

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN  
HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİNDE DOĞAN  
BEBEKLERİN BABALARINDA DOĞUM SONRASI  
DEPRESYON ORANININ EDİNBURGH DOĞUM SONRASI  
DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANILARAK BELİRLENMESİ**

**Dr. Ayşegül CÖMERT OKUTUCU**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER**

**ANKARA  
2013**

# KABUL VE ONAY

## ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	:Ayşegül Cömert OKUTUCU
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER
Tarih: 24/ 12 / 2013	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniğinde Doğan Bebeklerin Babalarında Doğum Sonrası Depresyon Oranının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Belirlenmesi	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
<i>Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız</i>	

### Jüri Başkanı

Prof.Dr.Mehmet UNGAN  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

### Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Selda TEKİNER  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Başkanı

### Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

## TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim süresince üyesi olmaktan büyük mutluluk ve gurur duyduğum Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ailesi'nin tüm fertlerine, mesleki bilgi ve tecrübelerini daima bizlerle paylaşan anabilim dalı başkanımız Yrd. Doç. Dr. A. Selda TEKİNER'e; tez konusu seçiminden basım aşamasına kadar bütün aşamalarda büyük katkı ve desteğini esirgemeyen, mesleksi ve özel yaşamımda da örnek aldığım, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen CEYHUN PEKER'e; asistanlığımın son yılında tanıma şansını yakaladığım Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a,

Klinik bilgileri yanında, hayattaki deneyimlerini de bizlerle paylaşan, her zaman aile olduğumuzu hatırlatan uzmanlarımız; Uzm. Dr. Zehra DAĞLI, Uzm. Dr. Filiz AK, Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU ve Uzm. Dr. Serpil İNAN'a,

Asistanlık hayatındaki iyi kötü tüm süreçleri omuz omuza yaşadığım başta Dr. Gülseren LALE, Dr. Neslihan ÖVET ve Dr. Zeynep BAYRAKTUTAR olmak üzere, beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu zorlu süreçte de fedakarlıkları ve destekleriyle yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Her durumda yanımda olduğunu hissettiren, yol arkadaşım, dostum, meslektaşım, sevgili eşim Dr. Tolga Muharrem OKUTUCU'ya ve sarılınca tüm sıkıntılarımı unutturan, varlığıyla dünyamı aydınlatan, yaşam sevincim, canım oğlum Bulut'a sonsuz teşekkürler...

**Dr. Ayşegül CÖMERT OKUTUCU**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No:

TEŞEKKÜRLER .....	i
İÇİNDEKİLER .....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
TABLOLAR DİZİNİ .....	vi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. DEPRESYON .....	2
2.1.1. Belirtiler .....	3
2.1.2. Sıklık.....	4
2.1.3. Klinik .....	4
2.1.4. Risk Faktörleri .....	7
2.1.5. Etyoloji.....	8
2.1.6. Tanı .....	8
2.1.7. Depresyon Alt Tipleri .....	10
2.1.8. Depresyon Tedavisi .....	12
2.2. DOĞUM SONRASI ORTAYA ÇIKAN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI .....	13
2.2.1. Annelik Hüznü.....	14
2.2.2. Doğum Sonrası Depresyon .....	15
2.2.2.1. Sıklık .....	17
2.2.2.2. Belirtiler .....	17
2.2.2.3. Risk Faktörleri.....	18
2.2.2.4. Etyoloji.....	21
2.2.2.5. Klinik .....	23
2.2.2.6. Etkiler-Sonuçlar .....	24
2.2.2.7. Tanı .....	25
2.2.2.8. Tedavi.....	26
2.2.3. Postpartum Psikoz.....	28
2.3. BABALARDA DOĞUM SONRASI DEPRESYON .....	30

2.3.1. Tanım .....	30
2.3.2. Sıklık .....	31
2.3.3. Annedeki Postpartum Depresyon ile İlişkisi .....	31
2.3.4. Etyoloji-Risk Faktörleri .....	32
2.3.4.1. Biyolojik Risk Faktörleri .....	33
2.3.4.2. Çevresel-Psikososyal Risk Faktörleri .....	34
2.3.5. Klinik .....	35
2.3.6. Sonuçlar-Etkileşimler .....	36
2.3.7. Tanı .....	38
2.4. BİRİNCİ BASAMAKTA RUHSAL HASTALIKLAR .....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	43
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....	43
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ .....	43
3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM .....	43
3.4. DIŞLANMA KRİTERLERİ .....	44
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI .....	44
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	44
3.5.2. Uygulama .....	46
3.6. İSTATİSTİK ANALİZİ .....	47
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU .....	48
4. BULGULAR .....	49
5. TARTIŞMA .....	62
6. SONUÇLAR .....	75
7. ÖNERİLER .....	78
8. KISITLILIKLAR .....	79
ÖZET .....	80
SUMMARY .....	81
KAYNAKLAR .....	82

## SİMGELER VE KISALTMALAR

- CES-D : Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği  
DSM-IV : Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı-4  
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü  
EDDÖ : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği  
HDDÖ : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği  
ICC : Sınıfıçı Korelasyon Katsayısı  
ICD : Uluslararası hastalık sınıflaması  
MD : Major Depresyon  
OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk  
WONCA : Dünya Aile Hekimleri Örgütü

## TABLULAR DİZİNİ

**Sayfa No:**

<b>Tablo 3.1.</b> Sosyodemografik Bilgi Formunda Sorgulanan Özellikler .....	46
<b>Tablo 4.1.</b> Babaların Sosyodemografik Özellikleri .....	49
<b>Tablo 4.2.</b> Babaların Kronik ve Psikiyatrik Hastalık Öyküleri .....	50
<b>Tablo 4.3.</b> Mevcut Gebelikle İlgili Özellikler .....	51
<b>Tablo 4.4.</b> Planlı Gebelik – Yaş Arasındaki İlişki .....	51
<b>Tablo 4.5.</b> Babaların Sosyal İlişki Özellikleri .....	52
<b>Tablo 4.6.</b> Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları .....	52
<b>Tablo 4.7.</b> ROC Analizinden Elde Edilen EDDÖ Kesme Değeri ve Bu Değere Ait Oranlar .....	53
<b>Tablo 4.8.</b> İlk Görüşmedeki Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Spearman Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi .....	53
<b>Tablo 4.9.</b> İkinci Görüşmedeki Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Spearman Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi .....	54
<b>Tablo 4.10.</b> Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi.....	54
<b>Tablo 4.11.</b> Depresyon Oranları .....	55
<b>Tablo 4.12.</b> Babaların Kişisel Özelliklerinin EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması- 1 .....	56
<b>Tablo 4.13.</b> İlk Kez Baba Olanlarda Depresyon Oranları .....	56
<b>Tablo 4.14.</b> Babaların Kişisel Özelliklerinin EDDÖ Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması- 2 .....	57
<b>Tablo 4.15.</b> Babaların Hastalık Öyküleri ile EDDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 4.16.</b> Mevcut Gebelikle İlgili Özelliklerin EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 4.17.</b> Babaların Sosyal İlişki Özellikleri ile EDDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	60

<b>Tablo 4.18.</b> EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırıldığında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi .....	61
<b>Tablo 5.1.</b> Farklı Araştırmalarda Babalarda Bulunan Depresyon Oranları .....	63
<b>Tablo 5.2.</b> EDDÖ İçin Farklı Kesme Puanı Kullanan Çalışmalar .....	66



# 1. GİRİŞ

Depresyon sık gözlenen bir toplum sağlığı problemidir. Sadece depresyona giren kişi ve yakın çevresini değil; sosyal ve ekonomik açıdan tüm toplumu ilgilendiren bir sorundur. Kadınlarda depresyon yaygınlığı erkeklerden iki kat daha fazladır. Kadınlar için özel bir dönem olan gebelik ve sonrası; heyecanla beklenen mutlu bir yaşam olayı olmakla birlikte, anneliğe geçişin yaşandığı, yeni rol ve sorumlulukların üstlenildiği stresli bir dönemdir. Bazı annelerde bu stresli dönemde doğum sonrası depresyonu görölmektedir. Ülkemizde ve dünyada annelerde doğum sonrası depresyonu ile ilgili pek çok çalışma yapılmış ve bu konunun önemi vurgulanmıştır.<sup>1,17,22,31,34,35,43,44,49</sup> Bu dönem anneyi etkilediği kadar babayı da etkilemekte, babada da bir takım ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Fakat babalar ile ilgili bu konuda daha az çalışma yapılmış, ölkemizde ise yalnızca bir çalışmaya rastlanılmıştır.<sup>2</sup> Çocukların sosyal ve bilişsel gelişiminde annelerin, babaların ve onların içinde buldukları psikolojik durumların büyük rolü vardır. Bu doğrultuda babaları da doğum sonrası dönemde ruhsal açıdan takip etmek ve desteklemek gerekmektedir. Bu konudaki açığın giderilmesi için öncelikle birinci basamak sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve tutumları artırılmalı, doğum sonrası dönemde annelerle birlikte babaların durumu da yakından takip edilmelidir. Biz de bu çalışma ile babalardaki doğum sonrası depresyon oranını ve bu oranda etkili olan faktörleri belirlemeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. DEPRESYON

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Sadece hasta olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlar.<sup>1</sup> Birçok sağlık probleminde gelişen bilim ve teknoloji sayesinde çözüm bulunurken yine gelişen bilim ve teknoloji nedeniyle farklı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu gelişmeler sonucu doğan hızlı yaşam biçimi yanında, ekonomik belirsizlik, işsizlik gibi sosyal faktörlerin de yol açtığı ruhsal problemler gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ruhsal problemler içinde, son yıllarda adından daha da çok söz edilen, gündelik yaşamın içine giren ve bireylerin yaşam enerjisini tüketen bir sorun olarak depresyonun görülme sıklığı da artmıştır.<sup>2</sup> Bu artışın nedeni, teknolojik yaşamın getirdiği hız, bu hıza uyum sürecinin bireylerde aşırı zorlanmaya yol açması ve yaşanan küresel, bölgesel ekonomik krizlerin varlığıdır. Bunun yanında, artık konunun kişiler tarafından bir sağlık sorunu olarak algılanması ve bu şikayet ile hekime başvurulmasıdır. Depresyon oranındaki bu artış sadece depresyondaki bireyi ve yakın aile çevresini etkilemekle kalmayıp, ekonomik ve sosyal kayıplara da neden olarak tüm toplumu etkilemektedir.<sup>3</sup> Eşlik eden depresyonu olup fiziksel hastalıklarından dolayı tedavi gören hastaların sağlık giderlerinin; depresyonun eşlik etmediği hastaların giderlerinden yaklaşık %36 oranında daha fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>2,4</sup> Depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceği ve kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır.<sup>5</sup> Duygu durum bozuklukları, 2500 yıldan beri insanoğlunun en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmış olmasına rağmen, yakın zaman içerisinde toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu dördüncü sıraya koymuştur.<sup>2</sup>

Tüm Dünya’da yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. Her dört kişiden birisi hayatı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır.<sup>6</sup> Ruhsal bozukluklar topluma psikolojik, sosyal ve ekonomik yük getirmenin yanında, fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır.<sup>7</sup> Dünyada sakatlık ve

prematür ölüme sebep olan ilk on nedenin beş tanesi psikiyatrik bozukluklar olup erişkin popülasyonun %10'unda ruhsal bozukluk mevcuttur.<sup>8</sup> DSÖ'nün 2003'te yayınladığı Dünya Sağlık Raporuna göre; depresyonun nöropsikiyatrik etkenlerin arasında en önemlisi olduğu ve 15 yaş üzeri bireylerde depresyon sonucunda sakatlık ile geçirilen yaşam yılının (Years Lived with Disability -YLD) %36'ı oranında olduğu belirtilmektedir (DSÖ 2003). Depresyon yaşlı, erişkin, genç, çocuk ayrımı yapmaksızın her yaş grubundan bireylerin yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmekte, uygun tedavi edilmemesi durumunda ise tekrarlayabilmektedir.<sup>9,10</sup> Yaşamın her döneminde ve her yaşta görülebilmekle beraber özellikle 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen ruhsal bir sorundur. Depresyon, aşağı doğru bastırma anlamına gelen Latince “depressus” kelimesine karşılık kullanılan bir terimdir. Depresyon ifadesi tıbbi literatürde, bireylerde genel bir mutsuzluk, ilgisizlik, bitkinlik, aşırı hüznün ve kederli olma, zevk alamama, içe dönüklük, sosyal yaşamdan uzaklaşma, değersizlik, işe yaramama duygusu gibi belirtileri içeren bir durumdur. Genel anlamda derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.<sup>11</sup> Beklenmeyen yaşam olayları ve ani gelişen travmalar karşısında bireylerin duygu durumlarında değişimler ortaya çıkmaktadır. Depresif duygu durumu her insanın zaman zaman özellikle yaşadığı engellemelere ve olumsuz yaşam olaylarına karşı hissettiği bir duygulanım biçimidir. Bu süreklilik göstermeyen durum genellikle işlevsellikte ve kişiler arasındaki ilişkide bir duraklama veya bozulmaya yol açsa da kısa süre içerisinde düzelmektedir. Bu duygu durumunun uzun süre devam etmesi ve beraberinde bilişsel, motor, yaşamsal işlevlerin bozulması ile majör depresif bozukluk ortaya çıkmaktadır.<sup>12</sup>

### **2.1.1. Belirtiler**

Depresyon emosyonel alanda disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete; kognitif alanda değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede

retardasyon, varsanılar, sanrılar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları; vejetatif alanda enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri; sosyal alanda toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleksi işlevlere karşı ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur.<sup>13</sup>

### **2.1.2. Sıklık**

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlarda %10- 25, erkeklerde ise %5-12 arasındadır.<sup>131</sup> Depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığı, hatta bu artışın depresyonun dünyadaki en ölümcül hastalıklar içinde ilk üç hastalık arasına girmesine yol açtığı belirtilmektedir.<sup>14</sup>

### **2.1.3. Klinik**

Sabah kalktığında kişi kendini asla dinlenmiş hissetmez. Sabahları bulgular daha belirgindir, gün içinde yavaş yavaş düzelmeye olsa da asla tam bir rahatlık olmaz. Çökkünlük, karamsarlık, kederli ve elemli hissetme, yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kendini değersiz ve işe yaramaz hissetme, sürekli kötümser düşünceler ve kötü bir şeylerin olacağını hissetme, çevresine ve kendi kişisel bakımına karşı ilgi azlığı gibi bulguların varlığı ve sürekliliği ile karakterizedir. Nedensiz iç sıkıntısı olarak tanımlanan, anksiyete duygusu, depresyonun temel özelliği olmamasına rağmen depresif duygu durumu ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir. Hastalar kendilerini gergin hissederler ve hiçbir şekilde rahatlayamazlar. Gereksiz yere öfke dışı vurumu, çevresindeki bireylere ya da kendine zarar verme görülebilir. Anksiyeteye genelde çarpıntı, göğüste ağrı, terleme gibi bedensel belirtiler eşlik edebilir. Sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ya da hiç konuşmama (mutizm) gibi düşünce sürecinde ve akışında bozukluklar görülür. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde düşünce içeriğinde bozulmalar olabilir. Suçluluk düşünceleri sanrı düzeyinde olabilir. Hipokondriyak

uğraşlar görülebilir. Bu nedenle depresyon fark edilemeyebilir. Hipokondriyak uğraşların olması hastalığın gidişi ve sonucu için de olumsuz bir göstergedir. Obsesif uğraşlar, intihar düşünceleri olabilir. Konsantrasyon güçlüğü, istemli ya da istemsiz (spontan) dikkat azlığı ve unutkanlık en sık görülen belirtilerdir. Bellek daha çok öznel olarak bozulur. Unutkanlık hastaların dikkatini ve düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırınamaması ile ilgilidir. Ağır seyreden depresyonlarda ve yaşlılarda izlenen depresyonlarda bilişsel bozukluklar (psödodemans) demans ile karıştırılabilir. İkisi arasındaki fark depresyondaki hastanın unutkanlığından sıkıntı duyup yakınması iken, demans hastasının bunu geçiştirmeye çalışması ve öyküler uydurarak (konfobulasyon) bu konuları kapatmaya çalışmasıdır. Nadiren varsanı (halüsünasyon) ve yanılsama (illüzyon) gibi yaşantılar izlenir. Algısal bozukluğun içeriği çoğunlukla depresif duygu durum ile uyumludur.<sup>15,16</sup> Enerji azalmasına bağlı; yorgunluk, bitkinlik, iştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı, cinsel ilgide azalma, ereksiyon zorluğu, ejakülasyonun gerçekleşmemesi veya empotans görülebilir. Depresyon tanısı alan hastaların %90'ında uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur. Gece uykusunun sürekliliği de bozulur. Hastaların bir kısmı alışlagelmiş uyanma saatlerinden 2-3 saat daha önce uyanırlar. Yaş ilerledikçe uyku düzensizliği sıklığı artar. Hastaların küçük bir kısmında (%20) ise aşırı uyuma görülür.<sup>17</sup> Psikomotor yavaşlama (retardasyon) genç hastalarda yaşlılara oranla daha sıktır. Psikotik ve melankolik tip depresyonlarda, bipolar bozukluğun depresyonunda daha sık görülür. Çoğunlukla toplumsal geri çekilme ile birliktedir. Hastanın kamburu çıkmış bir biçimde oturduğu gözlenir.<sup>18</sup> Psikomotor hareketlilik (ajitasyon) hastanın yaşadığı anksiyetenin motor davranışlarla dışavurumudur.

Depresyon belirtileri günler ve haftalar içinde gelişir. Çoğu zaman da depresyon nöbeti, olumlu-olumsuz bir yaşam olayını (yakının kaybı, boşanma, doğum gibi) takiben hızla gelişebilir. Depresyonda erken belirtiler, genellikle yaygın bunaltı, yorgunluk, enerji kaybı ve uykusuzluk biçiminde olup bunu temel belirti olan çökkün duygu hali izler. Bu durum, sabit bir hüznün, kasvetlilik duygusu, neşesizlik, umutsuzluk, karamsarlık ve gülmeyi güç ya da imkansız kılan duygusal tepki vermede kısıtlılık halidir.

Ağır bir biçimde çökkün duygulanım major depresyon (MD) için son derece karakteristiktir. Hastalar için hayat anlamsız ve gelecek umutsuz olup bu durum hiç düzelmeyecektir. Sosyal geri çekilme ile birlikte ağlamaklı konuşma, özensiz giyinme, kırık alın, üzüntülü yüz ifadesi, düşük omuzlar, kamburumsu, öne bakan görünüm tipik depresyonlu beden görünümüdür. Hareketler ve her türlü dışa vuran davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Çok ağır durumlarda bazen hasta ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir, ilişki kurmak zor olabilir. Kadınların %75'inde, erkeklerin hemen hemen yarısında psikomotor ajitasyon görülür ve hastalar bunu yerinde duramama, tedirginlik ve devamlı gezinme şeklinde dışa yansıtırlar. Çekirdek belirtiler olan depresif duygu durumu ve anhedoni, kültürden bağımsız olarak tüm toplumlarda görülmektedir. Buna karşılık gelişmiş, modern, batılı toplumlarda suçluluk duyguları ve intihar düşüncelerinin, az gelişmiş, batılı olmayan toplumlarda ise somatik yakınmaların daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Batılı olmayan toplumlarda depresyonun sıklıkla bedensel yakınmalarla seyrettiğı ve özkıyım oranının batıdaki oranlara göre daha düşük olduğu bilinmektedir.<sup>19</sup>

Gelişmekte olan ölkelerde depresyonlu hastalar daha çok ağrı, hazımsızlık, uykusuzluk, kabızlık, kilo verme, cinsel işlev bozukluğu, bitkinlik gibi bedensel ve işlevsel belirtilerden yakınmaktadırlar. Yine bu ölkelerde, depresyonlu bireylerin bir kısmında paranoid hezeyanlar da görülmektedir.<sup>20,21</sup> Batı toplumlarında ise intihar oranı daha sıktır, örneğın ABD'de yılda yaklaşık 50.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar, bütün yaş grupları ve bütün ölüm nedenleri göz önünde bulundurulduğında 7. sıradaki ölüm sebebidir. İstatistik sonuçlarına göre tekrarlayıcı MD'si olan ve tedavi edilmeyen hastaların %5-15'i intihar ile ölmektedir. İntihar sadece intihar edeni yok eden bir eylem değildir, aynı zamanda akrabalar, dostlar ve çalışma arkadaşları üzerinde de etkilidir. MD'den kaynaklanan konsantrasyon ve dikkat bozukluklarının sebep olduğu kazaların sonucunda da ölüm ortaya çıkabilmektedir. MD'li hastalarda alkol kötüye kullanımı ve sigara içimi sık görülür ve her ikisi de sağlık problemlerini arttırıcı özelliklerdir. MD'li hastalar sıklıkla uykularını düzeltmek ve kendi kendilerine yardım etmek amacıyla alkol kullanabilirler. Trajik olan, alkolün geçici rahatlama sağlamasına rağmen altta yatan depresyonu ağırlaştırması sebebiyle kısır bir döngüye sebep olabilmesidir.<sup>22</sup> Depresyon yalnızca bireyi olumsuz etkilemez, aile, evre ve ekonomik üretkenliğı de

olumsuz etkiler, bu nedenle depresyonlu hastalar erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir.<sup>20</sup>

#### 2.1.4. Risk Faktörleri

**Cinsiyet:** Cinsiyetler arasındaki fark ergenlik döneminde daha belirgindir. Kadınların oranının erkeklere göre daha fazla olmasının nedenlerine bakıldığında; kadınların yaşam ve aile içerisindeki rollerin, sorumluluğun çoğunu üstlenmiş olması, kadınların sağlık kuruluşlarına yardım almak için daha sık gelmesi ve böylece daha kolay tanı almaları gibi durumlar sayılabilir.<sup>23,24,25,26</sup> Kadınlar minor depresyon için de hekimlere başvururken erkekler daha çok ağır depresyonda ve genellikle aile zoru ile doktora başvurmaktadır.<sup>24</sup>

**Yaş:** Depresyonun yoğun yaşandığı dönem, orta yaş dönemi özellikle de 25-55 yaşlar arası olarak kabul edilir. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar depresyonun 20'li yaşlara doğru iniş gösterdiğini ve 2020-2030 yıllarında dünya genelinde genç nüfusun depresyon yaygınlığının daha da artacağı ihtimalini vurgulamaktadır.<sup>27</sup> Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır.<sup>23</sup>

**Evlilik Durumu:** Depresyon evli olma arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerde evlilikle birlikte depresif belirtilerde azalma olduğu, kadınlarda ise evlilikle birlikte depresif belirtilerde artış olduğu belirtilmiştir.<sup>28</sup>

**Sosyoekonomik Durum:** Önceki yıllarda depresyon risk grubu içinde çok fazla değerlendirilmeyen sosyo-ekonomik faktörler, son yıllarda yaşanan küresel ekonomik sorunlar, işsizlik gibi faktörler nedeniyle daha fazla göz önüne çıkmıştır.

**Sosyal Destek:** Kişilerarası ilişkileri, aile ve arkadaşlık bağları güçlü bireylerin; travma, beklentisiz yaşanan durumlar, ani kayıplar, duygu durumunda dalgalanmayı tetikleyecek kötü olaylar karşısında sosyal destekleri olduğunda daha kısa sürede ve daha az zarar görerek normal yaşamlarına döndükleri görülmüştür.<sup>29,30,31</sup> Diğer taraftan sosyal desteği az ya da hiç olmayan bireylerde içe dönüşün, kaygı ve anksiyete artışının daha fazla olduğu, yaşam kalitesinde düşüş

olduğu, depresif belirtilerin hem daha yoğun hem de daha uzun süre yaşandığı belirtilmiştir.<sup>32</sup>

### 2.1.5. Etyoloji

**Biyolojik Etkenler:** Depresyonun temelinde en yaygın bilinen ve en çok yeri olduğu düşünölen biyojenik aminler, norepinefrin ve serotonindir. Özellikle seratonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır. Bunun yanında parkinson gibi bedende dopamin konsantrasyonunda azalmaya yol açan hastalıklarda da depresyon daha yaygın olarak görölmektedir.<sup>29,33,34</sup> Adrenal, tiroid ve büyüme hormonları da duygu durum bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır. Biyolojik araştırma bulguları duygu durum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinden kaynaklandığı kuramını desteklemektedir.<sup>16,35,36</sup>

**Psikososyal Etkenler:** Evlilik, anne ya da baba olma, iş yerinde terfi etme, bir sınavı başarma, yeni bir eve taşınma, başka şehire gitme gibi kendi isteğiyle de olsa uyum yapmayı gerektiren, olumlu yaşam olaylarının varlığı ya da birkaç olayın bir anda ortaya çıkması gibi durumlar da depresyon görölebileceği belirtilmektedir.<sup>18</sup>

Sosyal rol kaybı, emekli olma, işten çıkarılma, çok yakın birinin ani hastalığı ya da ölümlü gibi olumsuz yaşam olayları yanında ekonomik kriz yaşama, iflas etme, işsiz kalma gibi durumlar da depresyona yol açabilir. Kanser tanısı almak, kronik ya da metabolik hastalıkların ortaya çıkması, yaşlılığa bağlı gelişen kırıklar, tansiyon gibi sağlık sorunlarının artması da depresyona neden olabilmektedir.<sup>2</sup>

### 2.1.6. Tanı

Depresif semptomatoloji sadece psikiyatri alanında değil, aile hekimliği pratiğinde de sık karşılaşılan belirtiler kümesidir. Bu belirtiler kümesi bazen tek başına bir hastalık tablosu oluştururken bazen de başka psikiyatrik ya da tıbbi hastalık tablolarına eşlik eder.

Depresyondaki duygu durum çökkünlüğü sıradan günlük olayların ya da bir kaybın neden olduğu üzüntü ve yas halinden farklı bir durumdur. Olağan üzüntü ya da yas yaşayan insanlarda da duygu durum çökkünlüğü görölür. Ancak bu kişiler



eğlenceli bir durum karşısında ya da iyi bir haber aldıklarında geçici de olsa zevk alabilirler, neşelenebilirler ve duruma uygun duygusal tepkiler verebilirler. Oysa depresif hastalarda bu mümkün değildir. Duygulanımları sürekli olarak çökkündür. Bu iki tablo arasındaki bir diğer fark işlevsellikle ilgidir. Olağan üzüntü ve yas durumu kişide hissedilir bir işlev kaybına neden olmazken, depresyondaki kişide belirgin işlev kaybı vardır.<sup>37</sup>

MD tanısı için DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) kriterlerine göre belirtilerin ya hastanın kendisi tarafından bildirilmesi (üzüntü ya da boşlukta hissetme) ya da hastadaki ağlamaklı durumların başkaları tarafından gözlenmesi ile birlikte hastada hemen her gün görülen ve gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı belirgin ilgi azalması ya da hastanın etkinliklerden eskisi gibi zevk alamıyor olması yanı sıra aşağıda liste halinde belirtilen kriterlerden; beş ya da daha fazlasının, en az iki haftalık bir süreçte, hemen her gün görülmesi gerekir.

- 1- Ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygu durum,
- 2- Tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,
- 3- Hemen her gün diyet uygulamaksızın anlamlı kilo yitimi/ kilo alma ya da hemen her gün iştahta azalma veya artma,
- 4- Hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
- 5- Psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,
- 6- Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
- 7- Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
- 8- Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,
- 9- Yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.<sup>38</sup>

### 2.1.7. Depresyon Alt Tipleri

Depresyon, belirtilerin şiddetine göre hafif, orta, şiddetli olarak ayrılabilir. Şiddet düzeyine bakılmaksızın psikotik özellik taşıyıp taşıyamaması da bir sınıflandırma şeklidir. Tek atak olması, parsiyel ya da tam remisyonda olması, kronikleşmesi de zamana ve oluş şekline göre çeşitlidir. DSM-IV şiddet, psikoz ve remisyon kriterleri dışında semptom özelliklerine göre alt tipleri tanımlamıştır. Buna göre depresyon

- 1- Atipik
- 2- Melankolik
- 3- Katatonik
- 4- Postpartum başlangıçlı olarak sınıflandırılmıştır.

Bunların dışında, bazı kaynaklarda depresyon çeşitleri arasında mevsimsel depresyona da rastlanmaktadır.

**1-Atipik depresyon:** Maskeli depresyon olarak da adlandırılır. Depresyonun klinik görünümü içinde ayaktan başvuran major depresif bozukluğu olan hastalarda atipik özellikler en yaygın olanıdır. Endojen olmayan, gün içinde değişim gösterebilen, anksiyete, fobik, histerik ya da obsesif belirtilerin yanında akşamları artan depresif duygular, uyku düzensizliği, cinsel sorunlar, iştah veya kilo artışı, uykusuzluk, madde ve alkol bağımlılığı olan depresyon tipidir. Güncel tanım atipik depresyon kavramını, psikotik ve melankolik özellikler göstermeyen major depresif bozukluktan distimiye kadar depresyonlarda bir klinik belirleyici konumuna yerleştirmiştir. Zorunlu ölçüt duygu durumunda tepkiselliktir; diğer belirtiler arasında, hipersomni, ağır paralizi (külçe gibi olma) ve işlevselliği bozacak düzeyde reddedilmeye duyarlılık bulunmaktadır. Atipik özellikli majör depresif hastalar diğerleri ile karşılaştırıldıklarında depresif dönemin daha erken başladığı, psikomotor retardasyonun daha belirgin olduğu, daha sık panik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı tanısı aldıkları görülür. Psikiyatri kliniklerinde atipik özellikler tüm depresyonların 1/3'ünde bulunmaktadır. Avrupa kaynaklı geniş bir alan çalışması olan Zürih Cohort çalışmasında ise genel toplumda atipik özellikler gösteren major depresif bozukluk %4,8, atipik özellikler

gösteren depresif sendrom ise %7,3 olarak elde edilmiştir. Atipik özellikler gösteren depresyon kadınlarda erkeklerden 5 kat daha fazla görülmektedir. Atipik depresyon bulunan kişilerde çekingen kişilik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ya da sosyal fobi daha yüksek oranda görülebilir.<sup>39</sup>

**2-Melankolik depresyon:** Bedensel belirtilerle karakterize olan ve özellikle farmakoterapiye ve elektrokonvülsif tedaviye cevap verdiği inanan major depresyonun şiddetli bir formudur. Melankolik tip depresyon, stres tarafından tetiklenmeyen, biyolojik bir etiyojiye sahip olan, çevresel olaylara tepkisizlikle seyreden, psikoterapiye değil somatik tedavilere cevap veren, kişilik patolojisi olmayan bireylerde görülen, özel bir belirti kalıbıyla karakterize bir depresyon tipidir. Klinik çalışmalarda, kullanılan tanı sistemine göre değişmekle birlikte major depresyon tanısı alan ve yatarak tedavi edilen hastaların yaklaşık yarısında melankolik tipte depresyon tanılanmaktadır. Klinik çalışmalarda melankolili depresyonu olan hastaların melankolik olmayanlara göre daha yaşlı hastalar oldukları saptanmıştır. Psikomotor retardasyon, erken uyanma, sabahleyin depresyon belirtilerinin yoğunlaşması (gün içi değişkenlik), kilo kaybı, psikomotor ajitasyon, olumlu çevresel olaylara tepkisizlik ve suçluluk duyguları tanı sistemlerinde en sık yer alan belirtilerdendir. Tanı sistemlerinde en sık yer alan belirti olmayan melankoli ölçütü ise kişilik bozukluğu olmamasıdır.<sup>40</sup>

**3-Katatonik depresyon:** Katatonik özellikler gösteren depresyondur. Tedavide özellikle EKT tercih edilir. Katatoninin ana belirtileri olan stupor hali, künt duygulanım, aşırı çekilmişlik hali, negativizm ve belirgin psikomotor retardasyon hem katatonik hem de katatonik olmayan şizofrenide, majör depresif bozuklukta (sıklıkla psikotik özellikli), başka tıbbi ve nörolojik hastalıklarda görülebilmektedir. Bununla birlikte katatonik belirtiler en sık bipolar tip I bozuklukta görülür. Katatonik belirtiler birçok tıbbi ve psikiyatrik hastalıkta görülebilen davranış belirtileri olduğu için tek başına bir tanı değildir. DSM-IV'te katatonik özellikler majör depresif bozukluğun, bipolar tip 1 ve 2 bozuklukların en son manik veya majör depresif döneminde görülmektedir.<sup>41</sup>

**4-Postpartum başlangıçlı depresyon:** Doğum sonrası 4 hafta içinde başlayan depresyon semptomları ile karakterizdir. Bipolar bozukluğun ilk atağı

olabilme riski vardır. Doğum sonrası hüzünden psikoza kadar gidebilen şiddetlerde görülebilir.

**5-Mevsimsel özellik gösteren depresyon:** Yılın belirli zamanlarında tekrarlayarak seyreder. Sıklıkla da sonbahar ya da kışın başlayıp ilkbaharda düzelir. Ara sıra da olsa yaz döneminde de görülebilir. Soğuk iklimlerde, genç insanlarda ve özellikle kadınlarda yaygındır. Fazla uyuma, karbonhidrat arama davranışı, aşırı yemek yeme, kilo alma, yorgunluk, bitkinlik sık görülür. Işık terapisinin yararlı olduğunu bildiren yayınlar vardır.

### **2.1.8. Depresyon Tedavisi**

Öncelikle hastanın genel durumunu, depresyonun derecesini, intihar tehlikesi olup olmadığını değerlendirmek gerekir. Hastanın beslenme problemi varsa, fiziksel durumu kötüye gidiyorsa, konuşmuyorsa, intihar düşünceleri ya da girişimi varsa doktoru tarafından aile ile işbirliği yapıp bilgi verilerek hastaneye yatırılmalıdır.

Öncelikle beslenme yetersizliği belirtileri gösteren hastalara intravenöz ya da nazogastrik yol ile besin ve mayi verilebilir. Uykusuzluk problemi varsa antidepresan, bazen de ek olarak benzodiazepin verilebilir.

Medikal tedavi olarak antidepresan başlanır. Başlangıçta antidepresan ilaçların yan etkileri hastayı tedirgin edebilir. Bunun için hastaya bilgi verilmeli, ilaç etkilerinin 2-3 haftadan önce görülemeyeceği söylenmelidir. Hastanın daha önce kullandığı ve fayda gördüğü bir antidepresan varsa tedaviye öncelikle bu grupta başlanmalıdır. Yeni tedaviye başlarken ilaç, etkin dozuna 7- 10 gün içinde ulaşacak düzeyde yavaş yavaş artırılarak verilmelidir. Eğer hasta uygun dozda ilacı düzenli olarak kullanıyorsa düzelme beklenir. 4- 6 hafta içinde olumlu bir etki görülmezse başka bir grup ilaca geçmek gerekir. İntihar riski bulunan depresif hastalarda aşırı alındıklarında toksik olabilecek antidepresanlardan kaçınılmalıdır. Antidepresanların bağımlılık yapıcı ilaçlar olmadığı konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.

Beslenme problemi, intihar riski ve hezeyanları olan ağır depresif hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8- 10 EKT ile depresyonda olumlu

sonuç alınır. Belirli bir iyileşme sağlandıktan sonra EKT kesilerek antidepresan ilaçlarla tedaviye devam edilebilir.

Depresyon tedavisinde psikoterapinin yeri ve önemi büyüktür. Ağır çökkünlük durumlarında, psikoterapötik yöntemlerle bu çökkünlüğü sürdürecektir ya da tekrarlanabilecek kişisel ve çevresel etkenler ele alınır. Psikoanalitik yönelimli psikoterapi, grup terapisi ve bilişsel terapi depresyon tedavisinde etkili olan psikoterapi tipleridir.<sup>42</sup>

## **2.2. DOĞUM SONRASI ORTAYA ÇIKAN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI**

Depresyon kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülür ve postpartum dönem psikiyatrik bozuklukların başlaması ve alevlenmesi bakımından riskli bir dönemdir.<sup>43</sup> Kadınlar özellikle doğumdan sonraki ilk bir yıl psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı düzeyde risk altındadır.<sup>35,44</sup>

Plasentanın doğumuyla başlayan, gebelik sırasında anne vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı- sekiz haftalık dönem lohusalık dönemidir. Loğusalıkla birlikte emzirme dönemini de kapsayan bir yıllık postpartum dönem, psikiyatrik tabloların da görülebildiği önemli bir süreçtir.<sup>45</sup> Bu süreç birtakım değişimlerle karakterizedir. Fizyolojik olarak uterus, vajina ve diğer genital organlar gerileme sürecine girerek gebelik öncesi duruma dönerken bir yandan da yeni rol ve sorumlulukların kazanıldığı zor ve ilerleyici bir süreç yaşanmaktadır. Kazanılan bu roller annede belli seviyede stres ve kaygı yaratmaktadır.<sup>46</sup> Bu dönemde ortaya çıkabilen ruhsal durum değişiklikleri bir noktadan sonra kişinin yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>44</sup> Postpartum ruhsal bozukluklarla ilgili halen geçerliliğini koruyan ilk dökümanlar Hippocrates ve Tortula'ya ait belgelerdir. Esquirol, 1845'te postnatal duygu durum bozukluğu sendromları ile ilgili nedenini laktasyona bağladığı değişik tablolar tarif etmiştir.<sup>47</sup> Pitt de benzer şekilde doğum sonrası depresyonun klasik depresif hastalıklardan farklı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüştür ve doğuma eşlik eden hormonal değişiklikler sonucu olmaktan ziyade özgül olmayan bir stres cevabı olarak değerlendirmiştir.<sup>48</sup> Dalton gibi başka araştırmacılar

ise, doğum sonrası depresyon gelişmesinde hormonal değişiklikler ve özellikle doğumla birlikte ani progesteron düşmesinin sorumlu olduğunu savunmuşlardır.

Postpartum dönemde ebeveynler; bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir.<sup>31</sup>

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavisine ve prognozlarına göre sınıflandırılarak; annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (doğum sonrası depresyonu) ve doğum sonrası psikozu olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır.<sup>49,50</sup>

### **2.2.1. Annelik Hüznü**

Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum annelik, annelik hüznü ya da bebek hüznü şeklinde de adlandırılmaktadır.<sup>51</sup> Annelik hüznü yeni annelerin %50-80 gibi önemli bir bölümünü etkileyen ve doğum sonrasında sık karşılaşılabilen problemlerden biridir.<sup>5,8,9</sup>

Doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşe geçtiği dönemde annelik hüznünün görülmesi etyolojide endokrin bir neden olabileceğini düşündürmektedir.<sup>52</sup> Bundan başka plazma triptofanındaki doğum sonrası beklenen artışın olmaması, değişmiş platelet mono amin oksidaz (MAO) aktivitesi ve daha yüksek serum kortizol düzeyleri ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir.<sup>53</sup> O'Hara ve ark. hamilelik döneminde yaşanan depresif belirtilerin, postpartum hüznün öncüsü olduğunu bildirmişlerdir.<sup>54</sup> Postpartum hüznü ile ilgili ileriye dönük bir araştırmada premenstrual disfori, özgeçmiş ve soygeçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır.<sup>48</sup> Araştırmacılar gebeliğin son trimesterinde anksiyete ve depresif semptomlar yaşayan, primipar olan, doğum korkuları, sosyal uyum güçlüğü ve gebeliğe karşı çelişkili duygular yaşayan kadınların da postpartum hüznü daha yatkın olduklarını ileri sürmüşlerdir.<sup>55</sup>

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3.- 5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygudurumda hızlı değişiklik, konsantrasyon güçlüğü, kayıp ve keder duyguları görülür.<sup>50</sup> Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde düzelir. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve varsa bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır.<sup>56,57</sup> Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7-10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse, kadınların hastaneye başvurması önerilmelidir.<sup>51</sup>

### **2.2.2. Doğum Sonrası Depresyon**

Doğum sonrası depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler nedeni ile gelişen, uzun süre devam edebilen, anne ve ailenin sağlığını bozan, tedavi gerektiren ve çoğu zaman sağlık çalışanları tarafından fark edilemeyen bir ruhsal hastalıktır.

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok insan için heyecanla beklenen, özel, mutlu bir an olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına sağlıklı bir şekilde alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından da riskli bir dönem olmaktadır. Gebelikte ağır düzeyde psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmakla birlikte, postpartum dönemde ruhsal hastalık sıklığında dramatik bir artışın ortaya çıktığı ve bu riskli dönemin 6 ay, bir yıl, hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir.<sup>49</sup> Depresyonun gebelik döneminde de doğum sonrası dönemdeki kadar yaygın olduğu, ancak bu iki dönemde farklı etyolojik ve psikolojik etmenlerin rol oynayabileceği yönünde görüşler de vardır.<sup>54</sup>

Geriye dönük yapılan epidemiyolojik taramalar ciddi duygusal ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkması açısından, postpartum dönemin gebelik dönemine

kıyasla 3-4 kez daha riskli olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum dönemin ilk dört haftası bu açıdan en riskli dönem olmakta, ancak genellikle bu süre altıncı aya kadar uzayabilmektedir.<sup>58</sup> Çeşitli araştırmalar gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların varlığının doğum sonrası depresyonu öngörmeye en güçlü belirleyicilerden biri olduğunu vurgulamaktadır.<sup>31</sup>

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır.<sup>59</sup> Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-IV ve ICD-10) postpartum ve gebelik döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamıştır.<sup>60</sup>

Doğum sonrası depresyon, DSM-IV'te "Duygu durum Bozuklukları" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. ICD-10'da (International Classification of Diseases- 10) ise "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Loğusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak bir bölüm ayrılmıştır.<sup>61</sup> Doğum sonrası depresyonda belirtiler annelik hüznü tablosuna göre daha şiddetli olup hastada intihar düşünceleri olabilmektedir.<sup>31</sup> Postpartum dönemde görülen depresyon sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Doğum sonrası depresyonda anne-bebek bağı ciddi bir şekilde bozulur. Depresif anneler bebekle duygusal bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamaz aynı zamanda kognitif güçlüklerde yaşarlar.<sup>61</sup>

Birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bu dönemde, depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duymaları, belirtilerini saklamalarına ve doğum sonu depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır.<sup>49</sup> Bu sebeple birinci basamakta gebe ve loğusa izlemleri sırasında doğum sonrası depresyon akılda bulundurulması gereken bir durumdur.<sup>43</sup>

Doğum sonrası depresyon, özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda ve yardım arayışı desteklenmediğinde, başlangıcı sinsi olabildiğinden gözden kaçabilir.



Bu olgularda doğum sonrası depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir. Erken tanı çok önemlidir.

### **2.2.2.1. Sıklık**

Doğum sonrası depresyonun yaygınlığını saptamak için yapılan çalışmalarda birbiri ile çelişen sonuçlara rastlanmaktadır. Çalışmaların bazılarında depresyon tanısı olarak değerlendirilmiş, bazılarında da depresyon belirtilerinin şiddeti ölçülmüştür.<sup>49,50</sup> Sonuçlardaki farklılığın bir nedeni bu olarak belirtilmektedir. Diğer nedenlere bakıldığında hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmeleri, farklı çalışma yöntemleri, değişik örneklem hacimleri ve kültürel farklılıklar sayılabilir.<sup>62,63,64, 65</sup> Yapılan birçok çalışmada, doğum sonrası depresyon prevalansı %6-16, doğum sonrası depresyon insidansı %10-15 arasında bulunmuştur.<sup>54</sup>

Amerika ve Avrupa toplumlarında, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %3,5-17,5<sup>64,65</sup> ve kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda %3-42 olduğu bildirilmektedir.<sup>63, 66</sup> Türkiye’de ise, kendini bildirim ölçekleri ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon görülme sıklığının %21,2-54,2 arasında değiştiği görülmektedir.<sup>67</sup>

Postpartum dönemde DSM-IV kriterleri esas alınarak Yonkers ve ark. tarafından ABD’de 802 kadınla yapılan bir çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığı %5,2 olarak bildirilmiştir.<sup>68</sup> Chandran ve ark. ICD-10 tanı kriterlerine göre Hindistan da 359 kadında yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığını %11 olarak bulmuşlardır.<sup>69</sup> Kitamura ve ark. Japonya da DSM-III-R kriterlerini kullanarak 290 kadında yaptıkları bir çalışmada ise doğum sonrası depresyon sıklığını %5 olarak bildirmişlerdir.<sup>70</sup>

### **2.2.2.2. Belirtiler**

Gebelikte ve postpartum dönemde ortaya çıkan cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik, uyku bozukluğu gibi değişiklikler normal fizyolojik

değişiklikler olarak değerlendirilmektedir. Bu belirtilerin depresyonda da görülen belirtiler ile aynı olduğu, bu nedenle yalnızca belirtilere odaklanan araştırmalardan yanıltıcı sonuçlar ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.<sup>49,54</sup> Doğum sonrası depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzemektedir. Bunlar arasında;

- Kendini değersiz hissetme,
- Anksiyete ve hatta panik ataklar,
- Suçluluk,
- Bebekle ilgili endişeler,
- Ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama,
- Hareket ve konuşmada yavaşlık,
- Ajitasyon ya da hiperaktivite,
- Yeme bozuklukları (çok az veya fazla yeme),
- Uyku bozuklukları,
- Düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma,
- Duygusal dengesizlik,
- Öfke hissi,
- Umutsuzluk ve yetersizlik hissi,
- Ölüm ve intiharla ilgili düşünceler,
- Konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma,
- Seksi de içeren aktivitelerde azalma, yer almaktadır.<sup>60,71</sup>

### **2.2.2.3. Risk Faktörleri**

Doğum sonrası depresyona yatkın anneleri; erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle doğum sonrası depresyon gelişimine

yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek kişileri yakından izlemek önemlidir.<sup>72,73</sup>

Daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü doğum sonrası depresyon gelişimi için en belirgin risk etkeni olarak kabul edilmektedir.<sup>31</sup> Postpartum risk faktörlerini en önemli olanlardan başlayarak sıralayacak olursak, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, sosyoekonomik durum, gebeliğin istenip istenmeme durumu, ailede depresyon öyküsünün bulunması, eğitim düzeyi, doğum sayısı, prematüre doğum, şiddetli premenstrüel sendrom, emzirmeme, tiroit hastalıkları, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi, fiziksel yorgunluk gibi nedenler sayılabilir.<sup>65,74</sup>

Kültürel gelenekler, inanışlar ve ritüeller doğum sonrası depresyon gelişimi üzerine güçlü etki gösterebilirler. Yapılan çalışmalarda araştırmacılar kültürel ritüellerin yeterli olmasının doğum sonrası depresyonun şiddetini hafiflettiği, eksikliğinin ise doğum sonrası depresyon'un şiddetini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. En yaygın ritüeller olarak, doğum sonrası annenin belli bir süre istirahat etmesi, özel diyet ve bazı kısıtlamalar yapılması ve geniş ailelerde anne veya kayınvalidenin anneye destek ve yardımcı olması sayılabilir. Ritüel ve geleneklere göre oluşan sosyal desteğin postpartum duygu durum üzerine pozitif etkilerinin olduğu gösterilmiştir.<sup>75</sup>

Ayrıca gebeliğe bağlı komplikasyonlardan preeklampsi, hiperemezis; doğuma ait komplikasyonlardan sezaryen, alet yardımı ile doğum, prematüre doğum, doğum sırasında aşırı kanama da doğum sonrası depresyon için potansiyel risk faktörleri olarak bulunmuştur.<sup>47,54</sup>

Ülkemizde yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde depresyon insidansı anlamlı ölçüde yüksek (%54,7) saptanmıştır. Çalışmada erken doğan bebeklerin annelerinde depresyona en fazla neden olabilecek risk faktörlerinden anne yaşı, medeni durum, gebeliğin gerçekleşme şekli, çoğul gebelik varlığı, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi araştırıldığında gruplar arasında risk faktörleri açısından fark saptanmamıştır. Kronik akciğer rahatsızlığı, intraventriküler kanama

gibi hayatı tehdit eden hastalıkları bulunan bebeklerin annelerinde depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>22</sup> Evlilik uyumsuzlukları, ilişkilerde yaşanan güven eksikliği ve önceki yıllarda yaşanmış olumsuz yaşam olayları doğum sonrası depresyon gelişimi ile ilişkili olabilir. Bazı çalışmalarda annede ve ailede depresyon hikayesinin olması ile annede doğum sonrası depresyon gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir.<sup>22,76,77</sup>

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada doğum sonrası depresyon gelişimindeki yüksek risk etkenleri işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir.<sup>67</sup>

Doğum sonrası depresyon gelişen kadınların birinci derece akrabalarında mizaç bozukluğu oranının normal populasyona göre daha yüksek olması nedeniyle genetik etkenlerin üzerinde durulmaktadır.<sup>78</sup> Bu veri, kalıtsal ve ailesel etkenlerin doğum sonrası depresyon gelişiminde önemli olabileceğini gösterir.

Annede var olan kişilik bozukluğunun postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada sinirli, öfkeli, utangaç, çekingen, karamsar annelerin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur.<sup>77</sup>

Beklenmeyen erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratabilecektir. Yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde doğum sonrası depresyon insidansının zamanında doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>79</sup>

#### 2.2.2.4. Etiyoloji

**Biyolojik Faktörler:** Postpartum dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormon düzeyindeki değişikliklerin depresyon etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Gebelik sürecince artış gösteren progesteron ve östrojenin doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir.<sup>31,49</sup> Östrojenin serotonin, noradrenalin, dopamin, GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonuna neden olarak diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir<sup>23,80</sup>

Doğumdan hemen sonraki günlerde hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir.<sup>49</sup>

Prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile doğum sonrası depresyon arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir.<sup>49, 81</sup> Harris ve arkadaşları, tükrükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile doğum sonrası depresyon arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda tükrük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken emziren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüş, buradan yola çıkılarak bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür.<sup>31</sup>

Geç başlangıçlı doğum sonrası depresyon, tiroid hastalıklarına bağlanmıştır. Tiroksin düzeyleri doğumdan sonra tiroid uyarıcı hormonun (TSH) azalmasıyla giderek düşebilmektedir. Gebelik öncesindeki değerlerin altına inene kadar süren bu azalmanın, bazı olgularda belirtilerin gelişimine yol açabileceği düşünülmektedir.

Hipotiroidi ve miks ödemde depresif belirtiler daha sık görülür. Kadınların bazılarında doğum sonrası dönemde hipotiroidinin ortaya çıktığı, bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikorlarının ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir.<sup>31,49</sup>

Serum folat düzeyindeki düşüklük (hipofolatemi) depresif psikiyatrik durumlara neden olabilir. Gebelik dönemi hipofolatemi açısından riskli bir dönem olduğu için doğum sonrası depresyonun hipofolatemi ile ilgili olabileceği yönünde görüşler vardır.<sup>82</sup>

Sinir impulslarının iletiminde rolü olan siklik adenozin monofosfatın (cAMP) doğum sonrası depresyon gelişiminde etkili olduğu ve bu dönemde ruhsal değişiklikler yaşayan kadınlarda daha fazla bulunduğu bildirilmektedir.

Düşük serum kolesterol düzeyleri ile şiddet, intihar davranışı ve depresyon arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Söz konusu ilişkide de ana rolü serotonin oynamaktadır.<sup>83</sup> Serum kolesterolü gebelik süresince yükselmekte ve doğumu takiben hızla düşmektedir.<sup>83, 84</sup> Yapılan bir çalışmada postpartum başlangıçlı depresyona sahip kadınlarda serum kolesterol ve LDL düzeyleri postpartum başlangıçlı olmayan depresyonlu kadınlara göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur.<sup>84</sup>

**Psikososyal Faktörler:** Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen psikiyatrik bozuklukların ancak bir bölümünde gelişmesi, etyolojide sosyal stres faktörleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etkenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar ambivalans ve kayıp duygusunu yoğun yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir.<sup>31,49</sup> Ayrıca gebe kadınların kendi anneleriyle ilişkilerindeki ambivalans, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici

olduğu gibi etkenlerin önemine de dikkat çekilmektedir.<sup>49,72</sup> Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, gebelik ve doğumla oluşan değişiklikler bazı kayıplara da neden olmaktadır. Bunlar; vücut şeklinde değişme, cinsel çekiciliğin azalması, kişisel alanın kaybı, entellektüel yetiler ve bellekte bir kayıp olduğu algısı, işin, mesleki statünün ya da mesleğe ilişkin beklentilerin kaybı, arkadaşların kaybı, “bağımsız kadın” rolünden “geleneksel kadın” rolüne geçiş gibi kimliğe ilişkin birçok kayıp ve değişiklik yaşanmaktadır. Buna göre, doğum sonrası depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı bir “yas” reaksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir.<sup>49,62</sup>

Aile öyküsünde postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olmak kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çekebilir.<sup>85</sup> Doğumla birlikte kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve “ondan sonra hep mutlu yaşayacağı” şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir.<sup>31</sup>

#### **2.2.2.5. Klinik**

Doğum sonrası depresyon, doğumdan sonraki 2.- 3. haftadan sonra (olguların %80’inde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki bir hatta iki yıla kadar uzayabilir. Bazen doğumdan sonraki 4.- 5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6-9 ay sürebileceği de bildirilmektedir.<sup>31</sup>

Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Uyku bozukluğu, libido değişikliği, yorgunluk ve endişe doğum sonrası depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Doğum sonrası depresyonu

doğum sonrası normal uyum reaksiyonlarından ayırt etmek için yapılan bir çalışmada, bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır.<sup>71</sup> Yine bu amaçla yapılan bir diğer çalışmada uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal postpartum dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır.<sup>48</sup>

Postpartum olmayan depresyondan farklı olarak psikotik belirtiler daha sık görülür, tablo akşamları daha kötüdür, daha kısa sürer ve daha az intihar düşüncesi vardır. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı, zevk alamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı veya artışı, hemen her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, ajitasyon, kendini yorgun, bitkin, halsiz, yalnız, değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama, çabuk öfkelenme, nedensiz ağlama nöbetleri, çaresizlik, umutsuzluk gibi bulgulara da rastlanmaktadır.<sup>48</sup>

Doğum sonrası depresyonun tekrarlama riski duygudurum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygudurum bozukluğu ya da doğum sonrası depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır.<sup>49</sup>

#### **2.2.2.6. Etkiler-Sonuçlar**

Doğum sonrası depresyon annenin benlik saygısını, yeteneklerini, aile içi sorumluluklarını, anne-bebek ilişkisini, bebeğin bakımını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu annelerin çocuklarının büyüme ve gelişmelerinin daha yavaş olduğu, davranışsal, duygusal ve bilişsel gelişimlerinin olumsuz etkilenebildiği bildirilmektedir.

Annedeki depresyonun, anne-bebek ilişkisi üzerine olan olumsuz etkisi sonucu, depresyonlu annelerin beslenme esnasında bebeklerin yüzüne daha kısa süre baktıkları ve daha az olumlu tutum gösterdikleri bildirilmektedir. Doğum sonrası depresyon'lu annelerin annelik becerilerinin ve bebeğe karşı sorumluluklarının zayıfladığı; bebeklerin ise, bilişsel ve duygusal gelişim yönünden zayıflık ve pasiflik gösterdikleri saptanmıştır. Bebekteki bu olumsuz davranışın da annenin çökkün



duygudurumunu ve kendini annelikte etkisiz algılamasını şiddetlendirdiği bildirilmektedir.<sup>20</sup>

Depresif olan anneler depresif olmayanlara göre çocuklarıyla daha az şefkat içeren temas hareketi sergilerler. Bu sebeple bu annelerin çocuklarının da depresif olmayan anne çocuklarına göre daha sinirli, çekingen ve daha az yüz mimiği kullanan, az konuşan çocuklar oldukları gözlenmiştir.<sup>86</sup> Yine bu annelerin çocukları anneleri depresif olmayan çocuklara kıyasla daha sık davranış problemi göstermekte ve kognitif işlevleri daha alt düzeyde bulunmaktadır. Çocukluk dönemi uyku problemleri de doğum sonrası depresyon ile ilişkilendirilmiştir.<sup>87, 88</sup>

### **2.2.2.7. Tanı**

Postpartum ilk iki haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması yönünde uyarıcı olmalıdır.<sup>71</sup> Doğum sonrası depresyonun tanısı klinik görüşme gerektirmektedir. Tanı, DSM-IV'ün major depresyon tanı kriterlerine göre konur. DSM-IV'e göre depresyonun özellikle doğum sonu, ilk dört hafta içinde başlaması durumunda annenin doğum sonrası depresyon açısından değerlendirilebileceği belirtilmektedir.<sup>38</sup> Diğer bazı çalışmalarda başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere 1 yıl içinde herhangi bir zamanda olabileceği bildirilmektedir.<sup>63,64,65</sup>

Doğum yapan tüm kadınlarla ya da ruhsal birtakım semptomları olan postpartum dönemdeki tüm kadınlarla klinik görüşme yapılması hem zaman açısından hem de ekonomik yönden yüksek maliyete sahiptir.<sup>65</sup> Bu nedenle, problemi ortaya koymak için, çabuk uygulanabilen ve düşük maliyetli tarama araçlarının kullanılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.<sup>65, 89</sup> Bu amaçla geliştirilmiş, kadının ruhsal durumunu değerlendirmek için kullanılabilen bazı standart kendini bildirim tarama araçları da bulunmaktadır. Depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu araçlar psikolojik sıkıntının derecesi hakkında bilgi verebilir ve kadının doğum sonrası depresyonda olduğunu gösterebilirler. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (Postpartum Depression Screening Scale-PDSS) gibi çeşitli tanı araçları sağlık hizmeti verenlere erken tanı yönünden yardımcı olabilir.<sup>89,90,91</sup> Cox ve arkadaşları

doğum sonrası depresyon ile ilgili çalışmalarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle EDDÖ'yü geliştirmişlerdir.<sup>89, 92</sup> EDDÖ'nün, zaman içerisinde depresif tablonun şiddetinde ortaya çıkan değişiklikleri değerlendirmede de duyarlı olduğu saptanmış, farklı kültürlerde kullanılarak geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Doğum yapan tüm kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilceği bildirilmektedir.<sup>93</sup> Ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>94</sup>

Doğum sonrası depresyon saptanan kadınların yaklaşık yarısı semptomlarının gebelik sırasında başladığını ifade etmesine rağmen, bu konuda yapılmış olan çalışmalar, antenatal tarama araçlarının zayıf prediktivite ve düşük sensitiviteye sahip olduğunu göstermiştir,<sup>90</sup> bu nedenle yalnızca postnatal tarama önerilmektedir.<sup>90,95</sup>

#### **2.2.2.8. Tedavi**

Doğum sonrası depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsif tedaviden (EKT) yararlanılabilmektedir.<sup>49,60</sup>

**Psikoterapötik Tedavi:** Yapılan çalışmalarda psikoterapötik tedavilerin (kognitif-davranışçı, psikodinamik ve interpersonal psikoterapi) ve bireysel danışmanlığın doğum sonrası depresyon tedavisindeki etkileri kanıtlanmıştır.<sup>60</sup> Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vurmasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir.<sup>50</sup> Doğum sonrası depresyon tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup terapileri tedavilerinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Doğum sonrası depresyon yaşayan bir annenin, istirahat etmesi ve aile bireylerinin ona karşı desteği de çok önemlidir. Postpartum depresyon sırasında anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması gerekir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir.<sup>31</sup>

Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorluklar, nesne yitimleri araştırılmalı ve bu olayların anne üzerindeki etkileri de iyi

değerlendirilmelidir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için yakınlarını da görmek, onların da ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Özellikle yakın çevrenin depresyondaki anne için olumsuz tutum ve davranışları varsa bunlar gösterilmeye çalışılmalıdır.<sup>96,97</sup>

**Farmakolojik Tedavi:** Postpartum depresyon tanısı konan kadınlara antidepresan tedavi başlamak uygun bir yaklaşımdır. Selektif seratonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olmalıdır. Çünkü bu ilaçlar yüksek dozlarda alınsa bile toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha önce cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan sınıftan ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan hastalarda trisiklik antidepresanlar (TSA) da kullanılabilir. Depresyona ek olarak belirgin anksiyetesi olan hastalarda kısa dönem benzodiyazepin uygulanması faydalı olabilir.<sup>98</sup>

Yeni doğum yapmış kadınlar ilaçların yan etkilerine çoğunlukla duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozlarının yarısı ile tedaviye başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaşça artırılmalıdır.<sup>99,100</sup> Eğer hasta 6-8 haftalık bir tedaviye yanıt vermişse hasta tam remisyona girdikten sonra relapsı önlemek için en az 6 ay daha aynı dozda tedaviye devam edilmelidir. Eğer 6 hafta sonunda yanıt yoksa hastanın tanı ve tedavisi yeniden gözden geçirilmelidir.<sup>98</sup>

Bazı araştırmacılar postpartum depresyonda östrojeninde etkin bir tedavi olabileceğini belirtmişlerdir. Ancak bu konuda kontrollü araştırmalar mevcut değildir.<sup>60,71</sup>

**Elektrokonvulzif Tedavi (EKT):** Postpartum depresyon tedavisinde emzirme önemli bir konudur. Bebeğin beslenmesi için ideal olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı suçluluk ve sosyal baskılar kadın için ek bir stres faktörü olacaktır. Ancak tüm antidepresanların süte geçtiği unutulmamalıdır. EKT ise postpartum depresyon tedavisinde başarı ile uygulanmakta olan ve emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir seçenektir.<sup>71</sup> Hastalığın şiddetli formunda EKT düşünülmelidir. Bazı araştırmacılara göre eğer bir ay içerisinde farmakolojik tedaviye yanıt alınamazsa EKT

uygulanmalıdır. Bazı araştırmacılara göre ise EKT tedavisi özellikle tabloya delüzyonel depresyon hakimse daha erken dönemde ve daha sık uygulanmalıdır.<sup>101</sup>

Hamilton 300 postpartum depresyon vakasının %95'inde 6-7 hafta içinde EKT uygulaması ile düzelme kaydedildiğini bildirmiştir. Ancak EKT, doğumu takip eden ilk 4-5 hafta içinde uygulanmamalıdır. Bu dönemde elektrokonvulsif tedavi uygulanmasının derin ven trombozu ve pulmoner emboliye ve hatta ölüme yol açtığına ilişkin olgular bildirilmiştir.<sup>30</sup>

### **2.2.3. Postpartum Psikoz**

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların en şiddetlisidir.<sup>49</sup> Başlangıcı genellikle doğumdan 2 hafta sonradır. Postpartum psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile seyreden bir sendromdur. Bazı anneler bu dönemde bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilecekleri için dikkatli olunmalıdır. Eldeki verilerin büyük çoğunluğu postpartum psikoz ile özellikle bipolar bozukluk ve major depresif bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının yakın ilişkisi olduğunu düşündürmektedir.<sup>98</sup> Literatür bilgileri gebelik dönemine kıyasla, doğumu takip eden ilk bir ayda psikozun ortaya çıkma olasılığının 10-20 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Postpartum psikoz vakaları aslında oldukça ender tablolar olup, insidansı 1000 doğumda 1-2'dir. Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkar. Bir kez postpartum psikoz geçiren bir kadının, daha sonraki gebeliğinde tekrar hastalanma olasılığı artar.<sup>49</sup> Loğusalıkla ilişkili olsun ya da olmasın, daha önce psikoz geçirmiş olanlar, duygudurum bozukluğu öyküsü bulunanlar, psikiyatrik hastalık yönünden ailesel yükü olanlar risk grubu olarak kabul edilmektedir.<sup>31</sup>

Postpartum psikozun az bir kısmı enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi tıbbi durumlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası östrojen ve progesteron konsantrasyonlarındaki ani düşmenin postpartum psikoz ile bağlantılı olabileceği ileri sürülmekle birlikte bu hormonlarla tedavinin etkili olmadığı görülmüştür.<sup>31</sup> Bazı araştırmacılar, ilk doğumunu yapan annelerde çok görülmesinde sadece psikososyal etkenlerin rolü olduğunu ve postpartum psikoz ile son stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu belirtmişlerdir. Postpartum ruhsal

bozukluklarla ilgili psikodinamik çalışmalar, annede annelik yaşantıları hakkında duygusal çatışmaların varlığını düşündürmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmak istemeyebilir, diğerleri mutsuz evlilikleri içinde kendilerini kapana kısılmış hissedebilirler. Gebelik sırasında yaşanan evlilik uyumsuzlukları, postpartum psikoz sıklığının artmasına yol açabilir.<sup>31</sup> Genellikle postpartum psikoz doğumu takip eden 2-3 hafta içinde başlar ve 2-3 ay kadar sürer.<sup>31,49</sup> Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenememekten yakınır. Ağlama, duygularda ani değişme dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygudurumda artış ya da şiddetli disfoni, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık %50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise %25'inde ortaya çıkar.<sup>102</sup> Hastanın bebeğe bakmak istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri vardır. Sanrısız düşünce temelinde bebeğin kusurlu veya ölü olduğu, içine şeytan girdiği düşüncesi vardır. Bu sanrısız düşünceler çocuğu gelecekteki acılardan kurtarmak için onun hayatına son verme eğilimine yol açabilir. Varsanılar benzer içeriklerle ortaya çıkıp hastaya bebeği öldürmesini söyleyen sesler şeklinde olabilirler.<sup>31</sup>

Postpartum psikozun postpartum depresyondan ayırıcı tanısında; postpartum depresyonun klinik tablosunda üzüntü ile birlikte annenin bebeği ile ilgili yetersizlik ve suçluluk duyguları ön plandadır, suisid düşüncesi postpartum psikoza göre daha azdır. Postpartum psikozda klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar hakimdir. Annenin bebeğine zarar verme düşünceleri olabilir. Postpartum psikozlarda bebek öldürme oranı %4 olarak bildirilmiştir.<sup>103</sup> Psikotik belirtilerin başlamasından önce genellikle uykusuzluk, dinlenememe, ajitasyon, duygudurumda değişmeler ve hafif bilişsel defisitler gibi prodromal belirtiler görülür. Psikoz ortaya çıkınca hasta sanrılar ve ajitasyon nedeniyle bebeğe veya kendisine zarar verebilir. Postpartum psikozlu hastalar doğumun birinci ya da ikinci yılında sıklıkla başka bir atak geçirirler. Sonraki gebeliklerde yeniden bir atak geçirme riski yüksektir.

Acil tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaneye yatırılarak değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastanın kendisine veya bebeğe zarar vermemesi sağlanmalıdır.<sup>104</sup> Antidepresanlar ve lityum bazen de bunların kombinasyonu tedavide seçilecek ilk ilaçlardır. Bebeğini emziren anneye seçilecek ilaçta dikkatli olunmalı, mümkünse ilaç

vermekten kaçınılmalıdır.<sup>105</sup> ,<sup>106</sup> Eğer anne istekliyse bebeği ile teması engellenmemelidir. Ancak annenin bebeğe zarar verme ile ilgili fikirleri varsa dikkatli olunmalıdır. Akut psikotik dönem geçtikten sonra psikoterapi gereklidir. Terapi genellikle değerlendirme sırasında belirgin olan çatışma alanlarına yöneltilir. Terapi hastanın annelik rolünü benimsemesi ve rahat olmasını kapsayabilir. Çevresel değişikliklerde gerekebilir. Eş ve çevredeki diğer kişiler tarafından artmış destek de kadındaki stresi azaltmaya yardımcı olur. Birçok çalışmada hastalığın akut fazında yüksek oranda iyileşmeler görüldüğü bildirilmiştir.<sup>102</sup>

### **2.3. BABALARDA DOĞUM SONRASI DEPRESYON**

Babalarda doğum sonrası depresyon ciddi bir aile sağlığı problemidir. Yakın zamana kadar doğum sonrası depresyon sadece yeni doğum yapmış annelere ait bir sorun olarak kabul edilmiştir. Son 50 yılda konuyla ilgili yapılan birçok çalışma annelerdeki doğum sonrası depresyonun çocuk gelişimi üzerindeki olumsuz etkileri üzerinde yoğunlaşmıştır.<sup>107</sup> Bu durum babalarda doğum sonrası dönemde ortaya çıkan ciddi değişikliklerin gözden kaçmasına, depresyon tarama, tanı ve tedavisinde yetersizliklere yol açmıştır.<sup>108</sup>

#### **2.3.1. Tanım**

Güncel çalışmalar babalarda doğum sonrası depresyon tanımı için annelerdeki doğum sonrası depresyon tanımından yola çıkmaktadırlar. DSM- IV annede doğum sonrası depresyonu, doğum sonrası ilk 4 haftada ortaya çıkan major depresif epizot olarak tanımlamaktadır. DSM-IV'e göre major depresyon tanı kriterlerinin babalar için de kullanılabileceği düşünülmektedir.<sup>38</sup>

Anne ve babalarda depresyon risk faktörleri farklılık gösterdiğinden annelerdeki tanı kriterlerinin babalarda doğum sonrası depresyonda tanı aracı olarak kullanılabilmesi için geçerliliğinin test edilmesi gerekir. Örneğin babalarda doğum sonrası depresyonun daha yavaş ilerlediği ve doğum sonrası bir yıllık süreçte oluşabileceği gösterilmiştir.<sup>132</sup> Dolayısıyla anne için kullanılan “ilk dört haftada ortaya çıkar” kriteri babalar için uygun olmayabilir.<sup>107</sup>

### 2.3.2. Sıklık

Literatürde babalarda doğum sonrası depresyon insidansı değişkenlik göstermektedir. Amerika’da yeni çocuk sahibi olmuş erkeklerde doğum sonrası ilk 12 ay içinde depresyon oranını değerlendiren çalışmalarda %4 (Ramchandani 2005, 8. haftada, EDDÖ  $\geq$  12) ile %25 [Soliday 1999, 4. haftada, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)  $\geq$  16] arasında değişen farklı sonuçlar elde edilmiştir.<sup>107, 109, 110</sup> İrlanda’dan Lane ve arkadaşlarının 1997 tarihli çalışmasında babalarda doğum sonrası 6. haftada depresyon oranı %1,2 olarak bildirilmiştir.<sup>107</sup> Paulson ve arkadaşlarının 2010’da yayınladıkları 43 makalenin incelendiği derlemede doğum sonrası depresyon oranı annelerde %23,8, babalarda ise %10,4 olarak bulunmuştur. Bu rakamlar doğum sonrası bir yıla kadar olan çalışmaların sonucudur. Aynı derlemede, en yüksek oranların doğum sonrası 3- 6 ay arasında saptadığı, bu oranların da erkekler için %26, kadınlar için %41 olduğu belirtilmiştir.<sup>111</sup> Pinheiro ve ark. tarafından 2006’da Brezilya’da yapılan çalışmada ise annelerin %26,3’ünde, babaların ise %11,9’unda postpartum dönemde depresyon saptanmıştır.<sup>107</sup> Ülkemizde Serhan ve ark. tarafından yapılan çalışmada annelerdeki doğum sonrası depresyon oranı %9,1; babalardaki ise %1,8 olarak saptanmıştır.<sup>2</sup> Çalışmaların çoğunda küçük örneklem grupları kullanılmıştır. Bu açıdan Ramchandani ve arkadaşlarının 12.884 baba ile yaptıkları çalışma önem taşımaktadır.

Çalışma sonuçlarındaki bu değişkenliğin nedeni farklı ölçüm metodları ve farklı sınır değer kullanılması, ölçümlerin farklı haftalarda yapılması olabileceği gibi sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklar da olabilir.

### 2.3.3. Annedeki Postpartum Depresyon ile İlişkisi

Babadaki doğum sonrası depresyonu çoğunlukla annedeki doğum sonrası depresyonu ile birlikte görülür ve diğer doğum sonrası psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir. Annelerde doğum sonrası depresyon ile ilgili yapılan tüm çalışmalarda eşler arasında, depresyon riski açısından anlamlı korelasyon saptanmıştır.<sup>107,108,110,111</sup> Çarpıcı olarak çalışmalarda çiftlerin %60’ına yakınında eşlerden en az birinde gebeliğin son dönemlerinde veya erken doğum sonrası dönemde depresif semptomlar

saptandığı bildirilmiştir.<sup>107,110</sup> Daha önce de belirtildiği gibi eşinde doğum sonrası depresyon olması babada doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon gelişimi için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir.<sup>110</sup> Goodman 'ın 2004 tarihli derlemesinden elde edilen verilere göre, doğum sonrası ilk bir yılda babada doğum sonrası depresyon insidansı %1,2-%25 arasında iken bu oranın eşinde doğum sonrası depresyon görülen erkeklerde %24-%50'ye yükseldiği bildirilmiştir.<sup>110</sup> Matthey ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada eşinde doğum sonrası depresyonu olan erkeklerde doğum sonrası 6. haftada depresyon riski eşlerinde tanı olmayan erkeklere göre 2,5 kat fazla saptanmıştır.<sup>107</sup> Schumacher ve ark. çalışmasında partnerlerinde doğum sonrası depresyonu görülen erkeklerin daha fazla oranda korku, kararsızlık, hayal kırıklığı, çaresizlik, öfke, gelecek kaygısı, eşinden destek görememe bildirdiği saptanmıştır.<sup>112</sup>

Çocuk bakımı ve evle ilgili işlerde kadının eşinden yardım görmemesi anne depresyonu için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu risk babanın depresyonda olması durumunda daha da artabilir.<sup>108</sup>

#### **2.3.4. Etyoloji-Risk Faktörleri**

Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan yeni gereksinim ve sorumluluklar babanın hayatında büyük değişikliklere neden olur. Bu stres faktörlerinin babalarda doğum sonrası depresyon gelişimi üzerindeki etkilerinin anlaşılması erken tanı ve tedavi şansını arttıracığından önem taşımaktadır. Goodman babalarda doğum sonrası depresyonunu öngörmede yaralanılabilecek üç önemli belirteç tanımlamıştır. Bunlar:

- Erkeğin daha önceden depresyon tanısı alıp almadığı,
- Eşlerinde (annede) doğum öncesi veya erken postpartum dönemde depresyon olup olmaması,
- Özellikle doğum sonrası ilk bir yıl içinde eşler arasındaki ilişkinin kalitesidir.

Eşinde doğum sonrası depresyon olması babada doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon gelişimi için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir.<sup>110</sup>



### 2.3.4.1. Biyolojik Risk Faktörleri

Literatürde annelerde doğum sonrası depresyonunun serum hormon düzeylerindeki değişikliklerle yakın ilişkisi olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Benzer hormonal mekanizmaların babalar için de geçerli olabileceği düşünülmektedir.<sup>107</sup>

**Testosteron:** Babalarda testosteron düzeylerinin doğum öncesinden başlayarak doğum sonrası birkaç ay boyunca düşük seyrettiği gösterilmiştir. Çalışmalarda testosteron seviyelerindeki bu düşüş sonucunda babaların daha az agresif davranışlar sergilediği, bebekleri ile daha fazla ilgilendiği, bebekleri ile bağlanmalarının daha güçlü olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde yaşlanan erkeklerde testosteron seviyelerindeki düşüş ile depresyon eğilimi arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bilinmektedir.

**Östrojen:** Babalarda östrojen seviyelerinin gebeliğin son ayından başlayarak doğum sonrası erken dönemlere kadar artış gösterdiği bildirilmektedir. Yüksek östrojen seviyelerinin bebek bakımını ve bağlanmayı kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Depresyonla ilişkisi tam olarak ortaya konmamıştır.

**Kortizol ve Vasopressin:** Babalardaki depresyonun düşük kortizol seviyeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde düşük vasopressin düzeylerinin de babalarda depresyon gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Tarla fareleri ve primatlar (ipek maymunları) ile yapılan farklı deneysel çalışmalarda erkek deneklerde erken postpartum dönemde saptanan vasopressin yüksekliğinin baba-bebek bağlanmasında ve babalık davranışlarında önemli etkisi olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında insanlarda da düşük vasopressin seviyelerinin babalık davranışlarında zorlanma ve doğum sonrası depresyona yakınlık ile ilişkili olabileceği hipotezi ortaya atılmıştır.<sup>107</sup>

**Prolaktin:** Erkeklerde prolaktin seviyesi gebelik boyunca yükselir ve doğum sonrası bir yıla kadar yükselmeye devam eder. Prolaktin seviyeleri yüksek saptanan babaların bebekten gelen uyarılara daha fazla yanıt verdiği gösterilmiştir. Prolaktin seviyelerindeki düşüklüğün bebekle ilişkileri olumsuz etkileyebileceği ve depresif duyguduruma yakınlık oluşturabileceği söylenmektedir.

#### 2.3.4.2. Çevresel-Psikososyal Risk Faktörleri

Bebeğin doğumuyla birlikte babanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelecektir. Erkek bir yandan eşiyile olan ilişkisini sürdürmekte bir yandan da yeni kazandığı “baba” rolüne uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu uyum sürecinde yaşanacak güçlükler babada anksiyete ve depresyon eğiliminde artışa yol açacaktır.

Baba-bebek bağlanmasında zorluk:

Anne-bebek bağlanması sıklıkla doğumdan hemen sonra başlarken babada bu bağın oluşması iki aylık bir sürede gerçekleşebilmektedir. Bu görece yavaş bağlanma süreci babanın yetersizlik ve dışlanmışlık duygularına kapılmasına neden olarak depresyonu kolaylaştırabilir. Babalar bebeklerin başta emzirme süreci olmak üzere anneleriyle daha fazla vakit geçirmelerini kışkırdıklarını, anne-bebek arasındaki bağlanmanın dışında kaldıkları hissettiklerini bildirmişlerdir.<sup>107</sup> Yapılan görüşmelerde babaların bebekleriyle geçirdikleri süre içinde en mutlu oldukları zamanların bebeklerinden olumlu geri bildirimler aldıkları anlar olduğu anlaşılmıştır. Babalar özellikle bebeklerinin kendilerine gülümsemesini bu iletişim sürecindeki en önemli ödül olarak kabul ettiklerini belirtmektedirler. Ancak babanın deneyim eksikliği ve beraber geçirilen sürenin kısa olması ilişkinin kalitesini düşürebilir. Bu durumda bebekte ortaya çıkacak tatminsizlik, olumlu geri bildirimlerin azalmasına dolayısıyla babanın bu ödülünden yoksun kalmasına neden olabilir. Bu ödül eksikliği hipotezi de babada depresyona yol açan faktörler arasında gösterilmektedir.

Eşler arasındaki anlaşmazlıklar:

Doğumla birlikte ortaya çıkan hayat tarzı değişiklikleri eşlerin birbirleri ile olan ilişkilerinde problemlere neden olabilir. Bu dönemde babalar, özel hayatın ortadan kalkması ve eşlerinin cinsel yönden ilgisizliği nedeniyle ilişkiden aldıkları doyumda önemli ölçüde azalma olduğundan yakınmaktadırlar. Bazı babalar eşlerinin ilgisinin ve zamanının büyük çoğunluğunu işgal ettikleri için bebeklerini kışkırdıklarını belirtmişlerdir.<sup>107, 113</sup> Bir kaç çalışmada erkeklerin kayınpederleri ve özellikle kayınvalideleri ile olan ilişkilerinin de bu süreçte önemli etkileri olduğu gösterilmiştir.<sup>133</sup>

Sosyal ve ekonomik kaygılar:

Bebeğin aileye katılmasıyla artan harcamalar, erkeğin üzerindeki “eve ekmek getirme” sorumluluğunda artışa neden olacaktır. Bu durum erkeğin çalışma saatlerinde uzamaya ve bebek bakımına katkısında azalmaya neden olabileceği gibi, beklentileri karşılayamama kaygısı da ek bir stres faktörüne dönüşebilir.<sup>107</sup>

Son zamanlarda toplumda babaların da bebek bakımında birincil görev almaları beklentisi yaygınlaşmıştır. Bu beklenti babalar üzerinde stres yaratmakta ve depresyon kaynağı oluşturmaktadır. Babaların bebek bakımında zorlanmalarının bir nedeni de kendi hayatlarında bu şekilde bir rol model olmayışıdır. Birçok erkek kendi babalarından çocuk bakımı ile ilgili yeterli bilgi ve beceri kazanmadıklarını belirtmektedir.

Babalarda doğum sonrası depresyon için diğer risk faktörleri düşük sosyoekonomik düzey, üvey anne/baba ile yetişmiş olmak, bekar annenin partneri olmak, ilk kez baba oluyor olmak, ailesel ve toplumsal destek sistemlerinin yetersizliği olarak sayılabilir.<sup>107,110,111, 114</sup>

### **2.3.5. Klinik**

Doğum sonrası depresyona giren babalarda içe kapanma, kararsızlık, kötümserlik, öfke nöbetleri, alkol veya madde kullanımı, çabuk sinirlenme, geçimsizlik, eşe şiddet uygulama, somatik semptomlar (hazımsızlık, kabızlık, ishal, baş ağrısı, diş ağrısı, bulantı, uykusuzluk) ve olumsuz ebeveyn tutumları gözlemlenebilir.<sup>108,110,112</sup>

Babalarda doğum sonrası depresyonda annedekinden farklı olarak, bulgular kolay tanınmayabilir ve ilerleme yavaş seyirlidir. Depresyon sıklıkla annedeki oluşma zamanına göre daha geç bir zamanda görülür. Sosyal ve ekonomik durumlardaki değişikliklere bağlı oluşan stres depresyon semptomlarını maskeleyebilir.<sup>112</sup>

Erkeklerde doğum sonrası depresyon ile diğer psikiyatrik bozuklukların eş zamanlı olarak görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>108</sup> Babalarda depresyona en sık anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eşlik

etmektedir. Çalışmalarda yeni baba olan erkeklerin %10'unda anksiyete düzeylerinde ciddi artış olduğu saptanmıştır. Matthey ve arkadaşlarının 356 baba ile yaptıkları çalışmada anksiyete problemi olan babalarda depresyon riskinin %30'dan %100'e çıktığı gösterilmiştir.<sup>115</sup>

### 2.3.6. Sonuçlar-Etkileşimler

Çocukla ilgili:

Son yıllarda babadaki depresyonunun bebek ve çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalara ağırlık verilmiştir. Babada doğum sonrası depresyonun baba-çocuk bağlanmasını olumsuz etkileyebileceği, ileri dönemde çocukta davranış bozukluğu, hiperaktivite, anksiyete, depresyon, konuşmada gecikme gibi psikopatolojilere neden olabileceği düşünülmektedir.<sup>108,109,110, 116,117</sup>

Baba çocuk arasındaki ilişkinin kalitesi önemlidir. Özellikle bebeğin yaşamının ilk bir yılındaki bilişsel duygusal ve sosyal gelişimde bu ilişki daha da önem kazanır. Yetersiz ve tutarsız ebeveyn davranışları ile bir stres hormonu olan kortizol seviyesinin bebekte yükselebileceği, sonuçta beyin gelişiminin olumsuz yönde etkilenebileceği bildirilmiştir.<sup>108</sup> Bazal kortizol seviyelerindeki kronik yüksekliğin çocuğun psikolojik gelişimi ve bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz etkileri olabileceği gösterilmiştir. Örneğin; depresyondaki bir ebeveynin çocuğunda orbitofrontal korteks gelişiminin engellenebileceği saptanmıştır. Bu durumun hayat boyu çocuğun bilişsel ve duygusal davranışlarını düzenlemesinde problemlere yol açabileceği düşünülmektedir. Ebeveyn depresyonunun çocuklardaki uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; babalardaki major depresyonun erkek çocuklarda genç erişkin dönemde psikososyal işlevlerde azalma ve intihar düşünce/ eylemlerinde artışa, kız çocuklarında ise depresyona neden olduğu bildirilmiştir.<sup>108</sup> Babada doğum sonrası depresyon, çocuk istismarı için de bir risk faktörü olarak bildirilmektedir.

Her iki ebeveynin depresyonda olduğu ailelerde çocuklardaki etkilenme riski artacaktır. Annede doğum sonrası depresyon olması durumunda babalar çocukların olumsuz etkilenmelerini önlemede önemli bir tampon rolü oynarlar. Babada da depresyon olması durumunda bu destek ortadan kalkacaktır.<sup>118</sup>

Paulson, Dauber ve Leiferman (2006) çalışmalarında anne ve babadaki doğum sonrası depresyonun ebeveyn davranışları üzerindeki tek tek ve birlikte etkilerine odaklanmışlardır. Buna göre olumsuz etkilenme oranı en fazla her iki ebeveynin de depresyonda olduğu ailelerin bebeklerinde görülmektedir. Bu bebeklerde sırt üstü uyuma ve emme güçlükleri ve uyutmak için biberon kullanımı daha fazla oranda saptanmıştır. Yine bu ailelerde babaların ev dışında çocuklarıyla oyun oynama ve onlara şarkı söyleme sıklığında azalma görülmüştür.<sup>118</sup>

Davis ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında doğum sonrası depresyon yaşayan erkeklerin, çocuklarına daha fazla fiziksel şiddet uyguladığı ve onlara daha az yüksek sesle kitap okuduğu bildirilmiştir.<sup>119</sup> Paulson ve ark.nın 2009'da yaptığı çalışmada doğum sonrası erken dönemde depresyona giren babaların çocuklarına daha az kitap okuduğu, bunun da çocuğun dil gelişimini olumsuz etkilediği saptanmıştır.<sup>120</sup>

Ramchandai ve ark. 2005 çalışmasında babalar, doğum sonrası depresyonu için 8. ve 21. ayda taranmıştır. Çocukların davranışları 3,5 yaşında değerlendirilmiştir. Buna göre babada doğum sonrası depresyon olan çocuklarda duygusal problemler, davranış bozuklukları ve hiperaktivite sıklığı daha fazla görülmüştür. Erkek çocukların kızlara oranla daha fazla risk altında olduğu belirtilmiştir.<sup>109</sup>

Ramchandai 2008 çalışmasında prenatal dönemden 7 yaşa kadar olan süreye ait aile verileri taranmıştır. Bu çalışmada babada doğum sonrası 8. haftada ortaya çıkan depresyonun ileri çocukluk çağında tanı alan psikiyatrik bozukluklarla güçlü ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum özellikle antisosyal davranış bozukluğu görülen çocuklarda belirgindir. Bu da babanın çocuğun sosyalleşmesindeki rolüyle ilişkilendirilmiştir.<sup>116</sup>

Bu çalışmalarda babadaki depresyonun aile içi streste artış, baba- çocuk bağlanmasında azalma ve çocukta ileri dönemde davranış bozukluğu, hiperaktivite gibi psikopatoloji oluşma risklerinde artışa neden olduğu saptanmıştır.

Babadaki depresyon ve anksiyetenin ailedeki bir diğer yansıması şiddet olaylarında artış olarak karşımıza çıkabilir. Bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki

annelerin dörtte birinin eşlerinden şiddet gördüğü saptanmıştır. Bu vakalarının %69'unda şiddet olayının evliliklerinde ilk kez olduğu bildirilmiştir.<sup>121</sup>

Babalardaki doğum sonu depresyonu sağlık harcamalarında artış ile ilişkisi nedeniyle toplum sağlığı açısından da önem taşımaktadır.<sup>122</sup>

Bu veriler babadaki doğum sonrası depresyonun önemini vurgulamaktadır. Bu olumsuz sonuçların önlenmesi için babalarda doğum sonrası depresyon taraması, tanı ve tedavisinin gerekliliği önem taşımaktadır.

### **2.3.7. Tanı**

Günümüzde babada doğum sonrası depresyonuna özel bir tarama ölçeği bulunmamaktadır. Bununla birlikte yabancı kaynaklı çalışmalarda DSM-IV tanı kriterleri, Genel Sağlık Anketi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Değerlendirme Ölçeği (EDDÖ), Beck Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, CES-D (Center Of Epidemiologic Studies Depression Scale), BSI (Brief Symptom Inventory), CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form), DIS (Diagnostic Interview Schedule), MHI-5 (Mental Health Index Of The Short Form-36 Health Survey), PAS (Psychiatric Assessment Schedule) gibi ölçeklerin kullanılabilirdiği görülmüştür.<sup>111</sup> Bu ölçekler depresyon tarama ve tanısında kullanıldığı gibi bazıları özellikle annede doğum sonrası depresyon tanı ve taraması için kullanılmaktadır. Annede doğum sonrası depresyon tanısı için geliştirilen ölçeklerin erkekler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması ve babada doğum sonrası depresyon tanısı için yeni tanı araçlarının geliştirilmesi gereklidir.

Annelerde yaygın olarak kullanılan bir araç Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğidir. EDDÖ 1987'de J.L.Cox tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Cox 1994'te ölçeğin depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceğini ifade etmiştir. EDDÖ, 8'i depresif belirtilerle (üzüntü, suçluluk), ikisi de anksiyete ile ilgili belirtilerle (endişe, kaygı, korku, panik) ilişkili olan toplam 10 sorudan oluşur. Farklı çalışmalarda sınır değeri 9 ile 13 arasında değişkenlik göstermektedir.<sup>107</sup>

EDDÖ, ABD’de ve İngilizce konuşulmayan ülkelerde geçerlilik ve güvenilirlik testinden geçmiş olup, erkekler için de valide edilmiştir.<sup>122,123</sup> Matthey-Barnett 2001 EDDÖ’nin erkekler için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Bu çalışmada babalarda depresyon/anksiyete değerlendirmesinde depresyon için sınır değeri 9, anksiyete için 5 olarak kabul edilmiş olup bu değerler anneler için kabul edilenden yaklaşık 2 puan düşüktür. Kadınlarda düşük sınır değerleri minör doğum sonrası depresyonuna karşılık gelmektedir ancak bu düşük değerler babalardaki depresif belirtilerin hafif olduğunu göstermeyebilir. Aksine erkeklerin duygularını ifade etmekte kadınlara göre daha fazla zorlandığı ve depresyon düzeyleri aynı olsa bile EDDÖ gibi öz bildirim ölçeklerinde daha düşük puanlar aldıkları bildirilmiştir.<sup>124</sup>

Bu nedenle ölçeklerin ve sınır değerlerinin babalarda doğum sonrası depresyon araştırılmasına yönelik düzenlenmesi ve geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının yapılması önem taşımaktadır.

Ülkemizde EDDÖ Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından doğum sonrası 0-6 aylık dönemdeki 76 kadın ile yapılmıştır. EDDÖ’nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0.79, sınır değeri 12/13 alınmıştır. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta postpartum depresyon açısından risksiz, 13 ve üstünde ise postpartum depresyon açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Engindeniz ve arkadaşları çalışma sonucunda ölçeğin depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceğini ancak bu alanda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu gösteren çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmişlerdir.<sup>92,94</sup>

## **2.4. BİRİNCİ BASAMAKTA RUHSAL HASTALIKLAR**

WONCA’nın (World Organization of Family Doctors) tanımına göre Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi

aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler.<sup>134</sup>

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluştururlar.

Birinci basamak, sağlık sistemine giriş noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık hizmet basamaklarına göre ayrı bir öneme sahiptir. Birinci basamak kolay ulaşılabilirliği, diğer hizmet veren kurumlara göre daha fazla insanla iletişim kurabilmesi nedeniyle önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle erken tanı ve tedavideki önemli rolü nedeniyle daha çok ikincil korumada oldukça önemlidir. On dört ülkeden 26.000 kişinin katıldığı bir çalışmada birinci basamakta depresyonun %10,4 oranında, yaygın anksiyete bozukluğunun %7,4 oranında görülmesi ruhsal bozuklukları önlemede birinci basamağın rolünün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dünyanın çoğu bölgesinde her 3-4 tedavi edilebilir ruhsal sorunları olan kişiden birinin birinci basamağa başvurduğu düşünülürse birinci basamağın merkezi rolü yeterince anlaşılacaktır. Ruhsal bozuklukların oluşumuna genetik faktörlerin belirgin etkisi birinci basamakta önleyici tedbirlerin etkisini sınırlamasına rağmen belirli alanlarda umut verici uygulamalar mevcuttur. Bu alanlar çocukluk çağı ruhsal problemlerin önlenmesi, doğum sonu depresyon, yas, alkolle ilişkili problemler, özkıyım vb. dir. Her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşaması, dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'ini psikiyatrik sorunların oluşturması ruhsal sorunları bir halk sağlığı önceliği haline getirmiştir. Önemli oranda ekonomik kayıplara da yol açmaktadır.<sup>125</sup>

Sağlıktan her söz edildiğinde beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, öte yandan ruh sağlığının soyut konuları kapsamaması, uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmesini engellemiştir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde gelişmesi, yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması, diğer sağlık hizmetlerine göre



daha geç olmuştur. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar oldukça yaygın görülmekte, tüm insanların %25' inden fazlası yaşamlarının herhangi bir döneminde bu hastalıklardan etkilenmektedir (DSÖ-2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozukluk görülme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9 iken, 4- 18 yaş grubunda %10,7, erişkinlerde ise %15,4'dür. Toplumumuzda ruhsal bozukluk sıklığının yüksek olmasına karşın tedavi için başvuru oldukça düşüktür. Yetişkinlerde bu sıklık %4,7 olup, diğer yaş gruplarında bu oran daha da azalmaktadır. Ruh sağlığı hizmeti almak için başvuru için başvuru için bakıldığında ise, kişilerin %39'u psikiyatri uzmanına başvururken, %33'ü diğer uzman doktorlara, %21'i birinci basamakta çalışan hekimlere başvurmaktadır.<sup>126</sup> Ruhsal hastalığı olanların %51'lik bölümü, ilaçlarını psikiyatrist dışında diğer uzman hekimlerden almaktadır. Birinci basamak hekimine başvurup tedavi alabilenlerin oranı sadece %18'dir. Görüldüğü gibi birinci basamak, ruh sağlığı konusunda sağlık hizmet basamağında istenilen yeri alamamıştır. Ruhsal hastalıkların, birinci basamakta tanınması ve etkili tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, kronikleşen hastalıkların ise izlemlerinin yapılması bireylerin genel sağlıklarını olumlu etkileyeceği gibi, kronik ruhsal hastalıkların yol açtığı, bireysel, sosyal ve ekonomik yıkımları da engellemiş olacaktır.<sup>127</sup>

Ruhsal hastalıklar açısından bakıldığında kadınlarda gözlenen oranlar erkeklerdeki oranların yaklaşık iki katıdır. Erişkinlerde gözlenen bozukluklar en sık somatoform bozukluklardır ve bunları depresif bozukluklar ile anksiyete bozuklukları izlemektedir. Çocuk ve ergenlerde ise bu sıralama anksiyete, depresyon ve davranış bozuklukları şeklindedir. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin ruhsal tedavi amacıyla başvuruda bulunma oranları depresif bozukluklarda en yüksek düzeyde bulunmakta, bunu sırasıyla somatoform bozukluklar ve anksiyete bozuklukları izlemektedir. Erişkinlerde en az bir ruhsal sorunu nedeniyle başvuru oranı %13,4, çocuk ve ergenlerde bu oran %0,3 gibi çok düşük bir düzeyde kalmaktadır. Birinci basamağa başvuranlar arasında ruhsal bozukluklara sahip olanların oranı oldukça yüksek olup, bazı ülkelerde başvuranların %15-40'ını oluşturmaktadır. Bazı çalışmalarda, birinci basamak hekimlerine sürekli başvuran vakaların üçte birinden fazlasında, önemli düzeylerde psikolojik sıkıntı bulunduğu ve bu hastaların ancak %15-25'ine spesifik olarak anksiyete ya da depresyon tanısı konabildiği

gösterilmiştir. En sık görülen ruhsal bozukluklar; duygu durum bozuklukları, demans, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, epilepsi, anksiyete bozuklukları, madde ve alkol bağımlılığıdır. Alkol ve psikoaktif ilaç kullanımı ise bu hastalıkların peşinden getirdiği ek sorunlardır. Bu hastalıklar içinde, depresyonun birinci basamakta en yaygın görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle önemli bir yeri vardır. Ulusal sağlık hizmetleri için maliyeti oldukça yüksektir.<sup>128</sup>

Depresyon çeşitli yönleriyle birinci basamak hekimliğinde sık rastlanılan bir sorundur. Yapılan toplumsal çalışmalarda yaşam boyu prevalansı %4,9 – 17,1 arası izlenirken, birinci basamakta yapılan kesitsel çalışmalarda sıklığı %4,8 – 8,6 arasında değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü majör depresyonu dünyada en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak bildirirken, insan yaşamında ve işlevlerinde; iskemik kalp hastalığı ya da serebrovasküler olaylardan daha fazla bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir. DSÖ, 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir. ABD'de depresyondaki hastaların %75'i yakınmaları için psikiyatristler yerine ilk önce bir birinci basamak hekimine başvurmuşlardır.<sup>129</sup> Ancak birinci basamakta depresif hastalıkların saptanarak, doğru tanı konulması oranı %30-50 arasındadır.<sup>130</sup>

Bu bilgiler ışığında hastaların başvuru nedeni bir ruhsal problem olmasa bile muayene ve sorgulama sırasında ruhsal açıdan da değerlendirilmelidir.

Depresyon nedenleri arasında birinci basamakta belki de en çok rastlanıp tanı konulabilecek olan doğum sonrası depresyonudur. Çünkü aile hekimi özellikleri gereği gebelik ve sonrası dönemde aileyle en çok görüşen, anneyi ve bebeği bu dönemde en çok takip eden sağlık çalışanıdır. Bu dönemde annede, bebekte ya da babada oluşabilecek herhangi bir problemi saptama şansı birinci basamakta daha yüksektir. Doğum sonrası dönemde, anne ve babada depresyon riskinin olması nedeniyle yakın takip gerektirir. Özellikle baba böyle bir durumu dile getirmeyeceği ve semptomlarını gizleyebileceği için gözden kaçırılabilir. Oluşabilecek bir depresyon ve bunun anne, baba ve bebekteki sonuçları ile de aile hekimi ilgilenmek durumunda kalacaktır. Bu nedenlerle doğum sonrası depresyon taramasının, birinci basamağın görevlerinden biri olduğu düşünülmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından babalarda doğum sonrası depresyon oranını belirlemek için yapılan tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği seçilmiş, bunun için gerekli yazılı izin alınmıştır. Seçilen kliniğe Mamak ve çevresi daha fazla olmak üzere Ankara'nın her yerinden, kimi zaman da çevre illerden hastalar gelmektedir.

#### **3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM**

Çalışma evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2013 yılı Nisan, Mayıs, Haziran aylarında doğan bebeklerin babaları oluşturmuştur. Bu sürede 686 doğum gerçekleşmiştir.

Doğum sonrası dönemdeki ailelerle yapılan “Psychosocial Health of Taiwanese Postnatal Husbands and Wives” çalışmasında babalarda depresyon görülme oranı %31 olarak tespit edilmiştir. Bu veriden yararlanarak %10'luk bir sapma alındığında, %95 güven olasılığında alınması gereken en az örneklem büyüklüğü 243 olarak hesaplanmıştır.

Bu sürede 345 kişi ile görüşülmüş, 273 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. İlk görüşmede katılımı kabul edenlerden 21 kişi, ikinci görüşmeye gelmemiştir.

Çalışma 252 kişi ile tamamlanmıştır.

### 3.4. DIŞLANMA KRİTERLERİ

Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi alan babalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### 3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

#### 3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışma için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği 1987'de Cox tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir.<sup>92</sup> Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0,87, kesme puanı 12/13 bulunmuştur. Cox 1994'te ölçeğin depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceğini ifade etmiştir. Ülkemizde EDDÖ'nin Türkçe formunun geçerlilik güvenirliği Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından doğum sonrası 0-6 aylık dönemdeki 76 kadın ile yapılmıştır.<sup>94</sup> EDDÖ'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0,79, kesme puanı 12/13 alınmıştır. EDDÖ toplam 10 soru içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Elde edilen puan 12 ve altında ise hasta postpartum depresyon açısından risksiz grupta, 13 ve üstünde ise postpartum depresyon açısından riskli grupta olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur (Engindeniz ve ark 1997).

Engindeniz ve arkadaşları çalışma sonucunda ölçeğin depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceğini ancak bu alanda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu gösteren çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmişlerdir. Biz de çalışmamızda bu ölçeği kullanmanın doğum sonrası döneme özgü depresyonu belirlemede daha faydalı olacağını düşündük. Babalar için ayrıca geçerlilik

güvenilirlik çalışmasının olmaması, bu ölçekle birlikte daha net sonuçlar alabileceğimiz başka bir ölçeğin de kullanımı ihtiyacını doğurdu. Bu nedenle klinik görüşme sonuçlarına dayanan Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin kullanımını uygun bulduk.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır.<sup>135</sup> Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 madde içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Geriye kalan 4 madde ya seyrek (depersonalizasyon) olarak görülür ya da şiddet yerine hastalığın boyutunu (günlük değişimler) tanımlar. HDDÖ ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir. Bunlar uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddelerdir. Alınacak en yüksek puan 53'tür. HDDÖ psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog, sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabileceği gibi, klinik araştırmalarda test kullanımı konusunda eğitim almış klinisyen olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. İlk yayınlandığında herhangi bir rehber içermeyen ölçek, daha sonra her maddeyi ölçmek için önerilerle birlikte yayınlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği adıyla Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>136</sup> Kesme noktaları 23 üzeri çok şiddetli, 19-22 şiddetli, 14-18 orta derecede, 8-13 hafif derecede ve 7 ve altı normal olarak saptanmıştır. HDDÖ iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, güvenilirlik katsayısı ise 0,76 olarak bulunmuştur.

Sosyodemografik bilgi formu önceki çalışmaların incelenmesi sonucu tarafımızca etiyolojiye yönelik olarak hazırlanmıştır. Formda babaların biyopsikososyal açıdan farklı özellikleri sorgulanmaktadır. Tablo 3.1'de sosyodemografik bilgi formunda sorgulanan özellikler gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Sosyodemografik Bilgi Formunda Sorgulanan Özellikler

Kişisel özellikler	Gebelikle ilgili özellikler	Hastalık ve depresyon	Sosyal özellikler
Yaş	Çocuk sayısı	Kronik hastalık öyküsü	Evde yaşayan kişi sayısı
Eğitim	Gebelik planı	Psikiyatrik hastalık öyküsü	Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı
Meslek	Gebelik öncesi tedavi	Ailede psikiyatrik hastalık varlığı	Eşle olan ilişki
Gelir düzeyi	Cinsiyet beklentisi	Eşinde psikiyatrik hastalık varlığı	Sosyal destek
Çalışma saati			
Yaşanılan yer			
Yaşanılan konutun özelliği			
Evlilik süresi			

### 3.5.2. Uygulama

Biz çalışmamızda babalarla yüz yüze iki görüşme planladık. Görüşmelerin ilki doğum sonrası 1. gün AÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği doğum katında, ikincisi bebek 6 haftalık olduğunda AÜTF Cebeci Kampüsü Aile Hekimliği Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

Çalışma planlanırken gebe polikliniği ve sağlıklı çocuk izlem polikliniğinde yapılan gözlem ve değerlendirmeler sonucunda doğum sonrası dönemde babalar ile iletişime geçebilmek için en uygun zamanın bebek doğduğunda hastanedeki zaman olduğu belirlenmiştir. İlk görüşmede babalara aydınlatılmış gönüllü olur formu okutulmuş ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Katılımı kabul eden babalardan imza alınarak Edinburgh doğum sonrası depresyon derecelendirme anketinin ve sosyodemografik bilgi anketinin doldurulması istenmiş; araştırmacı tarafından yapılan görüşme ve sorulan sorular sonucunda Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği doldurulmuştur.

İkinci görüşme bebek 6 haftalık olduğunda aile hekimliği polikliniğine çağrılarak yine yüz yüze yapılmıştır. Cox, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğini geliştirdiğinde; bu ölçeğin özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yararlı olduğunu ve bir tarama ölçeği olarak kullanılabileceğini belirtmiştir. Buna ek olarak ölçeğin özellikle 6. haftada kullanıldığında uygun psikometrik özelliklere sahip olduğu ve depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceği belirtilmiştir (Cox,1994). Bu sebeple ikinci görüşme zamanı olarak doğum sonrası 6. hafta uygun görüldü. Bu görüşmede Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Derecelendirme

ölçeğinin baba tarafından ikinci kez doldurulması istendi ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği araştırmacı tarafından yapıldı.

### 3.6. İSTATİSTİK ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS for WINDOWS 15 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama± standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min-max), nominal değişkenler için ise vaka sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirilmiştir.

Ölçeklerin zamana göre değişimi dağılım normal ise Paired testi ile dağılım normal değilse Wilcoxon testi ile araştırılmıştır. Ölçekler arasındaki uyum ICC (Intraclass Correlation Coefficient) ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken dağılım normal olmadığında Spearman korelasyon testi ile normal olduğunda Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin, depresyon açasından, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğini ayırıcı özellik taşıyıp taşımadığı Roc Curve analizi ile test edilmiştir. Ayırıcı özellik taşıyan değişkenler için Youden İndex e göre cut off değeri hesaplanmıştır yani duyarlılık ve seçiciliğın en yüksek olduğu noktadaki değer cut off değer olarak belirlenmiştir.

Depresyon oluşumunda bağımsız risk faktörlerini belirlemek için, tek değişkenli analiz sonucunda anlamlı çıkan değişkenler çok değişkenli logistik regresyon analizi yöntemi ile değerlendirilip risk katsayıları bulunmuştur.

$p < 0,05$  için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.03.2013 tarih ve 05-200-13 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay alınmıştır.



## 4. BULGULAR

Çalışma AÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Nisan 2013-Haziran 2013 döneminde doğan bebeklerin babaları ile yapıldı. Çalışmaya doğum sonrası dönemde olan 252 baba alındı. 101 kişinin ilk babalık deneyimi idi.

Tablo 4.1’de babaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Babaların Sosyodemografik Özellikleri

	Ortalama	Standart sapma
<b>Yaş</b>	32,33	4,95
	Ortalama	Min- Max
<b>Günlük çalışma saati</b>	9,5	0-24
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	6	1-20
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	4	2-11
<b>Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı</b>	3	0-10
	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlköğretim	48	19
Lise	93	37
Üniversite	111	44
<b>Gelir düzeyi (TL)</b>		
0- 499	1	0,4
500- 999	34	13,5
1000- 1499	69	27,4
1500 ve üzeri	148	58,7
<b>Yaşanılan yer</b>		
<b>İl</b>	220	87,3
İlçe	26	10,3
Köy/ kasaba	6	2,4
<b>Yaşanılan konut</b>		
Gecekondu	25	9,9
Apartman dairesi	218	86,5
Müstakil ev	9	3,6

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların kişisel özelliklerine bakıldığında; yaş ortalaması  $32,33 \pm 4,95$  idi. Eğitim düzeylerine bakıldığında babaların %19’u

ilköğretim, %37'si lise, %44'ü üniversite mezunu idi. Çalışma saatlerinin ortalaması 9,73 (0- 24) saat idi. Gelir düzeylerine bakıldığında %58,7'si 1500 TL ve üzerinde gelire sahipti. Katılımcıların %87,3'ü il merkezinde, 218'i (%86,5) de apartman dairesinde yaşamakta idi. Evlilik sürelerinin ortalaması 6 (1- 20) yıl idi. Evde yaşayan kişi sayısının ortalaması 4 olmakla birlikte sayılar 2 ile 11 arasında değişmekte idi. Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı da benzer şekilde 0 ile 10 arasında değişip ortalaması 3 olarak bulundu.

Tablo 4. 2'de babaların kronik ve psikiyatrik hastalık öyküleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.** Babaların Kronik ve Psikiyatrik Hastalık Öyküleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendinde kronik hastalık		
Var	11	4,4
Yok	241	95,6
Kendinde psikiyatrik hastalık		
Var	10	4
Yok	242	96
Eşinde psikiyatrik hastalık		
Var	4	1,6
Yok	248	98,4
Ailede psikiyatrik hastalık		
Var	12	4,8
Yok	240	95,2

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi, babaların hastalık öyküleri değerlendirildiğinde %95, 6'sında kronik hastalık öyküsü yoktu. Babaların %4'ünde psikiyatrik hastalık öyküsü saptandı. Eşlerinde psikiyatrik hastalık sorgulandığında sadece 4 (%1,6) kişide mevcut idi. 12 kişinin (%4,8) kendi ailesinde psikiyatrik hastalığa rastlandı.

Tablo 4.3'te mevcut gebelikle ilgili özellikler verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Mevcut Gebelikle İlgili Özellikler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kaçıncı çocuk		
1	101	40,1
2	98	38,9
3	42	16,7
4	10	4
5	1	0,4
Planlı gebelik		
Evet	191	75,8
Hayır	61	24,2
Tedavi ile gerçekleşen gebelik		
Evet	22	8,7
Hayır	230	91,3
Cinsiyet beklentisi		
Kız	36	14,3
Erkek	26	10,3
Fark etmez	190	75,4

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, gebelik ve çocukla ilgili özelliklerden; çocuk sayılarına bakıldığında 1 ile 5 arasında değişmekle birlikte, babaların çoğunun ilk babalık deneyimi idi. Gebeliğin planlı olup olmadığı sorgulandığında 61 kişi (%24,2) hayır yanıtını verdi. Tedavi ile gerçekleşen gebelik oranı %8,7 idi. Cinsiyet beklentileri sorulduğunda 190 (%75,4) baba, fark etmez yanıtını verdi.

Tablo 4.4'te gebeliğin planlı olup olmaması ile yaş arasındaki ilişki gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.** Planlı Gebelik – Yaş Arasındaki İlişki

Planlı gebelik	Yaş ortalaması	Min- max	p
Evet	32	22-45	p= 0,352
Hayır	32	23-44	

Tablo 4.4'te gösterildiği gibi, gebelik planı ile yaş ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.5'te babaların sosyal ilişki özellikleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Babaların Sosyal İlişki Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşle olan ilişki		
Çok iyi	155	61,5
İyi	80	31,7
Orta	16	6,3
Kötü	1	0,4
Sosyal destek		
Var, yeterli	172	68,3
Var, yetersiz	64	25,4
Yok	16	6,3

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, babalara eşleri ile olan ilişkinin derecesi sorulduğunda 155'i çok iyi olarak yanıtladı. 64 kişinin yanıtına göre çevrelerinde sosyal destek olabilecek kişilerin var olduğu fakat yetersiz olduğu saptandı.

Babalarda doğum sonu depresyonu ölçmek amacı ile Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeğinin (EDDÖ) ve Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin (HDDÖ) farklı iki zamanda yapılan değerlendirmelerinin puan ortalamaları alındı ve birbirleri ile olan ilişkileri değerlendirildi.

Tablo 4. 6'da her iki ölçekten alınan puan ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları

	Edinburgh 1	Edinburgh 2	Hamilton 1	Hamilton 2
Puan Ortalaması	5,35	5,85	2,58	2,73
Standart sapma	4,29	4,08	2,45	2,40

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, ilk görüşmede EDDÖ puan ortalaması  $5,35\pm 4,29$ , HDDÖ puan ortalaması  $2,58\pm 2,45$  olarak saptandı. Altıncı haftada yapılan

görüşmelerdeki EDDÖ ortalama puanı  $5,85 \pm 4,08$ , HDDÖ ortalama puanı  $2,73 \pm 2,40$  olarak bulundu.

Tablo 4.7’de ROC analizinden elde edilen EDDÖ kesme değeri ve bu değere ait oranlar verilmiştir.

**Tablo 4.7.** ROC Analizinden Elde Edilen EDDÖ Kesme Değeri ve Bu Değere Ait Oranlar

EDDÖ Kesme Puanı	duyarlılık	özgüllük	Pozitif prediktif değer	Negatif prediktif değer
12,5	0,90	0,97	0,64	0,99

Tablo 4.7’de gösterildiği gibi, ROC analizi sonucunda duyarlılık ve özgüllüğün en yüksek olduğu noktada (0,90-0,97) kesme puanı 12,5 olarak bulundu. Hamilton 1’in, Edinburgh 1’i ayırıcı özellik taşıdığı tespit edildi ( $p < 0,001$ ).

İkinci görüşmenin sonucunda elde edilen Hamilton 2 ve Edinburgh 2 ölçeklerinin ortalamaları karşılaştırıldığında Hamilton 2’nin Edinburgh 2’yi ayırıcı özellik taşıdığı tespit edildi ( $p < 0,001$ ).

Tablo 4.8’de ilk görüşmedeki ölçeklerden alınan puan ortalamalarının Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmesi gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.** İlk Görüşmedeki Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Spearman Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	Puan ort.	
Edinburgh 1	5,35	r:0,91
Hamilton 1	2,58	<b>p&lt;0,001</b>

Tablo 4.8’de gösterildiği gibi, ilk değerlendirmeler olan Hamilton 1 ve Edinburgh 1’den hesaplanan puan ortalamaları, Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi ve pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulundu ( $r = 0,919$ ,  $p < 0,001$ ). Bu iki ölçeğin depresyon risk oranlarını benzer şekilde ölçtüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.9’da ikinci görüşmedeki ölçeklerden alınan puan ortalamalarının Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmesi gösterilmiştir.

**Tablo 4.9.** İkinci Görüşmedeki Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Spearman Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	<b>Puan ort.</b>	
Edinburgh 2	5,35	r:0,93
Hamilton 2	2,58	<b>p&lt;0,001</b>

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, doğum sonrası 6. haftada yapılan Hamilton 2 ve Edinburgh 2 ölçümlerinin ortalamaları da Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi, benzer şekilde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulundu ( $r = 0,939$ ),  $p < 0,001$ ).

Tablo 4.10.’da ölçeklerden alınan puan ortalamalarının zamana göre değişimi gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.** Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimi

	<b>1. görüşme</b>	<b>2. görüşme</b>	
Edinburgh	5,35	5,85	<b>p&lt;0,001</b>
Hamilton	2,58	2,73	<b>p&lt;0,001</b>

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi, ölçeklerin zamana göre değişimleri Wilcoxon testi ile değerlendirildi. Edinburgh 1 ve Edinburgh 2 arasında anlamlı bir yükseliş olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ). Hamilton 1 ve Hamilton 2’nin arasında yine anlamlı bir artış gözlemlendi ( $p < 0,001$ ).

Her iki ölçekten alınan ortalama puanlar zamanla artış göstermişti.

Ölçekler arasındaki uyum ICC ile değerlendirildi. Edinburgh 1 ve Hamilton 1 arasında uyum katsayısı  $ICC=0,88$  olarak bulundu, yüksek düzeyde uyum tespit edildi ( $p < 0,001$ ).

Yine Edinburgh 2 ve Hamilton 2 arasındaki uyum katsayısı  $ICC=0,90$  olarak bulundu, yüksek düzeyde uyum saptandı ( $p < 0,001$ ).

Tablo 4.11’de çalışma kapsamındaki babalardan EDDÖ ve HDDÖ ile elde edilen depresyon oranları verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Depresyon Oranları

EDDÖ puanı	EDDÖ-1 depresyon oranları		EDDÖ-2 depresyon oranları	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<13	238	%94,4	238	%94,4
≥ 13	14	<b>%5,6</b>	14	<b>%5,6</b>

HDDÖ puanı	HDDÖ- 1 depresyon oranları		HDDÖ- 2 depresyon oranları	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
≤7	242	%96	243	%96,4
>7	10	<b>%4</b>	9	<b>%3,6</b>

Bizim çalışmamızda EDDÖ’den alınan puanlar değerlendirilirken 13 ve üzerinde puan alanlar depresyon açısından riskli olarak kabul edildi. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, ilk görüşmeden alınan puanlar değerlendirildiğinde babalarda doğum sonrası depresyon oranı %5,6 olarak saptandı. Benzer şekilde ikinci görüşmede de oran %5,6 olarak bulundu.

HDDÖ’den alınan puanlar değerlendirilirken 7 ve altında puan alanlar depresif olmayan, risksiz grup olarak kabul edildi. Buna göre ilk görüşmedeki depresyon oranı %4, ikinci görüşmedeki depresyon oranı da %3,6 olarak saptandı.

EDDÖ’den alınan puanlar değerlendirildiğinde ortalamayı en çok yükselten değer dördüncü soru kaynaklı olduğu saptandı (SORU 4- Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum).

Bu sonucun her iki görüşme için de geçerli olduğu belirlendi (Edinburgh 1-Edinburgh 2).

Tablo 4.12’de babaların kişisel özelliklerinin EDDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.12.** Babaların Kişisel Özelliklerinin EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması- 1

	EDDÖ-1		EDDÖ-2	
	r	p	r	p
Yaş	0,08	0,173	0,07	0,258
Çalışma saati	0,04	0,441	0,06	0,346
Evlilik süresi (yıl)	0,10	0,087	0,08	0,187
Çocuk sayısı	0,16	<b>0,008</b>	0,15	<b>0,017</b>
Evde yaşayan kişi sayısı	0,15	<b>0,015</b>	0,11	0,071
Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı	0,12	<b>0,044</b>	0,11	0,058

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, kişisel değişkenlerin EDDÖ’den alınan ortalamalar üzerine etkisine bakıldığında; yaş, günlük çalışma saati ve evlilik süresi ile negatif bir ilişki olduğu, ancak bunun istatistiksel olarak anlam taşımadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Çocuk sayısı ile ortalamalar karşılaştırıldığında; her iki görüşmeden elde edilen EDDÖ puan ortalamaları ve çocuk sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,001$ ). Çocuk sayısı arttıkça depresyon riskinin de arttığı tespit edildi.

Evde yaşayan kişi sayısının ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının ortalamaları EDDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldı. Her iki değişken için de ortalamalar arttıkça depresyon riskinin arttığı tespit edildi. Bu artışın ilk görüşmede elde edilen EDDÖ-1 puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ), EDDÖ-2 üzerinde anlamlı olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.13’te ilk kez baba olanlarda depresyon oranları gösterilmiştir.

**Tablo 4.13.** İlk Kez Baba Olanlarda Depresyon Oranları

	İlk kez baba olanlar	Diğerleri	
Edinburgh <13	97	141	p: 0,366
≥13	4	10	



Tablo 4.13'te gösterildiği gibi, ilk kez baba olmanın depresyon oranları üzerindeki etkisine bakıldığında, ilk çocuğu olan babalarla, 2 ya da daha fazla çocuğu olan babalar arasında depresyon riski açısından anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.14'te babaların gruplandırılan kişisel özelliklerinin EDDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.14.** Babaların Kişisel Özelliklerinin EDDÖ Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması- 2

	EDDÖ-1		EDDÖ-2	
	Med (min-max)	p	Med (min-max)	p
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	7 (0-21)		6 (0-15)	
Lise	5 (0-24)		6 (0-22)	
Üniversite	4 (0-15)	0,159	5 (0-16)	0,183
Gelir düzeyi (TL)				
500-999	7,5 (0-24)		8 (0-22)	
1000-1499	5 (0-22)		5 (0-16)	
1500 ve üzeri	4 (0-21)	0,061	5 (0-16)	<b>0,017</b>
Yaşanılan yer				
İl	5 (0-24)		6(0-22)	
İlçe	4 (0-21)		5,5 (0-14)	
Köy/kasaba	7,5 (3-14)	0,318	6 (3-15)	0,75
Konut tipi				
Gecekondu	7 (0-21)		6 (0-20)	
Apartman dairesi	4 (0-24)		5 (0-22)	
Müstakil ev	7 (3-14)	0,057	8 (3-15)	0,076

Tablo 4.14'e bakıldığında, eğitim düzeyleri ile EDDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi arttıkça depresyon oranlarının azaldığı, bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ).

Gelir düzeyleri ile EDDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir düzeyi arttıkça depresyon oranlarının azaldığı, bu azalışın sadece EDDÖ-2 üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

EDDÖ puan ortalamaları üzerinde “yaşanılan yer” ve “konut tipi” değişkenlerinin etkisi araştırıldığında köy/kasabada yaşayanlarda, müstakil ev ve gecekonduda yaşayanlarda depresyon oranlarının daha yüksek olduğu fakat bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.15’te babaların hastalık öyküleri ile EDDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.15.** Babaların Hastalık Öyküleri ile EDDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	EDDÖ-1		EDDÖ-2	
	Med (min-max)	p	Med (min-max)	p
Kronik hastalık				
Var	4 (0-16)		4 (0-15)	
Yok	5 (0-24)	0,613	6 (0-22)	0,469
Psikiyatrik hastalık öyküsü				
Var	8,5 (0-22)		9 (1-16)	
Yok	5 (0-24)	<b>0,041</b>	5 (0-22)	<b>0,044</b>
Ešte psikiyatrik hastalık öyküsü				
Var	4,5 (2-9)		3,5 (2-9)	
Yok	5 (0-24)	0,939	6 (0-22)	0,51
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				
Var	7 (0-22)		7,5 (0-16)	
Yok	4 (0-24)	0,063	5 (0-22)	0,073

Tablo 4.15’te görüldüğü gibi, babalarda kronik hastalık varlığı ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Psikiyatrik hastalık öyküsünün var olmasının, her iki görüşmede de EDDÖ puan ortalamaları üzerinde artırıcı bir etkisi olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Eşinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan babaların puan ortalamaları diğerleri ile karşılaştırıldığında fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Ailede psikiyatrik hastalık olmasının, puan ortalamalarını artırdığı tespit edildi. Bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.16.'da mevcut gebelikle ilgili özelliklerin EDDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 4.16.** Mevcut Gebelikle İlgili Özelliklerin EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

	EDDÖ-1		EDDÖ-2	
	Med (min-max)	p	Med (min-max)	p
Planlı gebelik				
Evet	4 (0-21)		5 (0-20)	
Hayır	7 (0-24)	<b>0,002</b>	7 (0-22)	<b>0,001</b>
Tedavi ile gerçekleşen gebelik				
Evet	5 (0-24)		6 (0-22)	
Hayır	5 (0-22)	0,675	5,5 (0-20)	0,985
Cinsiyet beklentisi				
Kız	6,5 (0-21)		7 (0-20)	
Erkek	6,5 (0-14)		6 (1-15)	
Fark etmez	4 (0-24)	<b>0,007</b>	5 (0-22)	<b>0,011</b>

Tablo 4.16'da gösterildiği gibi, gebelik ve çocukla ilgili değişkenler değerlendirildiğinde; gebeliğin planlı olup olmadığı ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Plansız gebeliklerde, babalardaki depresyon oranları diğerlerine göre yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

Gebeliğin tedavi ile gerçekleşmesinin EDDÖ puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ).

Cinsiyet beklentisine bakıldığında; “fark etmez” diyen babalarda EDDÖ puan ortalamaları daha düşük saptandı. Bu farkın özellikle kız bekleyen babalarla karşılaştırıldığında anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Tablo 4.17’de babaların sosyal ilişki özellikleri ile EDDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 4.17.** Babaların Sosyal İlişki Özellikleri ile EDDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	EDDÖ-1		EDDÖ-2	
	Med (min-max)	p	Med (min-max)	p
Eşinizle olan ilişkiniz				
Çok iyi	4 (0-21)		5 (0-15)	
İyi	5 (0-189)		6 (0-16)	
Orta	11 (7-24)	<b>0,000</b>	12 (8-22)	<b>0,000</b>
Sosyal destek				
Var, yeterli	4 (0-21)		4 (0-16)	
Var,yetersiz	7 (0-18)		7 (1-15)	
Yok	10,5 (0-24)	<b>0,000</b>	10,5 (0-22)	<b>0,000</b>

Tablo 4.17’de gösterildiği gibi, erkeklerin eşleriyle olan ilişkilerini tanımlamalarına göre; ilişki düzeyi “çok iyi” den “orta” ya doğru değiştikçe puan ortalamalarının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ).

Çevresel sosyal destek ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında; destek azaldıkça puan ortalamalarının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

Tablo 4.18’de EDDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında anlamlı bulunan değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi gösterilmiştir.

**Tablo 4.18.** EDDÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırıldığında Anlamlı Bulunan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Değişken	Odds ratio	%95 CI	p
Ailede psikiyatrik hastalık (yok)	0,114	0,013-0,998	<b>0,05</b>
Çocuk sayısı	0,425	0,181-0,998	<b>0,049</b>
Planlı gebelik (hayır)	5,594	1,269-24,658	<b>0,023</b>
Cinsiyet (fark etmez)	0,184	0,040-0,845	<b>0,029</b>
Eşle ilişki	11,125	3,602-34,361	<b>0,000</b>
Sosyal destek	25,100	4,049-155,601	<b>0,001</b>

Tablo 4.18’de gösterildiği gibi, EDDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı olan değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Gebeliğin plansız olmasının depresyon riskini 5,5 kat artırdığı tespit edildi ( $p<0,05$ ). Babaların eşleriyle olan ilişki düzeyleri basamaklı olarak değerlendirildiğinde; ilişki düzeyindeki her azalmaya karşılık depresyon riskinin 11 kat arttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ). İlk değerlendirme sonucunda anlamsız saptanan “sosyal destek” parametresi için, “eşle ilişki” faktörü hariç tutulup yeniden lojistik regresyon analizi yapıldı. Bu yeni sonuca göre, sosyal destek yokluğunun depresyon riskini 25 kat arttırdığı saptandı ( $p<0,001$ ).

Çalışmamızda babalarda EDDÖ için cronbach’s alfa değeri ilk görüşme sonuçlarına göre 0,844 olarak, 6. haftadaki sonuçlara göre de 0,88 olarak bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Depresyon önemli bir halk sağlığı problemidir ve giderek yaygınlaşmaktadır. Kadınlarda depresyon riski erkeklere göre iki kat daha yüksektir. Kadın hayatında büyük değişikliklerin yaşandığı doğum ve doğum sonrası dönem aynı zamanda depresyon açısından da riskli bir dönemdir. Bu konuyla ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve önemi vurgulanmıştır. Bu özel dönem kadınları olduğu kadar erkekleri de etkilemekte, depresyon riski ile baş başa bırakmaktadır. Çalışmalar göstermektedir ki; babalarda özellikle doğum sonrası erken dönemde yaşanan depresyon, çocuklarında bilişsel ve duygusal gelişim problemlerine neden olabilmektedir. Babalarda oluşabilecek doğum sonrası depresyon açısından hekimler, özellikle de birinci basamakta çalışanlar dikkatli olmalı, tarama yapmayı hatırlamalıdır. Biz de çalışmamızda babalardaki doğum sonrası depresyon oranını ve bunu etkileyebilecek faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Dünya literatüründe babalarda doğum sonrası depresyonu ile ilgili iki önemli derlemeden biri olan, Goodman ve ark.'nın çalışmasında, babalarda doğum sonrası bir yıllık süreçte depresyon oranının %1,2- %25,5 arasında değiştiği söylenmiştir.<sup>110</sup> Diğer derleme olan Paulson ve Bazemore'un çalışmasında ise babalarda depresyon oranı, doğum öncesi dönemi de dikkate alarak, ortalama %10,4 olarak saptanmış, oranların en yüksek doğum sonrası 3- 6 ay arasında olduğu, bu dönemde %26'ya kadar çıktığı söylenmiştir.<sup>111</sup>

Tablo 5.1’de farklı araştırmalarda babalarda bulunan depresyon oranları verilmiştir.

**Tablo 5.1.** Farklı Araştırmalarda Babalarda Bulunan Depresyon Oranları

Araştırmayı yapan kişi ve yıl	Ölçüm zamanları (doğum sonrası)	Depresyon oranları
Ballard ve ark. (1994)	6. hafta	%9
	6. ay	%5,4
Areias ve ark. (1996)	3. ay	%4,8
	Bir yıllık süreç	%23,8
Lane ve ark. (1997)	3. gün	%3
	6. hafta	%1,2
Deater- Deckard (1998)	8. hafta	%3,5
Morse ve ark. (2000)	4. hafta	%6
	4. ay	%5,8
Dudley ve ark. (2001)	İlk 6 aylık süreçte	%11,8
Pinheiro ve ark. (2006)	12. hafta	%11,9
Rhamchandani (2008)	Bir yıllık süreç	%3,6
Nazareth ve ark. (2008)	4-6 yıl	%8
Paulson ve ark. (2009)	9. ay	%10
Edmonson (2010)	14. hafta	%10
Nishimura ve ark. (2010)	4. hafta	%11,6
Escribe-Agüir ve ark. (2011)	3. ayda	%3,4
	12. ay	%4
Figueiredo ve ark. (2011)	3. ay	%7,2
Fisher ve ark. (2012)	3,5 yıl	%12,6
Kerstis ve ark. (2013)	3. ay	%8,7
Gawlik ve ark. (2013)	Gebelik süreci	%9,8
	4-6 hafta	%7,8
Montigny ve ark. (2013)	8-14 ay arası	%8,2
Roubinov ve ark. (2013)	15. hafta	%9
	21. hafta	%9
Serhan ve ark. (2012)	2-6 ay arası	%1,8

Dünyadaki çalışmalara bakıldığında 1990'lı yılların başından itibaren babalardaki doğum sonrası depresyonu ile ilgili çalışmalar önem ve sıklık kazanmıştır. Bu çalışmalardan farklı oranlar elde edilmiştir. Bu farklılığın nedeni çalışmaların tasarlanışları ile ilgili olabileceği gibi araştırılan topluluğun kültürel farklılıklarından da kaynaklanabilir. Çalışmalarda birçok farklı ölçme metodu ve kesme puanı kullanıldığı gibi çalışmaların uygulanma zamanları da doğum sonrası 3. gün ile 12. ay arasında değişmektedir. Tablo 5.1.'de görüldüğü gibi, kronolojik olarak dünyadaki çalışmalara bakıldığında; Ballard ve ark. babalardaki depresyon oranını doğum sonrası 6. haftada %9,6, ayda %5,4 bulmuştur.<sup>137</sup> Areias ve ark.'nın Portekiz'de yaptığı çalışmada doğum sonrası 3. ayda depresyon oranı %4,8 bulunmuş, bir yıllık depresyon oranı %23,8 olarak verilmiştir.<sup>138</sup> İrlanda'dan Lane ve ark.'nın çalışmasında 3. gün depresyon oranı %3, 6. haftada %1,2 olarak bulunmuştur.<sup>139</sup> Deater- Deckard 8. haftada depresyon oranını %3,5 bulmuştur.<sup>140</sup> Avustralya'dan Morse ve ark.'nın çalışmasında 4. haftada oran %6, 4. ayda %5,8 bulunmuştur.<sup>141</sup> Yine Avustralya'da yapılan Dudley ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası ilk 6 aylık süreçte depresyon oranı %11,8 olarak bulunmuştur.<sup>142</sup> Bu konuda çok sayıda yayını olan Rhamchandani'nin 2008'deki çalışmasında doğum sonrası bir yıllık süreçteki depresyon oranı %3,6 olarak saptanmıştır.<sup>116</sup> Araştırmacının 2011'deki çalışmasında, kullandığı kesme puanını değiştirdiği; oranların 7. haftada %12,7 olarak bulunduğu gözlenmiştir.<sup>143</sup> Brezilya'dan Pinheiro ve ark.'nın yayınladığı çalışmada 12. haftada depresyon oranının %11,9 olarak bulunduğu görülmüştür.<sup>144</sup> Nazareth ve ark.'nın çalışmasında oran %8 olarak verilmiştir.<sup>145</sup> Paulson ve ark.'nın çalışmasında 9. aydaki oran %10'dur.<sup>120</sup> Edmonson ve ark. çalışmasında depresyon oranı %10, anksiyete oranı 6,3 olarak verilmiştir.<sup>146</sup> Japonya'dan Nishimura ve ark.'nın çalışmasında oran %11,6 bulunmuştur.<sup>147</sup> İspanya'dan Escribe-Agüir ve ark. gebelikte depresyon oranını %6,5, 3. ayda %3,4, 12. ayda %4 olarak bulmuştur.<sup>148</sup> Figueiredo ve ark.'nın (Portekiz) çalışmasında doğumdaki depresyon oranı %7,5, 3. aydaki %7,2 olarak verilmiştir.<sup>149</sup> İsveç'ten Kerstis ve ark.'nın çalışmasında doğum sonrası 3. aydaki depresyon oranı %8,7 saptanmıştır.<sup>150</sup> ABD'den Fisher ve ark.'nın çalışmasında depresyon oranı %12,6 olarak verilmiştir.<sup>151</sup> Son çalışmalarda doğum öncesi dönem de depresyon açısından sorgulanmaktadır. Gawlik ve ark.'nın (Almanya) çalışmasında gebelik sürecinde



baba depresyonu %9,8, doğum sonrası %7,8 olarak bulunmuştur.<sup>152</sup> Kanada'dan Montigny ve ark. depresyon oranını %8,2 olarak saptamıştır.<sup>153</sup> “Journal of Affective Disorders” dergisinin son sayısında yayınlanan, Amerika'dan Roubinov ve ark.'nın, Ekim- 2013 tarihli çalışmasında doğum sonrası depresyon oranı %9 olarak saptanmıştır.<sup>154</sup>

Ülkemizde bu konuda yayınlanan tek çalışma, Serhan ve ark.'nın (2012-Eskişehir) çalışmasıdır.<sup>2</sup> Bu çalışma, doğum sonu 2- 6 aylık dönemde olan ailelerle yapılmış, babalarda depresyon oranı %1,8 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda doğum sonrası 6. haftada, depresyon riski Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine göre %5,6, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğine göre de %3, 6 olarak saptandı. Bu sonuçlar Serhan ve ark.'nın çalışmasına göre yüksek idi. Buna neden olarak Serhan ve ark.'nın çalışmasında babaların eşleriyle olan ilişki düzeylerinin, bizim çalışmamıza göre daha iyi olması ile özgeçmişlerinde depresyon öykülerinin daha az olması gösterilebilir. Çalışmamızda saptanan oranlar dünya literatüründeki bazı oranlarla benzer olmakla birlikte, batı kaynaklı çalışmalara göre düşük saptandı. Bunun nedeninin sosyokültürel farklılığımız olabileceği düşünüldü. Türk toplumunda batı toplumundan farklı olarak doğum sonrası dönem özellikle ailenin ve sosyal çevrenin yakın iletişimde olduğu bir dönemdir. Anne bu dönemde özellikle kendi ailesi ve çevre tarafından desteklenir. Geleneksel kültürümüzde anne ve bebeği kırk gün yalnız bırakmamak, sosyal desteğin bir örneğidir. Bu tür uygulamalar, babayı da almaya çalıştığı bu yeni dönemde desteklemekte, stres yükünü azaltmaktadır.

Bizim çalışmamızda EDDÖ kesme puanı >12 olarak alındı. EDDÖ kadınlar için, doğum sonrası depresyon taraması amacıyla Cox.J.L. (1987) tarafından tasarlanmıştır. Cox.J.L. çalışmasında, kesme puanı olarak 12/13 değerini belirlemiş, fakat birinci basamakta kullanımında 9/10 kesme puanının da kullanılabilceğini belirtmiştir.<sup>92</sup> Dünyada birçok ülkede kadınlar için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış, farklı kesme puanları elde edilmiştir. Ülkemizde de Engindeniz ve ark. annelerle ile bu çalışmayı yapmış, kesme puanını 12/13 olarak belirlemiştir.<sup>94</sup> EDDÖ babalarda doğum sonrası depresyon taraması için de sık kullanılan bir ölçektir. Matthey ve ark. (2001) ölçeğin erkekler için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını

yapmış, çalışma sonucunda kesme puanı depresyon taraması için >8, anksiyete için de >5 olarak belirlenmiştir.<sup>124</sup> Bunun dışında birçok çalışma geçerlilik güvenilirlik olmadan farklı kesme puanları kullanmıştır. Genel kanı erkeklerdeki kesme puanlarının kadınlardan daha düşük olması gerektiğidir. Bunun da yaklaşık 2 puan düzeyinde olduğu savunulmaktadır.<sup>110,124</sup> Erkekler depresyonda olduklarında kendilerini kadınlar kadar açık bir şekilde ifade edemezler. Bazılarının semptomlarını gizledikleri, söylemek istemedikleri görülmektedir. Bazılarında da depresyon üzüntü ve içe kapanıklığın tersine, sinirlilik, öfke dışa vurumları ve alkol kullanımı gibi semptomlarla seyretmektedir. Bu gibi durumlarda, babaların, depresyon semptomlarının sorgulandığı ölçeklerden, düşük puan almaları beklenen bir sonuçtur.

Tablo 5.2’de EDDÖ için farklı kesme puanı kullanan çalışmalar gösterilmiştir.

**Tablo 5.2.** EDDÖ İçin Farklı Kesme Puanı Kullanan Çalışmalar

<b>Kesme puanı &gt;9</b>	<b>Kesme puanı &gt;10</b>	<b>Kesme puanı &gt;12</b>
Areias 1996	Dudley 2001	Thorpe 1992
Morse 2000	Morse 2001	Ballard 1994
Zelkowitz and Milet 2001	Escribe- Agüir 2008	Lane 1997
Edhborgh 2005	Edhborgh 2008	Deather- Deckard 1998
Madsen and Juhl 2007	Edmonson 2010	Greenhalgh 2000
mart and Hiscock2007	Rhamchandani 2011	Dudley 2001
Fletcher 2008		Condon 2004
Goodman 2008		Dave 2005
Hjelmstedt and Collins 2008		Rhamchandani 2005
Nishimura 2010		Brelawska- Batarowicz 2006
Kerstis 2013		Rhamchandani 2008
		Gao 2009

Tablo 5.2’de görüldüğü gibi dünyadaki çalışmalara bakıldığında, kesme puanı olarak; >9, >10, >12 olmak üzere üç farklı değer kullanılmaktadır.

Bizim çalışmamızla benzer şekilde EDDÖ’ni 6. haftada uygulayan ve kesme puanını >12 olarak alan Ballard 1994, Lane 1997, Greenholgh 2000, Dave 2005 ve Gao 2009’nun çalışmalarıyla karşılaştırıldığında Lane ve ark.’nın çalışması dışında (%1,2) depresyon oranımız düşük bulundu.<sup>137,139,155,156,157</sup> Diğer çalışmalarda oranlar %6- %11 arasında değişmekte idi.

Risk faktörlerini ve depresyon üzerine etkilerini belirlemek için ölçeklerden elde edilen puan ortalamalarının kullanılmasının daha uygun olacağı düşünüldü. İlk görüşmede EDDÖ puan ortalaması 5,35± 4,29, HDDÖ puan ortalaması 2,58± 2,45 olarak saptandı. Altıncı haftada yapılan görüşmelerdeki EDDÖ ortalama puanı 5,85± 4,08, HDDÖ ortalama puanı 2,73± 2,40 olarak bulundu. Serhan ve ark. babalarda EDDÖ puan ortalamasını 1,12± 2,75 olarak bulmuştu. Bizim oranımıza göre düşük idi.<sup>2</sup> Bu farkın, hem örneklem sayımızın, hem de çalışmamızda babalardaki depresyon öyküsünün daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Ölçekler arasında sınıf içi korelasyon (ICC) değerlendirmesine göre yüksek düzeyde uyum saptandı. Edinburgh 1 ile Hamilton 1 arasındaki ICC uyum katsayısı 0,88 (p< 0,001), Edinburgh 2 ile Hamilton 2 arasındaki ICC uyum katsayısı da 0,90 (p<0,001) olarak saptandı. EDDÖ’nin Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D) ile birlikte uygulandığı Matthey ve ark. ’nın (2001) geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; ölçekler arasındaki korelasyon  $r=0,62$  (p<0,001) olarak bulunmuş, EDDÖ ile CES-D’nin depresyon tanısında benzer sonuçları verdiği saptanmıştır.<sup>124</sup> Nishimura ve ark.’nın babalarla yaptığı çalışmada da EDDÖ, CES-D ile birlikte uygulanmış korelasyon katsayısı  $r=0,534$  (p<0,001) olarak bulunmuştur.<sup>147</sup> Annelerle yapılan araştırmalarda EDDÖ ile HDDÖ’nün birlikte kullanıldığı ve iki ölçek arasında korelasyonun saptandığı yayınlar vardır. EDDÖ’nün uygulanabilir ve kullanılabilir olduğunu test etmek için; EDDÖ gibi bir kendini bildirim ölçeğinin HDDÖ gibi klinik görüşmeye dayalı bir ölçekle karşılaştırılmasının daha uygun olduğu düşünülmüştür.

EDDÖ’nün güvenilirlik katsayısına bakıldığında, Cronbach’s alfa değeri 0,844 olarak bulunmuş ve babalarda kullanımı yüksek güvenilir olarak

değerlendirilmiştir. Ölçeği geliştiren Cox ve ark. (1987) Cronbach's alfa değerini 0,87 olarak, babalarda geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Matthey ve ark. da 0,81 olarak bulmuştur.<sup>92,124</sup> Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında alfa değeri 0,79 olarak saptanmıştır (Engindeniz ve ark.).<sup>94</sup> Ülkemizde Serhan ve ark.'nın çalışmasında da anneler için değer 0,85 olarak bulunurken, babalar için 0,71 bulunmuştur.<sup>2</sup> Bizim çalışmamızda da EDDÖ'nün, geçerlilik güvenilirlik çalışmalarındaki kadar güvenilir olduğu düşünülmüştür.

İki farklı zamanda elde edilen puan ortalamaları değerlendirildiğinde anlamlı bir artış gözlemlendi (Wilcoxon,  $p < 0,001$ ). Bunun sonucunda, 6. haftada, depresyon riskinin doğum sonrası ilk güne göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu artış literatürle karşılaştırıldığında, Escribe- Agüir, Matthey ve Skari'nin çalışmaları ile benzerdi.<sup>132,148,158</sup> Buna karşılık Ballard, Lane, Edhborgh ve Figueiredo'nun çalışmalarında doğum/ 1. hafta ile 6-8. haftalarda depresyon oranlarına bakıldığında düşüş saptandığı görülmüştür.<sup>137,139,149,159</sup> Babalar için 6. hafta depresyon oranlarındaki artışı gözlemek açısından erken olabilir. Çünkü babalarda, depresyonun ortaya çıkma zamanı annelere göre doğum sonrası daha geç bir zamanda olabilmektedir. Doğum anındaki ya da doğum sonrası 6. haftadaki oranlar, daha ileri bir zamandaki oranla karşılaştırıldığında, artış gözlenmesi muhtemeldir. Altıncı hafta birinci basamak taramaları için kullanılması açısından önemlidir.

Her iki görüşme de dikkate alındığında EDDÖ puan ortalamasını en çok yükselten sorunun 4. soru olduğu belirlendi. Bu sorunun özelliği anksiyeteyi değerlendiriyor olması idi. Sorudan en az bir puan alan babaların oranı %78 idi. Bunu %71 yanıt oranı ile 3. Soru (SORU 3: Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.) takip etmekteydi. Matthey'in geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da ortalamaya en büyük katkıyı 3. soru yapmış ve bizimkiyle benzer olarak %71 yanıt oranı almıştır.<sup>124</sup> Dördüncü soruyu da içeren, EDDÖ'nün anksiyeteyi değerlendiren üç sorusu ile (3., 4. ve 5. soru) ayrı bir ölçek oluşturulmuş; EPDS-3A (Edinburgh Postpartum Depression Scale-3A) olarak isimlendirilmiştir.<sup>160</sup> Bu çalışma sonucunda EPDS-3A ölçeğinin  $\geq 6$  kesme puanı ile anksiyete taramasında kullanılabilmesi söylenmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması  $32,33 \pm 4,953$  idi. Serhan ve Nishimura'nın çalışmaları ile benzer yaş grubunda idi.<sup>2,147</sup> Literatürde yaş ortalamaları 29- 39 arasında değişmekte idi. Yarıya yakını (%44) üniversite mezunu idi. Bu oran Nishimura, Edmonson ve Laternou'nun çalışmalarındaki orana yakındı.<sup>114,146,147</sup> Ortalama çalışma saati 9,73 saat idi. Yarıdan fazlasının (%58,7) gelir düzeyi 1500 TL ve üzerinde idi. Yüzde seksen yedisi il merkezinde, %86,5'i de apartman dairesinde yaşamakta idi. Evlilik süreleri ortalama 6 yıl idi. Ortalama evlilik süresi Serhan ve ark.'nın çalışmasıyla aynı, Condon ve ark.'nın çalışmasına göre daha yüksekti.<sup>2,113</sup> Bir evde ortalama 4 kişi yaşamakta ve babaların bakmakla yükümlü oldukları kişi ortalaması da 3 kişi idi. Yaş ortalamaları açısından bizimkiyle benzer olan batı kaynaklı çalışmalara bakıldığında, bu çalışmalarda evlilik sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Bu da ülkemizde evlilik yaşının daha genç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yaş, günlük çalışma saati ve evlilik süresi arttıkça EDDÖ'den alınan puan ortalamaları azalmaktadır. Ortalamalardaki bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Yaş ve evlilik süresinin artmasının, eşlerin birbirlerini daha iyi tanıyıp, uyum içinde olmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. Yine yaşın artmasıyla deneyimlerin artacağı ve ebeveynliğe hazır olunacağı düşünülmektedir. Bu yönden bakıldığında yaş ve evlilik süresi arttıkça, puan ortalamalarının azalması beklenen bir sonuçtur. Serhan ve ark. da bizim çalışmamızla benzer şekilde yaş ve evlilik süresinin, EDDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı değişkenler olmadığını belirtmişti. Dave ve ark.'nın çalışmasında bizimkine benzer olarak, yaş arttıkça depresyon riskinin azaldığı, bu azalmanın anlamlı olduğu sonucuna varılmıştı. Buna neden olarak genç yaş grubunda, plansız gebeliğe daha çok rastlanması ve ebeveynliğe yeterince hazır olunmaması gösterilmiştir.<sup>156</sup> Rhamchandani'nin 2011 yayınında, babada doğum sonrası depresyonu üzerinde, yaşın bir önemi bulunamamıştır.<sup>143</sup> EDDÖ puan ortalaması üzerinde eğitim düzeyinin ve gelir düzeyinin etkisine bakıldığında; düzeyler arttıkça depresyon riskinde azalma olduğu tespit edildi. Benzer olarak Wee ve ark. çalışmalarında düşük eğitim düzeyinin riski artırdığını belirtmişlerdi.<sup>161</sup> Bizim çalışmamızda depresyon risk oranı yüksek bulunan iki baba bunun nedeninin ekonomik şartlar olduğunu yazılı olarak vurgulamıştı.

Köy/kasabada yaşayanlarda, müstakil ev ve gecekonduda yaşayanlarda daha yüksek depresyon oranları saptandı. Bu yükseklik anlamlı değildi ( $p>0,05$ ). Literatürde; kentsel yaşam, kırsal yaşamla karşılaştırıldığında; yaşam stresinin fazla olması, buna karşılık sosyal dayanışmanın daha az olması nedeniyle depresyon açısından risk olarak görülmektedir. Bu sonuçlar daha çok batı kaynaklı sonuçlardır. Yine batı kaynaklı bir çalışma, sosyo- ekonomik şartlar eşitlendiğinde iki yaşam tarzı arasında fark olmadığını vurgulamaktadır.<sup>162</sup> Türkiye açısından da kırsal/ kentsel yaşam arasında asıl farkı yaratan sosyo- ekonomik koşullardır. Ayrıca kırsal kesimde erken evlilik yaşı ve plansız gebelik oranları da daha yüksektir. Çalışmamızda kırsal kesimde yaşayanlar, sosyo- ekonomik şartları daha düşük seviyede olanlar idi. Bu şartlarda depresyon oranlarının artması beklenmektedir. Çalışmada bu grupta olanların sayısı az idi. Kırsal kesimde yaşayanların sayısı arttığında ölçek ortalamaları üzerindeki etkisi de istatistiksel olarak anlam kazanabilir.

Evde yaşayan kişi sayısının ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının ortalamaları ile EDDÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü bir artış tespit edildi. Bu artış, sadece ilk görüşmede elde edilen EDDÖ- 1 puan ortalaması üzerinde anlamlı idi ( $p<0,05$ ). Doğum sonrası ilk gün ve doğum sonrası 6. haftada yapılan iki görüşme arasında kişi sayıları açısından değişim olmamakla birlikte, ölçeklerden alınan puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Bu da ortalamaların artışı üzerinde, evde yaşayan ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayılarının etkisi olmadığını düşündürmektedir. Kişi sayılarının doğrudan etkilerine bakıldığında; evde yaşayanların artması özellikle bebek bakımı olmak üzere iş yükünde bir azalmaya neden olabilir. Bu olumlu faktör daha çok anne üzerinde etkili olup, sosyal desteğin artması olarak yorumlanabilir. Bazı çalışmalara göre de evde yaşayan kişi sayısının artması depresyon skorlarını artırmaktadır. Baba açısından “bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı”nın daha önemli olduğu düşünülmektedir. Bu faktörün dolaylı ve olumsuz etkisi daha çok ekonomik giderlerin artması yönündedir. Bunun da babanın yükünü ve depresyon riskini artırabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların özgeçmişlerinde; %4,4’ünde kronik hastalık öyküsü mevcut idi. Kronik hastalık öyküsünün EDDÖ puan ortalamaları üzerinde etkisi bulunamadı. Kronik hastalıklar depresyon açısından birer risk faktörü olarak kabul edilmekle birlikte, doğum sonrası dönem için farklı bir etkisinin olmadığı düşünülmüştür.

Babaların %4'ünde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Nishimura'nın çalışmasında da benzer oranda, depresyon öyküsü %3,8 idi.<sup>147</sup> Serhan'ın çalışmasında daha düşük olarak oran %0,9 olarak verilmişti.<sup>2</sup> Çoğu çalışmada daha yüksek depresyon öyküsü oranlarına rastlanıldı (Escribe- Agüir, Edmonson).<sup>146,148</sup> Nishimura, Dave, Areias, Matthey ve Rhamchandani'nin çalışmalarında, psikiyatrik hastalık (özellikle depresyon) ve tedavi öyküsü olan babalarda depresyon oranlarının daha yüksek olduğu, psikiyatrik hastalık/ depresyon öyküsünün en önemli risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir.<sup>138,147,156</sup> Bizim çalışmamızda da psikiyatrik hastalık öyküsü olan babalarda EDDÖ puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

Ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan babaların oranı %4,8 idi. Bu faktörün EDDÖ puan ortalamalarını artırdığı, fakat artışın anlamlı olmadığı saptandı. Ailede psikiyatrik hastalık olması, depresyon açısından bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu faktörün doğum sonrası dönem için özel bir etkisi olmadığı düşünülmüştür. Puan ortalamaları ile ilişkisi anlamsız bulunan bu faktör, bağımsız değişken olabilirliği açısından incelendiğinde anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmamıza göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması, babalarda doğum sonrası depresyonu için koruyucu faktör olarak belirlenmiştir.

Literatürde birincil risk faktörleri arasında yer alan eşte depresyon öyküsü çalışmamızdaki babaların %1,6'sında mevcut idi. Serhan ve ark. çalışmasında bu oran annelerin yanıtına göre %7,3 olarak belirtilmişti. Bizdeki oranın düşüklüğünün, bu soruya yanıtın baba tarafından verilmesi olabileceği düşünüldü. Goodman ve ark.'nın derlemesinde; eşte depresyon olması, babalarda doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonu için en önemli risk faktörü olarak gösterilmiştir.<sup>110</sup> Aynı çalışmada doğum sonrası depresyon oranlarının %1,2- %25,5 arasında olduğu, eşinde depresyon olan babalarda bu oranların %24- %50'ye kadar yükseldiği belirtilmiştir. Rhamchandani de çalışmalarında, eşlerinde depresyon olan erkeklerde, depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu savunmaktadır. Literatürdeki neredeyse tüm çalışmaların bu hipotezi desteklemesi karşısında Nishimura ve ark.'nın, doğum sonrası 4. haftada yaptığı ölçümlerde anne depresyonu ile baba depresyonu arasında ilişki saptanmamıştır.<sup>147</sup> Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak, eşte depresyon olmasının EDDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.

Çocuk sayısına bakıldığında, birinci ve ikinci çocuğu olan babaların sayıları benzer olmakla birlikte, %40'nın ilk babalık deneyimi idi. Bu oranı Nishimura %54, Edmonson %59, Figueiredo %62, Escribe- Agüir %71 olarak vermiştir.<sup>146,147,148,149</sup> Literatürde ilk kez baba olmak, ilk kez anne olmak gibi ayrı bir kategoride değerlendirilmiş, stres faktörlerinin daha fazla olabileceği vurgulanmıştır. Buna neden olarak ailelerin deneyimsizlikleri, beklenti ve anksiyeteleri gösterilmiştir. Sırf ilk kez baba olanları değerlendiren ve bu dönemi araştıran çalışmalara rastlanılmıştır.<sup>113,132,138,141,163,164</sup> Goodman derlemesinde, ilk kez baba olanlar arasında depresyon riskinin arttığını belirtmiş, oranı %10- 12,5 olarak vermiştir.<sup>110</sup> Bizim çalışmamızda ilk kez baba olan 101 kişinin %4'ünde depresyon riski yüksek saptandı. Bu oran Areias ve Morse'nin çalışmaları ile benzerdi.<sup>138,141</sup> İlk çocuğu olanlar ile diğerleri arasında depresyon riski açısından herhangi bir fark bulunamadı. "İlk kez baba olmak" bir risk faktörü olarak bulunamadığı gibi, çocuk sayısı arttıkça depresyon riskinin de arttığı gözlemlendi.

Çalışmamızda gebeliklerin yaklaşık dörtte biri (%24, 2) planlı olmayan gebelik idi. Bu oran Nishimura ve ark.'nın belirttiği orandan yüksek (%9,8), Condon ve ark.'nın belirttiği oranla benzer idi (%20).<sup>113,147</sup> Literatürde Nishimura, Dave ve Schumacher plansız gebeliği, babalarda doğum sonrası depresyonu için risk faktörü olarak belirtmiştir.<sup>112,147,156</sup> Çalışmamızda da plansız gebeliklerin EDDÖ puan ortalamalarını anlamlı derecede yükselttiği, depresyon oranını 5,5 kat arttırdığı saptandı. Dave ve ark. çalışmalarında, plansız gebeliklere daha çok genç yaş grubunda rastladıklarını, bu grupta depresyon oranlarının da arttığını ifade etmişti.<sup>156</sup> Bizim çalışmamızda plansız gebelik grubunda yaş ortalaması diğer gruptan farklı değildi. Plansız gebeliklerin daha çok düşük sosyo- ekonomik düzeyde, kırsal kesimde yaşayanlarda gözlemlendiği söylenmektedir. Çalışmamızda eğitim ve gelir düzeyinin plansız gebelik üzerinde bir etkisi gösterilememiştir. Etkili olabileceği düşünülen faktörler evlilik süresi, çocuk sayısı ve eşle ilişki düzeyidir. Plansız gebeliklere bakıldığında evlilik sürelerinin ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu da beklenildiği gibi planlı gebeliklerin daha çok yeni evliliklerde olması ile ilişkili bulunmuştur. Çocuk sayılarının artması da plansız gebelikle ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Bu sonucu tersten yorumlamak daha doğru olacaktır. Yani plansız gebeliklere bakıldığında çocuk sayısı yüksek ailelerde görülmektedir. Planlı



gebeliklerin daha az çocuğu olan ailelerde olacağı düşünölmektedir. Eşle ilişkide sorunlar arttikça, plansız gebelik oranı da artmaktadır.

Çalışmamızda tedavi ile gerçekleşen gebelik oranı %8,7 idi. Nishimura çalışmasında, bu oranı %12 olarak belirtmişti.<sup>147</sup> EDDÖ puan ortalamaları üzerinde bu faktörün bir etkisi bulunamadı ve risk faktörü olarak değeriendirilemedi. Bu sonuç ile Nishimura'nın çalışmasına benzer özellik taşımaktaydı. Gebeliğin tedavi ile gerçekleştiği ailelerde gebelik ve sonrasındaki süreç maddi ve manevi açıdan sıkıntılı olabilmektedir. Tedavinin başından itibaren, gebeliğin gerçekleşmesi ve devam etmesi yönünde; sonrasında da bebekte bir sıkıntı olmaması yönünde beklentiler vardır. Bu tarz beklentiler anneyi olduğu kadar babayı da etkilemekte, duygularını ifade etmeyen babaları da zor durumda bırakmaktadır. Çalışmamızda görüşmelerin doğum sonrasında yapılmış olması, bebeğini kucağına alan ve rahatlayan baba için beklentilerin karşılanmış ve stresin azalmış olabileceğini düşündürmüştür.

Cinsiyet beklentileri sorulduğunda, babaların %75'i fark etmez yanıtını verdi. Beklenenin aksine en düşük oran erkek bebek beklentisi oldu. Erkek ve kız bekleyen babalar arasında EDDÖ puan ortalamaları ve depresyon açısından bir fark bulunamadı. Fakat "fark etmez" diyen babaların depresyon oranları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük saptandı. Cinsiyet beklentisi içerisinde olmamak depresyon açısından koruyucu özellik olarak değeriendirildi. Ülkemizde cinsiyet beklentisi daha çok erkek bebek yönündedir. Soyun devamı için istenen erkek bebek beklentisinin, gerçekleşmediği takdirde babalarda üzüntüye neden olabileceği düşünölmektedir.

Eşle ilişki düzeyleri değeriendirildiğinde, ilişkilerin %6,3'ü orta, %0,4'ü de kötü olarak sınıflandırılmıştı. Serhan ve ark.'ını çalışmasında babaların %95'i eşleriyle ilişkilerinin "iyi" olarak tanımlamıştı. Çalışmamızda düşük oranlar gibi görünen "orta" ve "kötü" ilişki düzeylerinde EDDÖ puan ortalamalarının çok fazla artış gösterdiği saptandı. İlişki düzeyindeki her azalmanın depresyon riskini 11 kat arttırdığı bulundu. Bu sonuçlarla, çalışmamızdaki en önemli risk faktörü olarak belirlendi. Dünya literatüründe Wee, Gawlik, Matthey, Montigny ve Schumacher de çalışmalarında kötü evlilik ilişkileri ve eşle ilişkinin kalitesi üzerinde durmuş, bunun önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır.<sup>112,152,153,161,</sup>

Bazı çalışmalarda risk faktörleri sayılırken, sosyal ilişkilerin yetersizliğinden, ailesel ve sosyal destek azlığından bahsedilmiştir.<sup>112,161</sup> Bizim çalışmamızda da babaların %25,4'ü sosyal desteğin azlığını, %6,3'ü de desteğin hiç olmadığını belirtmiştir. Bu babalarda, EDDÖ puan ortalamalarında önemli bir artış gözlenmiştir. Özellikle destek yokluğunu belirten babalarda puanlar çok fazla yükselmiştir. Montigny'nin çalışmasında, literatür bulgularının aksine, sosyal destek azlığının bir etkisi bulunamamıştır.<sup>153</sup> Çalışmamızda, bağımsız risk faktörleri belirlenirken, "sosyal destek" beklenildiği gibi anlamlı bir bulgu vermedi. Buna neden olarak "eşle ilişkinin kalitesi" verisi ile aralarında etkileşim olacağı düşünüldü. Bu veri dışlanıp yeniden lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yeni değerlendirme sonucunda, "eşle ilişki" dışarıda tutulduğunda, sosyal destek eksikliğinin depresyon riskini 25 kat arttırdığı belirlendi.

EDDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı olabilecek ( $p<0,20$ ) değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmeye alındı. Sonuçta "ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuk sayısı, planlı gebelik, cinsiyet beklentisi ve eşle ilişki" faktörleri bağımsız risk faktörleri olarak saptandı ( $p<0,05$ ). Ailede psikiyatrik hastalığın ve cinsiyet beklentisinin olmaması, çocuk sayısının az olması doğum sonrası depresyonu için koruyucu faktörler olarak belirlendi. Plansız gebelik, eşle olan kötü ilişki ve sosyal destek eksikliği de depresyon oluşumuna yol açan risk faktörleri olarak saptandı. Escribe-Agüir ve ark.'nın çalışmasında bulunan bağımsız risk faktörleri, evlilik doyumu ve eşte psikiyatrik hastalık öyküsü olarak bulunmuştur.<sup>148</sup> Nishimura ve ark.'nın çalışması bizimkiyle benzer sonuçlanmıştır.<sup>147</sup> Plansız gebeliğin depresyon riskini 5,6 kat arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca Nishimura ve ark. çalışma ve iş durumu ile psikiyatrik tedavi öyküsünü de bağımsız değişkenler olarak bulmuştur.

Bağımsız değişkenler olarak kullanıldığında, bizim çalışmamızda bulunan faktörlerin, depresyon riski yüksek olanları %95 doğru sınıflama oranıyla ayırt edebildiği saptandı.

## 6. SONUÇLAR

Çalışma AÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğan bebeklerin babaları ile yapıldı. Çalışmanın amacı EDDÖ kullanarak babalardaki doğum sonrası depresyon oranının belirlenmesi idi. Çalışmaya 252 baba alındı.

Babaların yaş ortalaması 32,33 idi. Babaların %44'ü üniversite mezunu olup, %58,7'sinin gelir düzeyi 1500 TL ve üzerinde idi. Bu özelliklerle sosyokültürel düzeyin genel topluma göre yüksek olduğu ve bu sonuçların Türk toplumuna genellenemeyeceği düşünüldü.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin babalarda kullanılabilirliğini test etmek için, EDDÖ, çalışmada Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile birlikte kullanıldı.

ROC analizi sonucu EDDÖ'nin HDDÖ'ni ayırıcı özellik taşıdığı tespit edildi. Duyarlılık ve özgüllüğün en yüksek olduğu noktada EDDÖ için kesme değeri >12,5 olarak belirlendi. Bu noktada, negatif prediktif değeri 0,99 olarak bulunan EDDÖ'nin babalarda depresyon tarama aracı olarak kullanılabilmesi sonucuna varıldı.

Ölçekler arasında pozitif yönlü korelasyon ve yüksek düzeyde uyum saptandı. Ölçeklerin depresyon riski yüksek olanları belirlemede benzer sonuçları verdiği, birbirleri yerine kullanılabilir oldukları sonucuna varıldı.

Çalışmamızda babalar için, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin cronbach's alfa değeri ilk görüşme sonuçlarına göre 0,84, 6. haftadaki sonuçlara göre de 0,88 olup, yüksek derecede güvenilir olarak yorumlandı.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine göre babalarda depresyon oranı 6. haftada %5,6 olarak bulundu. EDDÖ'den alınan puan ortalamaları  $5,35 \pm 4,29$  ve  $5,85 \pm 4,08$  olarak saptandı.

Çalışma sonucunda EDDÖ puan ortalamaları üzerinde arttırıcı faktörler;

- Çocuk sayısının artması,
- Evde yaşayan kişi sayısının artması,
- Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının artması,

- Psikiyatrik hastalık öyküsü,
- Plansız gebelik,
- Eşle ilişkideki problemler,
- Sosyal destek eksikliği olarak sıralandı.

EDDÖ puan ortalamaları üzerinde azaltıcı faktörler;

- Gelir düzeyinin artması,
- Cinsiyet beklentisinin olmaması olarak saptandı.

EDDÖ puan ortalamaları üzerinde anlamlı olmayan faktörler de;

- Yaş,
- Çalışma saati,
- Eğitim düzeyi,
- Evlilik süresi,
- Yaşanılan yer/ konut,
- Kronik hastalık öyküsü,
- Eşte ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü,
- Gebeliğin tedavi ile gerçekleşmesi olarak saptandı.

Bağımsız risk faktörlerinden;

- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması,
- Çocuk sayısının az olması,
- Cinsiyet beklentisinin olmaması, depresyon için koruyucu faktörler olarak bulunurken;
- Plansız gebelik,
- Eşle olan kötü ilişki,
- Sosyal desteğin azlığı/yokluğu, depresyon için önemli risk faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç olarak; doğum sonrası depresyon, annede olduğu kadar babada da karşılaşabileceğimiz bir durumdur. Babayı ve tüm aileyi olumsuz etkileyebilecek, toplumsal açıdan da sosyal ve ekonomik kayıplara neden olabilecek bu durum, özellikle birinci basamakta çalışan hekimler tarafından akılda tutulmalıdır. Araştırmalar bu duruma neden olabilecek risk faktörlerini tanımlamaktadır. Anneler gebelik ve sonrası dönemde takip edilirken, eşi de beraberinde çağırılıp psikososyal açıdan değerlendirilmelidir. Risk faktörlerinin varlığı durumunda tarama ve tanıya yönelik değerlendirilmeler yapılmalı, gerekli görülen babalara destek verilmelidir.

## 7. ÖNERİLER

- Sonuçların Türk toplumuna genellenebilmesi için; benzer çalışmaların değişik sosyokültürel ve ekonomik grupları da içerecek şekilde, daha geniş gruplarla ve çok merkezli olarak yapılması önerilir. Çalışma sonuçlarını etkileyebileceği düşünüldüğü için depresyon düzeylerine ek olarak, ansiyete düzeyleri ve kişilik özelliklerinin de değerlendirilmesi önerilir.
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Türk babalarda daha güvenilir bir tarama aracı olarak kullanılabilmesi için geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması önerilir.
- Özellikle birinci basamakta, gebe ve sağlıklı çocuk takibinde babalar da çağrılmalı, babalarda da doğum sonrası depresyon olabileceği akılda tutulmalıdır. Gebeliğe bağlı doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon riski açısından anne ve baba birlikte takip edilmeli, gerekiyorsa tarama araçları ile bu riskler belirlenmelidir.
- Depresyon riski yüksek olanların veya depresyon tanısı konulanların, multidisipliner yaklaşımla ikinci basamak ile birlikte takip edilmesi önerilir. Oluşacak bir depresyonun aile bireyleri üzerine etkileri de takip edilmesi önerilen bir diğer konudur.

## 8. KISITLILIKLAR

Çalışma izni için başvuru Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınmadığı için çalışma tek merkezli olarak yürütülmüştür.

Çalışmanın tasarımında gebe ve sağlıklı çocuk izlem poliklinikleri değerlendirilmiş, babaların kontrollere katılımının yetersiz olduğu, babalara ulaşamadığı görülmüştür. Çalışma süresince de doğum katında babaların az bir kısmına ulaşılabilmiş, örneklem sayısı arttırılamamıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem grubunu oluşturan babaların, daha çok, sosyokültürel düzeyi yüksek olan babalar olması nedeniyle çalışma topluma genellenememiştir.

## ÖZET

### **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Doğan Bebeklerin Babalarında Doğum Sonrası Depresyon Oranının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Belirlenmesi**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, babalarda doğum sonrası depresyon oranını ve bunu etkileyebilecek risk faktörlerini belirlemektir.

**Araç- yöntem:** Çalışma evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Nisan 2013- Haziran 2013 tarihlerinde doğan bebeklerin babaları oluşturmuştur. Çalışmaya alınması gereken en az kişi sayısı 243 olarak hesaplanmıştır. Çalışma, katılımı kabul eden 252 baba ile tamamlanmıştır. Babalar ile ilki bebek doğduğunda, ikincisi de bebek altı haftalık olduğunda olmak üzere iki kez, yüzyüze görüşme yapılmıştır. Değerlendirmeler için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır. EDDÖ için kesme puanı 13 ve üzeri olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma sonucunda EDDÖ'ne göre babalarda depresyon oranı 6. haftada %5,6 olarak bulundu. EDDÖ'den alınan puan ortalamaları ilk görüşmede  $5,35 \pm 4,29$  ve ikinci görüşmede  $5,85 \pm 4,08$  olarak saptandı. Çocuk sayısının, evde yaşayan kişi ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının artması, psikiyatrik hastalık öyküsü, plansız gebelik, eşle ilişkideki problemler ve sosyal destek eksikliği EDDÖ puan ortalamaları üzerinde artırıcı faktörler olarak belirlendi. Gelir düzeyinin artmasının ve cinsiyet beklentisi olmamasının EDDÖ puan ortalamalarını azalttığı saptandı.

**Sonuç:** Özellikle birinci basamakta, babalar da doğum sonrası dönemde depresyon riski açısından takip edilmelidir. Gerekirse danışmanlık ve destek verilmelidir. Bu konuda daha geniş gruplarla, çok merkezli çalışmalar yaparak tarama yöntemleri belirlenmelidir.



## SUMMARY

### **Assesment Of Postpartum Depression Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale In Fathers Of The Children Born At Ankara University School Of Medicine Department Of Obstetrics And Gynecology**

**Introduction:** The aim of this study is to determine the rates and risk factors of post-partum depression in fathers.

**Materials and Methods:** The study was carried out with 252 fathers who agreed to participate, at Ankara University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology between April and June 2013. Two interviews were conducted; first at childbirth, and second at 6th week post-partum. Paternal depression was assessed with Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Socio-demographic Questionnaire. We used a cut-off score of greater than 13 for EPDS.

**Results:** Depression rates in fathers assessed with EPDS at 6th week postpartum was 5,6 %. Mean EPDS scores in the first and second interviews were  $5,35 \pm 4,29$  and  $5,85 \pm 4,08$  respectively. Factors that have an increasing effect on EPDS scores were determined as: Number of children, number of individuals living with the family, history of psychiatric disorders, unplanned pregnancies, marital conflicts and lack of social support. Fathers with higher incomes and/or without gender expectations scored significantly less on the EPDS.

**Conclusion:** Fathers should also be screened and if needed referred for postpartum depression especially in primary care. Further research with larger samples is crucial to determine the risk factors and screening policies as this could represent an important opportunity for public health intervention.

## KAYNAKLAR

- <sup>1</sup> Gereklioğlu Ç, Başhan AG, Poçan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst. 2007;17:126-133.
- <sup>2</sup> Serhan N, Ege E, Ayrancı U, Köşgeroğlu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. J Clin Nurs. 2013 Jan;22(1-2):279-84.
- <sup>3</sup> Bilgel N. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003;(2):1.
- <sup>4</sup> Libiger J. Depression is frequent in primary care. WPA Bulletin on Depression. 2005;10(29):1-4
- <sup>5</sup> Elbi Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18.
- <sup>6</sup> Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva, World Health Organization, 2004
- <sup>7</sup> Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report. Geneva, World Health Organization, 2004
- <sup>8</sup> The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
- <sup>9</sup> Özyüksel B, Uluğ B. Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yetiyitimi ile ilişkisi: 3 aylık izlem alışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(4):323-332.
- <sup>10</sup> Tözün M, Ünsal A. 40 yaş ve üzeri bireylerde eşik üstü depresif belirti gösterenlerin sıklığı. Taf Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(6):Pp.485-490.
- <sup>11</sup> Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression-myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2000;35: 19-27.

- <sup>12</sup> Gönül AS, İşman D. Depresif Bozuklukların etiopatogenezinde çağdaş anlayışımız. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(29):5-10.
- <sup>13</sup> Tezcan AE. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi 2000;2:77-98
- <sup>14</sup> World Health Organization 2005, Updated Reprint 2005: Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions
- <sup>15</sup> Yavuz R. Depresyonun kliniği. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık1999,S29-34.
- <sup>16</sup> Annagür BB. Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana 2008
- <sup>17</sup> Köşgeroğlu N, Ayrancı Ü, Serhan N, Özerdoğan N, Sayiner FD. Eskişehir Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezine Başvuran Kadınların ve Eşlerinin Depresyon Görülme Sıklığının Belirlenmesi, Sakarya Üniversitesi Uluslararası – Disiplinler arası Kadın Çalışmaları Kongre Kitabı 05-07 Mart 2009 Cilt III; 194-205
- <sup>18</sup> Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium 2004;42(4):168-176.
- <sup>19</sup> Yeşilbaş D. Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2008
- <sup>20</sup> Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 8. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi 2001: 305-310., 427-440.
- <sup>21</sup> Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi Birsöz S, Karaman T (çevirenler) Ankara Güneş Kitapevi 2003: 467-484., 290-298.
- <sup>22</sup> Akman C, Uğuz F, Kaya N. “Postpartum başlangıçlı majör depresyonun kişilik bozuklukları ile ilişkisi.” 14. Sosyal Psikiyatri Kongresi, 168-169, İstanbul, 2007.

- <sup>23</sup> Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999,İstanbul S.11-17.
- <sup>24</sup> Eren Tİ. Postpartum depresyon prevalansı ve sosyodemografik risk faktörleri. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2007
- <sup>25</sup> Aydemir N. Beah sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2007
- <sup>26</sup> Uğur M. Duygudurum bozuklukları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:59-84.
- <sup>27</sup> World Health Organization. Mental health gap action programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008.
- <sup>28</sup> Köşgeroğlu N. “Dünyada ve Türkiye’de kadının konumu”, Sendrom Dergisi. Ekim 2000;Vol.12,Sayı: 10,:115-117.
- <sup>29</sup> Uyar S. Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Afyon 2005.
- <sup>30</sup> Benoit C, Westfall R, Adrienne E, Treloar B, Phillips R, Jansson SM. Social factors linked to postpartum depression: a mixed-methods longitudinal study. Journal Of Mental Health. December 2007;16(6):719–730.
- <sup>31</sup> Özdemir S. Konya ilinde postpartum depresyon sıklığı ve ilişkili sosyodemografik etmenler. S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Konya 2007
- <sup>32</sup> Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:98-105

- <sup>33</sup> Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde seratonin ve noradrenalin. Yeni Symposium 2005;43(3):91-96.
- <sup>34</sup> Kocabaşoğlu N, Bařer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi S¼rekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. T¼rkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:349-354.
- <sup>35</sup> Kara B, akmaklı P, Nacak E, T¼reci F. Doğum sonrası depresyon. Sted. 2001;10(9):333-334
- <sup>36</sup> Uğur M. Duygudurum bozuklukları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi S¼rekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:59-84.
- <sup>37</sup> G¼g¼ř AK. Depresyonun klinik belirtileri. Duygudurum dizisi 2000;1:39-43.
- <sup>38</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2004.
- <sup>39</sup> Aydemir Ö. Atipik Depresyon. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 2:49-53
- <sup>40</sup> T¼rkapar MH. Melankolili Depresyon. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 1:20-31
- <sup>41</sup> B¼y¼křık NS, Yeni tanı almış majör depresyonlu hastalarda serum beyin kaynaklı n¼rotrofik faktör (bdnf) İle kortizol seviyelerinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası değişimi, şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Uzmanlık Tezi, 2008
- <sup>42</sup> ANTIP Yay. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları, 2. Basım, 2000, Ankara. Editör: Prof.Dr. Işık Sayıl, Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi.
- <sup>43</sup> Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 639-645.
- <sup>44</sup> Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ. 2001; 323: 257-260.
- <sup>45</sup> Newport JD, Hosteter A, Arnold A, et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. J Clin Psychiatry 2002;63(7): 31-44

- <sup>46</sup> Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2002;11(1): 21-30.
- <sup>47</sup> Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, ve ark. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4): 243-251
- <sup>48</sup> Kocamanoğlu B, Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi, 2008, Samsun
- <sup>49</sup> Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 58-67.
- <sup>50</sup> Robinson GE, Stewart DE. Postpartum psychiatric disorders. CMAJ 1986; 134: 31-37.
- <sup>51</sup> Kurt A, Kısa C. Postpartum hüzün. 3P Dergisi Aralık 2004 (ek 4); 7-11.
- <sup>52</sup> Harris B, Johns S, Fung H and et. The hormonal environment of postnatal depression. Br J Psychiatry 1989; 154: 660-667.
- <sup>53</sup> Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry 2003;44: 234-46.
- <sup>54</sup> O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM, et al. Prospective study of postpartum depression: Prevalance, course and predictive factors. J Abnorm Psychol. 1984;93: 158-171.
- <sup>55</sup> Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003;2(3): 42-46
- <sup>56</sup> Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28: 3-8.
- <sup>57</sup> Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1522-1525.

- <sup>58</sup> Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsultasyon-liyezon psikiyatrisi. İstanbul, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 1993; 201-220
- <sup>59</sup> Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi Aralık 2004; (ek 4): 3- 6.
- <sup>60</sup> Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. 3P Dergisi Aralık 2004; (ek 4): 12-20.
- <sup>61</sup> Çuhadaroğlu K, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. F. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993; 184-187
- <sup>62</sup> Nicolson P. Understanding postnatal depression: amother-centred approach. J Adv Nurs 1990; 15: 689-695.
- <sup>63</sup> Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP and et. Population- based screening for postpartum depression. Obstet Gynecol 1999; 93: 653-657.
- <sup>64</sup> Bashırı N, Spielvogel MA. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. Prim Care Update Ob/Gyns 1999; 6: 82-87.
- <sup>65</sup> Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: A review of postpartum screening. Prim Care Update Ob/Gyns 1997; 4: 241-246.
- <sup>66</sup> Dennis CL, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;110(5): 338-346.
- <sup>67</sup> İnandı T, Elçi ÖÇ, Öztürk A, ve ark. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. International J. Epidemiologist 2002: 201-207.
- <sup>68</sup> Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. Am J Psychiatry 2001;158: 1856-1863
- <sup>69</sup> Chandran M, P. Tharyan, J. Mulyil and S. Abraham post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India Br J Psychiatry 2002; 499- 504.

- <sup>70</sup> Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita, K Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 121- 130.
- <sup>71</sup> Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi* 2000; 2: 64-70.
- <sup>72</sup> Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM and et. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 122-132.
- <sup>73</sup> Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M and et. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 1243-1258
- <sup>74</sup> Josefsson A, Angeliö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-8.
- <sup>75</sup> Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health care for women international* 2008;29: 568-592.
- <sup>76</sup> Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord.* 2004; 82: 297-301.
- <sup>77</sup> Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26: 289-295.
- <sup>78</sup> Steiner M, Yonkers K. Depression in women. *Martin Dunitz LTD.* 1998:26-47
- <sup>79</sup> Erdem Ö ve ark. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-37.
- <sup>80</sup> Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)* 1999;146: 108-10.



- <sup>81</sup> American Academy of Family Physicians: Postpartum depression and the “baby blues”. Erişim.<http://www.aafp.org/afp/1999/0415/p2259.html> erişim tarihi:07.11.2013
- <sup>82</sup> Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD and et. Folates and pospartum depression. J Affective Disord 1992; 25: 235-242.
- <sup>83</sup> Van Dam RM, Schuit AJ, Schouten EG, Vader HL, Pop VJ. Serum cholesterol decline and depression in the postpartum period. J Psychosom Res.1999; 46: 385- 390.
- <sup>84</sup> Selvi Y, İnci R, Kıran ÜK, Ağargün MY, Özer M, Eryonucu B. Postpartum depresyon ve serum kolesterolu. Klinik Psikiyatri 2004; 7: 48-50.
- <sup>85</sup> Vural G, Akkuzu G. Normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; Cilt:1 Sayı 3: 33-37.
- <sup>86</sup> Field T. Infants of depressed mothers. Infant Behaviour and Development, 1995;18:1-13.
- <sup>87</sup> Armstrong K, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: Association with prenatal factors and maternal distress/depression. Journal of Pediatric and Child Health, 1998;34:260-62.
- <sup>88</sup> Armstrong K, van Haeringen A, Dadds M, Cash R. Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: Separating the chicken from the egg. Journal of Pediatric and Child Health, 1998;34:260-62.
- <sup>89</sup> Henshaw C, Elliott S. Screening for perinatal depression, London, GBR: Jessica Kingsley Publishers,2005. <http://site.ebrary.com/lib/gazi/Doc?id=1000966199>
- <sup>90</sup> Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L. Postpartum Depression. Detection and Treatment in the Primary Care setting. The Journal of Nurse Parctitionars 2006; april: 247-253
- <sup>91</sup> Karaçam Z, Kitis Y. Doğum sonrası depresyon ölçeği, Türkçede geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(3):baskıda

- <sup>92</sup> Cox JL, Holden JM. Detection of Postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782-786
- <sup>93</sup> Murray L ve Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 288-290.
- <sup>94</sup> Engindeniz, A.N., Küey, L., Kültür, S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları. 1997; 1: 51-52.
- <sup>95</sup> Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN. The American journal of maternal child nursing* 2000; 31 (2):121-126
- <sup>96</sup> Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours. *J Affect Disord* 2007; 98; 199-205.
- <sup>97</sup> Righetti-Veltima M, Conne-Perréard E, Bousquet A and Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002; 70: 291-306.
- <sup>98</sup> Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-199
- <sup>99</sup> Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, Findling RL, Moses-Kolko EL. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 353-360.
- <sup>100</sup> Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breastfeeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1631-1637.
- <sup>101</sup> Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 89-95.
- <sup>102</sup> Noble RE. Depression in women. *Metabolism* 2005; 54: 49-52
- <sup>103</sup> Ahokas A, Aito M, Turiainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 167-169.

- <sup>104</sup> Thome M. Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women  
*Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 7-14.
- <sup>105</sup> Aydin N, İnandi T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 483-486.
- <sup>106</sup> Honey KL, Bennett P, Morgan M. Predicting postnatal depression. *J Affect Disord* 2003; 76: 201-210.
- <sup>107</sup> Kim P, Swain JE. Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 Feb;4(2):35-47.
- <sup>108</sup> Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2012 Nov 22
- <sup>109</sup> Ramchandani P, Stein A, Evans J, et al. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005;365(9478):2201–5.
- <sup>110</sup> Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004; 45(1):26-35.
- <sup>111</sup> Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a metaanalysis. *J Am Med Assoc* 2010;303:1961–1969.
- <sup>112</sup> Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*. 2008 Jun;21(2):65-70
- <sup>113</sup> Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(1-2): 56–64.
- <sup>114</sup> Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012 Jan-Mar;26(1):69-80.

- <sup>115</sup> Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003;74(2):139–47.
- <sup>116</sup> Ramchandani, P., O'Connor, T. O., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: A natural experiment comparing the effects of exposure to depression in offspring. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1069-1078.
- <sup>117</sup> Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 47(4), 390-398.
- <sup>118</sup> Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118(2):659–68.
- <sup>119</sup> Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Father's depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127, 612-618.
- <sup>120</sup> Paulson, J, Keefe, H, Leiferman J. Early parental depression and child language development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009. 50(3), 254-262.
- <sup>121</sup> Hedin LW. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;89(1):41–5.
- <sup>122</sup> Ijeoma P. Edoaka, Stavros Petroub. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *Journal Affect Disord*. 2011 September; 133(1-2): 356–360.
- <sup>123</sup> Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:99–107.

- <sup>124</sup> Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. 2001. *J Affect Disord* 2001;64(2-3):175–84.
- <sup>125</sup> Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches In Psychiatry* 2010;2(4):
- <sup>126</sup> Kılıç C, ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ekim 1997
- <sup>127</sup> Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Dergisi* 12(1): 41-45)
- <sup>128</sup> Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi
- <sup>129</sup> Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Int Med* 1999; 14: 569-80.
- <sup>130</sup> Yalçın M. Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları. *STED*,2004;13(2): 46
- <sup>131</sup> Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No: 62:25-30. 2008
- <sup>132</sup> Matthey, Stephen, et al. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of affective disorders* 60.2 (2000): 75-85.
- <sup>133</sup> Solantaus T, Salo S. Paternal postnatal depression: Fathers emerge from the wings. *Lancet* 2005;365(9478):2158–9.
- <sup>134</sup> European definition of GP/FM. *WONCA* 2002.
- <sup>135</sup> Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62

- <sup>136</sup> Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-9.
- <sup>137</sup> Ballard C.G., Davis R., Cullen P.C., Mohan R.N. & Dean C. (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry* 164, 782–788.
- <sup>138</sup> Areias M.E.G., Kumar R., Barros H. & Figueredo E. (1996) Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry* 169, 30–35.
- <sup>139</sup> Lane A., Keville R., Morris M., Kinsella A., Turner M. & Barry S. (1997) Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171, 550–555.
- <sup>140</sup> Deater-Deckard K., Pickering K., Dunn J.F. & Golding J. (1998) Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. the Avon longitudinal study of pregnancy and childhood study team. *American Journal of Psychiatry* 155, 818–823.
- <sup>141</sup> Morse CA, Buist A, Durkin S. First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21(2):109-120.
- <sup>142</sup> Dudley M., Roy K., Kelk N. & Bernard D. (2001) Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 19, 187–202.
- <sup>143</sup> Ramchandani, Paul G., et al. "Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period." *Depression and Anxiety* 28.6 (2011): 471-477.
- <sup>144</sup> Pinheiro, R. T., et al. "Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113.3 (2006): 230-232.

- <sup>145</sup> Nazareth I, Davé, S., Sherr, L., Senior, R., &. (2008). Associations between paternal depression and behaviour problems in children of 4–6 years. *European child & adolescent psychiatry*, 17(5), 306-315.
- <sup>146</sup> Edmondson, Olivia JH, et al. "Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure." *Journal of affective disorders* 125.1 (2010): 365-368.
- <sup>147</sup> Nishimura, Akiko, and Kazutomo Ohashi. "Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan." *Nursing & health sciences* 12.2 (2010): 170-176.
- <sup>148</sup> Escribè-Agüir V, Gonzalez-Galarzo MC, Barona-Vilar C, Artazcoz L. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(5):410-414.
- <sup>149</sup> Figueiredo, Bárbara, and Ana Conde. "Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum." *Archives of Women's Mental Health* 14.3 (2011): 247-255.
- <sup>150</sup> Kerstis, Birgitta, et al. "The association between perceived relationship discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms: a comparison of mothers and fathers in Sweden." *Upsala journal of medical sciences* 117.4 (2012): 430-438.
- <sup>151</sup> Sheehan D. Fisher, Robin Kopelman. *Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner*. *Arch Womens Ment Health* (2012) 15:283-288
- <sup>152</sup> Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, *Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns*. *Arch Womens Ment Health*, 10.1007/s00737-013-0377-4
- <sup>153</sup> Montigny, Francine, et al. "Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression." *Journal of affective disorders* (2013).

- <sup>154</sup> Roubinov S.D. Postnatal depression in Mexican American fathers: Demographic, cultural, and familial predictors. *Journal of Affective Disorders* 152-154(2014)360–368
- <sup>155</sup> Greenhalgh, Rebecca, Pauline Slade, and Helen Spiby. "Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum." *Birth* 27.3 (2000): 177-184.
- <sup>156</sup> Davé, Shreya, et al. "Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database." *Archives of pediatrics & adolescent medicine* (2010).
- <sup>157</sup> Gao, Ling-ling, Sally Wai-chi Chan, and Qing Mao. "Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period." *Research in nursing & health* 32.1 (2009): 50-58.
- <sup>158</sup> Skari, Hans, et al. "Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 109.10 (2002): 1154-1163.
- <sup>159</sup> Edhborg, Maigun, et al. "``Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression." *Scandinavian Journal of Public Health* 33.4 (2005): 261-267.
- <sup>160</sup> Matthey, Stephen. "Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders." *Depression and anxiety* 25.11 (2008): 926-931.
- <sup>161</sup> Wee, Kim Yiong, et al. "Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: A systematic review." *Journal of affective disorders* 130.3 (2011): 358-377.
- <sup>162</sup> Sundquist, Kristina, Gölin Frank, and Jan Sundquist. "Urbanisation and incidence of psychosis and depression Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden." *The British Journal of Psychiatry* 184.4 (2004): 293-298)
- <sup>163</sup> Raskin V.D., Richman J.A. & Gaines C. (1990) Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry* 147, 658–660.



- <sup>164</sup> Leathers S. & Kelley M.A. (2000) Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry* 70, 523–531.