.
30. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. Prevalence of postpartum depression in Edirne, Turkey and related factors. *J Reprod Med* 2004; 49: 908-914.
31. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 594-599.
32. Kennedy H, Beck C, Driscoll J. A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47: 318-330.
33. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002; 37: 125-129.
34. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord* 2007; 100: 115-121.
35. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26: 135-141.
36. Baker J, Mancosa M, Montenegro M, Lyons BA. Treating postpartum depression. *Phys Asist* 2002; 26: 37-44.
37. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* 2006; 11: 425-431.
38. Dindar İ and Erdoğan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Public Health Nurs* 2007; 24: 176-183.
39. Patel V, Rodrigues M, De souza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-47.
40. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care* 2007; 21: 289-298.
41. Kısa C, Yıldırım SG. Pregnancy, postpartum periods and mental disorders. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 2004; 12: 3-6.
42. Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 274-279.
43. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, persistence and correlates of depressive symptoms in a national samples of mothers of toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1316-1323.
44. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing, health and mother-child relationships. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 231-257.
45. Josefsson A, Angeliö L, Berg G, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 223-228.
46. İnandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 725-730.
47. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 777-780.

48. Tamam L, Aydın H. Postpartum depresyonda kültürel faktörler. 2006;15:291
49. Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J. Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Cult Med Psychiatry* 2007; 31: 101-122.
50. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 569-573.
51. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13: 635-638.
52. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, et al. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 69-74.
53. Beck CT. Predictors of postpartum depression; an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275-285.
54. Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from the Ontario mother and infant survey. *BMC Fam Pract* 2002; 11: 3-5.
55. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female lifecycle. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 9-15.
56. Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in the Collaborative Obstetric Practice. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52: 429-434.
57. Mezzocappa ES. Breastfeeding and maternal stress response and health. *Nutr Rev* 2004; 62: 261-268.