

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE SİGARA KULLANIMININ BAZI
OBSTETRİK DURUMLARIN VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN
POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru KELEŞ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ŞANLIURFA-2007

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Ebru KELEŞ'in hazırladığı "Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi", konulu çalışma, 09/02/2007 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Ali KURÇER
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD
BAŞKAN

Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD

ÜYE

Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri ABD

ÜYE

ONAY

...../...../2007

.....
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
DIŞ KAPAK	
İÇ KAPAK	
ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ÖZET	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik Fizyolojisi	4
2.1.1. Uterus-Over-Vajen ve Perine Değişiklikleri	4
2.1.2. Kilo Alımı ve Karın Duvarı Değişiklikleri	4
2.1.3. Pulmoner, Kardiyovasküler ve Hematolojik Sistem Değişiklikleri	5
2.1.4. Üriner ve Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	6
2.1.5. Meme ve Endokrin Sistem Değişiklikleri	6
2.2. Gebelik Psikolojisi	7
2.2.1. Döneme Ait Bazı Psikolojik Durumlar	8
2.3. Depresyon ve Tarihçesi	9

4.4. Kadınların gebelikleri boyunca sigara içme durumları:	30
4.4.1. Sigara içen annelerin nikotin bağımlılık düzeyleri	31
4.5. Kadınların yaş gruplarına göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	31
4.6. Kadınların yaş gruplarına göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	32
4.7. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	32
4.8. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	33
4.9. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına göre doğumun ilk günü depresyon	33
4.10. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına göre doğumun 60. günü depresyon	34
4.11. Kadınların aile tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	34
4.12. Kadınların aile tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi	35
4.13. Kadınların ikamet ettikleri yere göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	35
4.14. Kadınların ikamet ettikleri yere göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi	36
4.15. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	37
4.16. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun 60.günü depresyon düzeyi	37
4.17. Kadınların gelir durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	38
4.18. Kadınların gelir durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	38
4.19. Kadınların nikah tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	39
4.20. Kadınların nikah tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi	39
4.21. Kadınların sigara içme durumlarına göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	40
4.22. Kadınların sigara içme durumlarına göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	40
4.23. Kadınların doğum şekline göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	41
4.24. Kadınların doğum şekline göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	41
4.25. Kadınların bebeklerinin sağlık durumlarına göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri	42
4.26. Kadınların bebeklerinin sağlık durumlarına göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri	42
4.27. Kadınların Doğum sonu ilk gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özelliklerinin Lojistik Regresyon modeli ile incelenmesi	43
4.28. Kadınların Doğum sonu 60. gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özellikleri	44
5. TARTIŞMA	46

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Kadınların sosyal güvence durumları	28
4.2. Kadınların ikamet ettikleri yerler	29
4.3. Çalışmaya katılanların Edinburgh DSD Ölçeği ve Fagerstrom Nikotin Tolerans Testi Puan Ortalamaları	30
4.4. Kadınların gebelikleri boyunca sigara içme durumları	31
4.5. Kadınların yaş gruplarına göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	32
4.6. Kadınların yaş gruplarına göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi	32
4.7. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	33
4.8. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi	33
4.9. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına göre doğumun ilk günü depresyon	34
4.10. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	34
4.11. Kadınların aile tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri	35
4.12. Kadınların aile tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri	35
4.13. Kadınların ikamet ettikleri yere göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri	36
4.14. Kadınların ikamet ettikleri yere göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri	36
4.15. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	37
4.16. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	37
4.17. Kadınların gelir durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi	38
4.18. Kadınların gelir durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi	38
4.19. Kadınların doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri	39
4.20. Kadınların nikah tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri	39
4.21. Kadınların sigara içme durumlarına göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi	40

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	Yüzde
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenokortikotropik hormon
ANP	Atrial natriüretik peptid
BMI	Body mass index
CO	Karbonmonoksit
DOC	Deoksikortikosteron
DSD	Doğum sonu depresyon
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
EDSDÖ	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
g	Gram
hPL	Human plasental laktojen
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision; F.1
kg	Kilogram
LBW	Düşük doğum ağırlıklı bebek
mmHg	Milimetre civa
MÖ	Milattan önce
MS	Milattan sonra
n	Nervus
pH	Power of hydrogen
PRL	Prolaktin
PT	Protrombin
APTT	Active parsiyel tromboplastin zamanı
S3	3. Kalp sesi
SGA	Gestasyonel yaşa göre küçük bebek
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TBG	Tiroid bağlayıcı globulin

ÖZET

Gebelikte sigara kullanımının bazı obstetrik durumların ve sosyodemografik özelliklerin postpartum depresyon üzerine etkisi

Ebru KELEŞ

Halk Sağlığı, Yüksek Lisans Tezi

Günümüze kadar, gebelik ve gebeliğin dışında da sigara kullanımı ile depresyonun ilişkisi gösterilmiş olmasına karşın, lohusalık döneminde sigara kullanımı ile DSD ilişkisi kapsamlı olarak yeterince incelenmemiştir. Amacımız; Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde doğum yapmış kadınlarda DSD sıklığını ve etkileyen faktörleri incelemektir. Nested (yuvalandırılmış) tipindeki çalışma, Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'ne doğum yapmak üzere 10 Ocak-20 Şubat 2006 tarihleri arasında başvurmuş 205 kadın üzerinde uygulanmıştır. Sigara içen 30 kadına ve sigara içmeyen 175 kadından basit rastgele yöntemle seçilen 30 kadına postpartum altmışıncı günde ulaşılarak Edinburgh testleri tekrar edilmiştir. Bulgularımız; Edinburgh DSD ölçeği puan ortalaması doğumun ilk günü 11.3 ± 5.6 , postpartum altmışıncı gün ise; 8.6 ± 5.2 olarak saptanmıştır. Doğum Sonu İlk ve 60. gün Depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilk gün depresyonun (11.3 ± 5.6) 60. güne (8.6 ± 5.2) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.0001$). Fagerstrom Nikotin Tolerans testi puan ortalaması doğumun ilk günü 3.8 ± 1.9 , altmışıncı gün ise 2.8 ± 1.9 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınların %64.5'i nikotin bağımlıydı. Çalışmaya katılan kadınların 30'u (%14.6) doğum yaptığı sırada her gün ya da ara sıra sigara içtiğini bildirmiştir. Kadınların yaşı, öğrenim süresi gelir düzeyleri, sosyal güvencesinin olmaması, resmi nikahların olmaması, düşük öyküsü, kırsal kesimde ikamet etme, doğumun ilk gününde depresyon düzeyini etkilemezken, gebelikte sigara içmek ve zorlu doğum/ sezaryen ise doğumun ilk gününde depresyon riskini arttırmaktadır. Doğumun 60 gününde ise yalnızca bebeğin hasta olması DSD sıklığını arttırmaktadır. Sonuç olarak; Gebelikte sigara içmek ve zorlu doğum yapmak DSD'nun en önemli nedenleri olarak bulunmuştur.

Anahtar kelimeler : Şanlıurfa; zorlu doğum; sigara içme; gebelik;lohusalık; depresyon

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Depresyon; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmakta olup, nedenleriyle, sonuçlarıyla biyo-psiko-sosyal bir hastalıktır. Yaşamın her döneminde görülür. Çeşitli yaşam olayları, çevresel stres vericiler depresyon ortaya çıkarabilir. Oluşumunda kalıtım da önemli bir rol oynar. Çevre etkenleriyle olduğu kadar bunlar olmaksızın da ortaya çıkabilir.Yapılan çalışmalar, son 25 yılda depresyonun 10-20 kat arttığını göstermektedir. Günümüzde, hastanede yatan psikiyatrik hastaların %75'ini depresyonlu hastalar oluşturmaktadır. Dahası, depresyon, bebeklikten yaşlılığa, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Yaşamının herhangi bir döneminde depresyon geçiren kişilerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Kadınlarda bu oran daha da yüksektir(93).

Bir yıl içinde yeni depresyon görülen erkeklerin topluma oranı %1 iken, bu oran kadınlarda % 3'tür. Bir anda toplumdaki bütün depresyonlar sayılabilsen, erkeklerin %2-3'ünün, kadınların %5-10'unun depresyon içinde oldukları görülür. Yaşam boyu depresyona yakalanma şansı, erkeklerde %5-10, kadınlarda %20 civarındadır. Özetle depresyonda erkek/kadın oranı 1/2'dir. Ancak kadın ve erkeklerin depresif hastalığa karşı farklı tepkileri olduğu çeşitli araştırma sonuçlarıyla ortaya çıkarılmıştır. Bu sonuçlara göre; evlilik kadınları erkeklerden daha az korumaktadır. Örneğin; evli erkekler bekar erkeklerle göre daha az affektif bozukluk gösterirken, evli kadınlar bekar kadınlara göre daha fazla affektif bozukluk göstermektedir (93).

Depresyon, büyük oranda tedavi edilebilir bir hastalıktır. Psikiyatri uzmanlarına ulaşmadan önce, birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan ruhsal bozukluktur.

DSD yedi kadından birini etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Deprese annelerdeki sosyal ve fiziksel değişimler kadar, anne ve bebeği arasında oluşan negatif etkiler çocuğun emosyonel, davranışsal ve bilişsel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (21).

Doğum sonrasındaki ilk yıl için kadınlar, psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif- kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde en baskın olanıdır. DSD sıklığı %5-20 arasında bildirilmekle birlikte genel görülme sıklığı %10 olarak kabul edilmektedir (24).

DSD DSM-IV’de duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır (26). ICD-10’da ise “lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır

Doğum sonrası depresyon (DSD); risklere duyarlı süt çocukluğu dönemine getirdiği yük, anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkilemesi ve uzun dönemde yarattığı ciddi sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’na (DSM-IV) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) göre doğum sonrası dönemde başlayan gerek psikotik, gerekse psikotik olmayan major depresyon ve mani, duygudurum bozuklukları bölümünde sınıflandırılırlar ve “doğum sonrası” olarak özgülleştirebilmek için doğum sonrası dört hafta içinde başlamalıdır. Türkiye’ de doğum sonrası dönemdeki annelerin %42’sinde görülebilen depresyon belirtileri yaygın bir sağlık sorununa işaret etmektedir (20). Daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü DSD gelişimi için en belirgin risk etkeni olarak kabul edilmektedir (88). Doğum sonrası depresyonun saptanmasının en önemli amaçlarından biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir (32).

Günümüze kadar yapılan araştırmalarda, gebelik ve gebeliğin dışında da sigara kullanımı ile depresyonun ilişkisi gösterilmiş olmasına karşın (44), gebelik öncesi, gebelik ve lohusalık döneminde sigara kullanımı ile DSD ilişkisi yoğunlukla incelenmemiştir.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amaçları; Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi’nde 10 Ocak-20 Şubat tarihleri arasında doğum yapmış kadınlarda DSD prevalansını bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

artışı gözlenir (linea nigra, chloazma). Yükselen estrojen düzeylerine bağlı olarak deride spider anjiom ve palmar eritemde oluşabilir (54).

2.1.3. Pulmoner, Kardiyovasküler ve Hematolojik Sistem Değişiklikleri

Progesteron etkisiyle bronşiyoler kaslarda relaksasyon ve respiratuvar merkezin direk stimülasyonu vardır. Solunum hızı, vital kapasite ve inspiratuvar rezerv volüm değişmez ancak inspiratuvar kapasite (%5) ve tidal volüm (%40) artar. Rezidüel kapasite, ekspiratuvar volüm ve rezidüel volümler %20, total akciğer kapasitesi %5 azalır. Bunların sonucunda dakikadaki ventilasyon sayısı artar ve hafif, kompanse respiratuvar alkaloz gelişir (54, 70).

Dolaşımdaki kan hacmi %40-50 artış gösterir. Kalp hızı ve hacmi %10-20 ve kardiyak output %30 artar. Sistemik vasküler dirençteki azalmaya bağlı olarak gebede kan basıncında düşme gözlenir. Sistolik kan basıncında 5-10 mmHg, diastolik kan basıncında 10-15 mmHg'lık bir düşme vardır. Kan basıncındaki bu düşme büyük oranda progesteronun sebep olduğu vasküler düz kaslardaki relaksasyona bağlıdır. Kan basıncındaki düşme 24. haftalarda belirgin hale gelir ve daha sonra plazma volüm artışı ile birlikte termе doğru gebelik öncesi değerlerine doğru yeniden yükselir(88).

Fizik muayenede sistolik ejeksiyon üfürümü ve dilate servikal venler izlenebilir. Üçüncü kalp sesi (S3) duyulabilir, kalp apeksi yukarı itildiği için (uterus basısı) EKG (elektrokardiyogram) 'de sol aks basısı bulguları gözlenebilir. Alt eksteremitede venöz basınç bulguları artar, vena cava basısına bağlı supin pozisyonunda hipotansiyon gelişebilir (54).

Dolaşımdaki kan hacmi %40-50 artar. Bu artış ilk trimesterde başlar ve 3. trimesterde maksimuma ulaşır. Artan gebelik yaşı ile beraber eritrosit kütlesi de artar (%18-30), ancak rölatif bir dilüsyonel anemi gelişir. Eritrosit artışını desteklemek için demir desteği verilirse bu artış %18'den %30'a çıkar. Lökosit sayısı artar (özellikle granülosit), hafif hiperkoagülabilite, venöz staz vardır. (54).

Yükselen fibrinojen seviyeleri %50 artar ve sedimentasyon hızının artmasına neden olur. Protrombin (PT) ve active parsiyel tromboplastin zamanı (APTT) kısalır. Fibrin yıkım ürünleri konsantrasyonu orta düzeyde artar. Antitrombin III düzeyleri değişmez, buna karşın trombin-antitrombin III kompleksi seviyesi artar. Bu da gebelikte derin ven trombozu riskini arttırır (54).

adrenokortikotropik hormon (ACTH) düzeyleri önemli oranlarda düşme gösterir. Gebelik ilerledikçe ACTH ve serbest kortizol düzeyleri artmaya başlar. (91)

2.2. Gebelik Psikolojisi

Lohusalık dönemi annenin yaşamında önemli bir fizyolojik değişim sürecidir. Bu süreç doğal bir olgu olmasına karşın annenin yaşamında birçok normalden sapma durumları da ortaya çıkabilir (3, 106). Gebelik döneminde fiziksel değişimlerle birlikte psikolojik değişimler de yaşanmaktadır. Birçok gebe kadının yaşadığı psikolojik değişiklikler, aynı zamanda yoğun bir stresin oluşumuna da neden olur. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu dönemdeki psikolojik durum, bazen tedavi gerektirebilecek seviyeye ulaşır (6).

Doğum sonrasındaki ilk yıl için kadınlar, psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde en baskın olanıdır. Postpartum depresyon sıklığı %5-20 arasında bildirilmekle birlikte genel görülme sıklığı %10 olarak kabul edilmektedir (45). DSD genel halk sağlığı çalışmaları ve sonuçları ile çocuk gelişimini hemen hemen her bakış açısı ile etkileyen bir hastalıktır (79).

Doğum sonrası depresyon DSM-IV'de duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır ICD-10'da ise "lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır (3).

Bazı gebeler bu dönemi keyifli geçirirken bazıları da stresli bir dönem olarak geçirebilir. İstenen bir gebelikte, mutluluk ve doyum duygusu yaşanır. Bazen de gebelik kadınlarda, kendine güven, kendini gerçekleştirme, seçkinlik duygusu da verebilir. Bazı kadınlar için mutluluk, olgunluk, olarak algılanabilen gebelik, bazı kadınlar için ise; endişe, kaygılı bekleyiş olarak yaşanabilir(6).

Küçük yaşta ve isteği dışında gebe kalmış olmak, eşin olmaması, maddi ve sosyal yetersizlik gebenin ruhsal durumunu bozan bazı faktörlerdendir. Vücudunda meydana gelen değişiklikler ve bu değişikliklere adaptasyon sorunu, doğacak olan bebeğin normal olup olmadığı kaygısı, doğumun ağırlı bir olay olarak algılanması, doğum sonrası bebek bakımının zor olacağı düşüncesi yaşanan stresi arttıran diğer nedenlerdendir(6).

Özetle annelik; çoğu kadın için stres faktörüdür. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe adaptasyonu stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanısıra çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi stresi artırır. Epidemiyolojik çalışmalar, kadın yaşamındaki psikiyatrik hastalık riskinin doğumdan sonra 12 ay boyunca en yüksek olduğunu göstermektedir (17).

2.3. Depresyon ve Tarihçesi

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus” tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (63).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür (63).

Hipokrat’ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir. Aristo’nun “Problemata” kitabında ve Galen’in yazılarında da melankoli tanımı kullanılmaya devam etmiştir (12).

Tarih öncesi dönemlerden beri bilinen “nepenthes” adlı morfin türevinin antidepresan amaçla kullanımı belki de depresyonun bilinen en eski farmakolojik tedavi şeklidir. “Şok” tedavisinin öncülleri de hemen hemen aynı çağlarda Lepkas adasında uygulanmıştır. Bunlardan birkaç yüzyıl sonra MS 2. yy.’da Soranus Epheisos diyet, flebotomi, lavman, kusturma, enerjik masaj, güneşlenme, ısıtma ve alkali kaynak sularının içilmesi gibi tedavi yöntemlerini önermiştir (63).

Batının Hipokrat-Galen tarzı düşünce sistemi, doğunun Çin’de Türk ve Arap dünyasında İbni Sina ile doruğa çıkan yaklaşımının etkileri sayılmazsa, pek değişikliğe

çabalarında yol gösterici olmuştur. 20. yy Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve Winokur'un çalışmalarıyla şekillenmiştir (63).

2.4. Kadın Reprodüktif Hayatı ve Psikiyatri

Depresyon prevalansındaki cinsiyet farklılıkları puberteden sonra ortaya çıkar ve reprodüktif yıllar boyunca belirginleşir. Ayrıca kontraseptifler, düşük, premenstrüel dönem, puerperium ve menapoz kadının kolayca depresyona girebileceği ilişkili durumlardır(5, 36, 82, 96). Çok sayıda araştırmacı tarafından, gelişimsel bir kriz ya da kritik bir faz olarak değerlendirilen gebeliğin, kadın yaşamındaki yeri kuşkusuz çok önemlidir. Bibring ve arkadaşları gebeliğin bir kadını geri dönüşümsüz olarak etkilediğini ve kalıcı bir psikolojik değişiklik yarattığını söylemişlerdir (92).

2.4.1. Kadın Reprodüktif Hayatındaki Psikolojisini Belirleyen Bazı Faktörler

Gebelikte major depresyon ve psikoz gibi ciddi psikiyatrik bozuklukların insidanslarının azaldığı ya da değişmediği bulunmuştur. Ancak hafif düzeyde depresyon anksiyete gibi semptomların insidansının gebelikte arttığı bildirilmiştir(90).

Gebelikte anksiyete artışı tipiktir, anksiyetenin özelliği kadının kendisinden çok fetusa odaklı olmasıdır. Kendi içine dönme ve kendi kendisiyle uğraş artar. Artan bağımlılık gereksinimi meydana gelebilir. İkel savunmalar ve birincil süreç düşüncesine doğru değişim bildirilmiştir (90).

Postpartum psikoz ise akut başlangıçlı, nadir görülen (500-1000 doğumda bir) ağır bir tablodur. Doğumdan sonra ilk günler ile 2-3 haftaya kadar hızlı başlangıç görülür. İlk doğum oluşu ve ailesel ya da kişisel psikiyatrik hastalık öyküsü risk faktörleridir. İşlevselliği önemli ölçüde bozan postpartum psikozlularda suisid ve infantisid riski yüksek olabilir (5, 23, 64)

Gebelikte, psikiyatrik hastalığın primer nedeni olarak biyokimyasal etmenleri stres etmenlerinden ayırmak oldukça zordur. Premenstruel sendrom ve menapozal depresyondan da

2.5.2. Doğum Sonu Depresyon (DSD)

Postpartum depresyon annelik hüznünde yaşanan belirtilerin yanında depresif kişiliğe, yoğun anksiyeteye, ümitsizliğe ve intihar düşüncesine neden olmaktadır (66, 109, 117). Gittikçe artan oranlarda görülmektedir. Tabiatı gereği sıklıkla tanınmamaktadır. O sıradaki diğer faktörler, karşılaşılan zorluklar bunu örtmektedir. Bunun erken dönem tanı ve tedavisi, mümkünse önlenmesi, kadının mental sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Bulguları; labil duygu durumu, çocuga karşı anksiyete, çocuga yeterli ilgi ve şefkati gösterememe, suçluluk duygusu, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi ve benzerleridir. Birçok açıdan, normal zamanlarda gelişen minör veya majör depresyona benzer.

Majör ve minör depresyon kriterleri

- **Majör Depresyon**

2 haftalık zaman içinde aşağıdaki semptomların en azından beşinin görülmesi gerekir. Semptomlardan biri depresif duygu durum veya neredeyse hiçbir zaman hayattan zevk alamama olmalıdır.

Günün büyük bir kısmında depresif duygu durum, gün içindeki birçok aktiviteden zevk alamama veya aktivitelere, ilgisini kaybetme, diyet yapmıyorken belirgin kilo kaybı veya kilo artışı, iştahta artma veya iştahta azalma, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, bitkinlik veya enerjinin azalması, işe yaramazlık hissi, düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, sürekli ölümü düşünme, aklında belli bir plan olmaksızın sürekli intiharı düşünme gibi semptomlar da eşlik edebilir.

Bu semptomlar sosyal yaşam, iş yaşamı ve diğer önemli alanlarda, klinik olarak belirgin strese veya bozukluklara yol açar. Semptomlar bir maddenin veya genel medikal durumun doğrudan etkilerine, son 2 ay içinde kaybedilen bir yakına bağlı değildir. Ciddi vakalarda psikozla beraber görülebilir (12) .

- **Minör Depresyon**

Depresif duygu durum 2 haftadan daha kısa zamandır görülür. Semptomlar beşten daha azdır.(12). Bu anksiyete somatik duygularla kendini gösterir. Bunun sonucunda,

2.5.4. Postpartum psikoz

Bu en çok endişe edilen ve en ciddi puerperal psikiyatrik hastalıktır. 1000 doğumda 1-4 dafa görüldüğü tahmin edilir (70). Postpartum Psikozu olan kadınların gerçeklikle ilişkileri kopar. Zaman zaman bilincin normale döndüğü dönemler olur. Daha çok toksik durumlarda veya deliryumda görülen konfüzyon ve desoryantasyon semptomları da bildirilmiştir.

Bu tip hastalığa yatkın 2 kadın tipi vardır: altta yatan depresif, manik, şizofrenik veya şizoaffektif hastalığı olan kadınlar ve daha önceki yıllarda depresyon veya ağır bir travma geçirmiş kadınlar (72). Daha önceden psikotik hastalığı olan kadınlar daha yüksek risk altındadır. Özellikle de şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk bu durumla en yakın ilişkili olan durumlardır. Önceki psikotik atak ile doğum arasında kısa zaman olması tekrarlama ihtimalini artırır. Diğer risk faktörleri biyoloji ile ilgilidir. Bunlar; genç yaş, primarite ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüdür (79). Daha önceden postpartum psikoz geçirmiş kadınların dörtte birinde sonraki gebelikte hastalık tekrar eder. Bu durum kadınları öykülerine göre tanımlamanın ve onları yakından izlemenin ne kadar önemli olduğunu gösterir. Psikotik semptomların en çok görüldüğü dönem 10-14. günlerdir. Ancak risk doğumdan aylar sonra da hala yüksektir(17).

Nadir olsa bile, bir kadında, postpartum dönemde psikotik atak görülme riski hayatının başka evresinde görülme riskinden daha fazladır. Bu hastalığı olan kadınların çoğunda gebelikle ilişkisiz dönemlerde de hastalık tekrar edecektir (17).

2.6. DSD'un Saptanması

Doğum veya abortus sonrası genital kanalın morfolojik ve fonksiyonel olarak gebelik öncesi durumuna dönmesine involüsyon, involüsyonun gerçekleştiği zaman diliminde meydana gelen birçok değişimlerin yaşandığı döneme de puerperal dönem diyoruz. Bu dönemde kadının akıl sağlığını ilgilendiren durumlar özellikle dikkate alınmalıdır.

İlk prenatal muayenede gebe akıl sağlığı açısından da değerlendirilmelidir. Bu açıdan daha önceki psikiyatrik hastalıklar hastaneye yatış öyküsü, ayaktan tedaviler ve önceden kullandığı ya da kullanmakta olduğu psikoaktif ilaçlar sorgulanmalı, mental disfonksiyona işaret eden semptomlar araştırılmalıdır. Gebe kadınların %15-20'sinde akıl sağlığı ile ilgili

Doğum sonrası depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlar ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir. Doğum sonrası depresyonun etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmekte, ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açıkça bilinmemektedir. Bununla birlikte bazı risk etmenleri taşıyan kadınlarda doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu risk etmenleri arasında yer alan, kocasıyla ya da ailesiyle ilgili birtakım sorunları olan, gebelik sırasında boşanma, ayrılma ya da başka türlü bir kayıp yaşamış olan, istenmedik bir gebeliği olan, travmatik bir doğum yaşamış olan, toplumsal ve çevresel koşulları kötü olan annelerde risk artmaktadır (3,12, 41, 47).

Bazı başka risk faktörleri de belirlenmiştir. Bunlar; sosyal destek yokluğu, eski depresyon varlığı ve olumsuz yaşam olayları, sigara kullanımı, ilaç kullanımı, gebelikte aşırı bulantı, istenmeyen gebelik ya da ilk gebelik, kadının kendi anne-babasının erken ölümü, anne bakım eksikliği ve kadının çocukluğunda babasının aşırı koruması altında olması, kadına gebeliğindeki negative tutumlar ve kocasının yakınlığının kaybı ve yeniden evlenmesi, madde bağımlılığı ve sosyal çevreyle olan yaşanmış güçlüklerdir (80). Evliliğe ait anlaşmazlıklar Prenatal Depresyon ve DSD ile bağlantılıdır. Portekiz’de yapılan bir çalışmada, annede depresyon öyküsü olması en önemli risk etmenlerinden biri olarak değerlendirilmiştir (7).

Duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışı açısından doğum sonrası dönem riskli bir dönemdir. Ani hormonal değişimler psikopatolojinin ortaya çıkışında önemli bir etkiye sahip olabilir. Doğum sonrası başlangıç hem klinik görünüm hem de tedaviye yanıt açısından önemli olarak bilinmektedir. Gebelik esnasında özellikle son üç aydaki artan serum kolesterol düzeyleri doğum sonrasında ani bir düşüş gösterir ve bu değerlerin normal seviyelerine dönmesi doğum sonrası 20. haftaya kadar uzayabilir (92) .

2.7. Sigara Kullanımı ve Tarihçesi

2.7.1. Sigara Kullanımı

İnsanlık tarihinin en eski ve yaygın alışkanlığı olan tütün kullanımı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara içmek sanıldığı gibi sosyal bir davranış değil, madde bağımlılığı olarak kabul edilen bir hastalıktır.

defa tütünle tanıştı ve Jean Nicot kısa zamanda tütün içmeyi popüler hale getirdi (19. Yüzyıl bilim adamları "nikotin" olarak tanınan kimyasal maddeye onun adını verdiler). 1565 yılına gelindiğinde, tüm Avrupa'ya yayılan tütün alışkanlığı, ünlü İngiliz aristokratı ve şairi Sir Walter Raleigh'nin tütün içmeye başlamasıyla, İngiltere'ye de girdi.

1610'da Japonya'da tütün üretimi ve içimi yasaklandı. 1634'de Maryland kuruldu. Maryland'de de tütün üretimine başlandı. Kristof Kolomb Amerika'yı keşfettiğinde, yerlilerden öğrenilen tütün içme alışkanlığı kısa zamanda yaygınlaşmıştır. 20. yy'ın başlarında tütünün kağıda sarılarak üretilmeye başlanması bu yayılmayı hızlandırmıştır. İlk zamanlarda çok ucuz satılan hatta bedava dağıtılan sigaranın 2. Dünya Savaşı'ndan sonra zararları görülmeye başlanmış.

Avrupa'ya getirilen tütün, Fransızların Portekiz'de bulunan büyük elçisi Jean Nicot tarafından 1560 yılında Paris'e taşınarak kraliçeye takdim edilmiş ve saray bahçesine dikilmesi sağlanmıştır. Tütünün içindeki en önemli zehirli madde olan nikotin, elçinin isminden gelmektedir. Tütün keyif verici ve tedavi edici özelliğinin yanı sıra büyük yangınlara sebep olması ve kötü kokusu sebebiyle kralların, din adamlarının tepkisine neden olmuş ve zaman yasaklar konmuştur (44).

Rus Çarı tütün içimini tüm Rusya'da yasakladı. 1761'de İngiliz doktor John Hill, "Cautions Against the Immoderate Use of Snuff " (Aşırı Enfiye Kullanımına Dikkat) isimli ve tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olan raporunu yayınladı. 1800'lerin başında Puro tüketimi, enfiye tüketimiyle rekabet etmeye başladı. Tütün çiğneme ve pipo kullanımı ortaya çıktı(28).

1856 yılında sona eren Kırım Savaşı ile İngiliz ve Fransız askerleri Türk tütününüyle tanışıp, onu Avrupa'ya göturdüler. 1878'de Kanada'nın Ontorio bölgesinin rahibi Albert Sims "The Sin of Tobacco Smoking and Chewing Together With an Effective Cure for These Habbits" (Tütün içme ve çiğneme günahı ve bu alışkanlıkları bırakmak için etkili tedavi) isimli kitabını yayınladı. 1881'de ABD'de, John Bonsack ilk sigara yapan makinenin patentini aldı. Böylece ABD, günde 120.000 sigara üretmeye başladı. Bir makine 48 kişinin yaptığı işi yapıyordu. Üretim maliyeti düştü ve güvenli kibritin de icadıyla, sigara tüketimi bir anda patladı. 1889'de Saint John Hastanesi sigaranın zararlarını ve gırtlak kanserine neden olduğunu anlatan bir kitap yayınladı. 1891'de Kanada'nın British Columbia eyaletinde, 15 yaşından küçüklerin tütün içmesi yasaklandı(28).

Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içen kadınlarda düşük yapma riski, içmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur (8, 25, 35, 37). Annenin sigara kullanması başta ablosyo plasenta, plasental yetmezlik, plasenta previa gibi plasental ve LBW (düşük doğum ağırlıklı bebek) birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bunlardan başka ektopik gebelik riski de artmaktadır (59).

Gebelerin sigarayı kesmeleri ve bilhassa üst üste sigara içmekten kaçınmaları önerilmektedir(98).

Başka bir yayında plasenta dekolmanı oranı sigara içen gebelerde içmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve ayrıca ağır paternal sigara içimi maternal ve/veya paternal maruz kalım sonucunda erken gebelik kaybı riskini arttırdığına dair çalışmalar vardır (116) .

Gebelik ve lohusalık dönemi sonrası sigara içen annelerin bebeklerinde; fetal büyüme geriliği, astım ve erken doğum oluşabilir. Annesi gebeliğinde günde ortalama 10 sigara kullanan yenidoğanın ağırlığı annesi gebeliğinde hiç sigara kullanmamış yenidoğanın ağırlığından 250 g daha az bulunmuştur (47). Annesi ağır sigara kullanıcısı olan yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı riski 2 kat, erken doğum riski aşağı-yukarı 1.5 kat, gestasyonel yaşa göre küçük bebek (SGA) olma riski 3 kat fazladır (47).

Gebelik döneminde sigara kullanımının bırakılması da ayrıca bir risk faktörüdür. Ama birçok kadın için sadece gebelik döneminde sigara kullanımının bırakılması geçicidir, doğum yaptıktan sonra bırakmış olanlarda yeniden muhtemelen hamile olmayan içiciler kadar içmeye başlarlar.

Birçok çalışmada gebeliği sırasında sigara içmeyi bırakan kadınların %70'nin yaş, ırk, eğitim ve evlilikle ilgili duruma bakılmaksızın doğumu izleyen 1 yıl içinde yeniden başladığını, kadınların çoğunun doğumu izleyen 6 ay içinde kaldığı yerden sigara kullanmaya devam ettiği gösterilmiştir. Relaps olarak nitelendirilen gebelikten sonra yeniden sigara kullanımına başlanmasının belirleyicileri; sigara içen arkadaş veya partner varlığı, gebelikte sigarayı bırakma konusunda kendine olan güvenin kaybı ve kilo alma ilgili endişeleri içermektedir (81).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği:

Bu çalışmanın birinci bölümü kesitsel tipte ikinci bölümü ise nested (yuvalandırılmış) tiptedir. Araştırma, Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'n de doğum yapmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 205 anne dahil edilmiştir. 205 kadının hepsine doğum yaptıktan sonra, taburcu olmadan önce hastane yönetiminin izni alınarak, karşılıklı görüşme yoluyla araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyo-demografik özellikleri sorgulayan, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Fagerstrom Nikotin Tolerans Anketini içeren bilgi formu uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci bölümünde; doğumu takiben 2. ayda, araştırma grubundan basit rastgele yöntemle seçilen 30 sigara içen ve 30 sigara içmeyen kadına telefon görüşmesiyle Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Fagerstrom Nikotin Tolerans Anketlerini ve araştırmacının gebelikte sigara kullanmayla ilgili hazırladığı 2 soruyu içeren anket formu uygulanmıştır. Bu çalışmada DSD üzerine etkili olan etmenlerin saptanmasının yanısıra sigaranın özel bir etkisi olup olmadığı da araştırılmıştır.

3.2. Araştırma Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Doğum sonu depresyonu etkilediği düşünülen yaş, ailenin gelir durumu, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, evlilik süresi, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlanma durumu, yaşanılan yerin sosyo-ekonomik düzeyi, yaşanılan yerin özellikleri, sigara kullanımı, annenin nikotin bağımlılık düzeyi, gebeliği boyunca sağlık kontrolüne gidip gitmemesi, kadının kendisinin ve bebeğin sağlık durumu, nikotin bağımlılık düzeyi.

Bağımlı değişkenler: DSD.

Bu, her biri annenin geçen hafta süresince nasıl hissettiğini dört farklı seçenekten birini işaretleyerek bildirmesini isteyen bir ölçektir. Edinburgh DSD Ölçeği Cox ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ve Türkiye’de Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996’da geçerlilik ve güvenilirliği saptanan 10 soruluk anket olarak uygulanan bir ölçektir. 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 edilmiştir. Elde edilen bu toplam puan 11 ve altı ise normal, 12’nin üzeri ise depresif bozukluk açısından risk grubu olarak kabul edilmiştir (39, 80, 103).

EDSDÖ, DSD’nun taranması ve değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçektir. Doğum sonrası 6-8. haftadan başlayarak kullanılır; bu bağlamda DSM-IV ölçütüne göre ilk dört haftada başlamış olan DSD belirtilerini taramak için elverişlidir(39,80).

Her ne kadar doğum sonrası 6- 8. haftadan başlayarak verilmesi önerilse de, ilgili bilimsel yazında ölçeği gebelikten başlayarak uygulamış pek çok araştırma bulunmaktadır. Döneme özgül genel bir tarama ölçeği olduğu için farklı depresyon tiplerini ayırt etmez. Çalışmada Türkçe uyarlaması kullanılmıştır (39,80).

3.4.2. Fagerstrom Nikotin Tolerans Anketi

Nikotin bağımlılığının ölçülmesi amacıyla ilk kez 1978’de Fagerström, Fagerström Tolerans Testini önermiştir. Bu test 1992’de Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır (105). Ülkemizde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Güneş ve ark. (2001) tarafından kullanılmıştır

Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir (105).

Nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan 8 soruluk bir ölçektir. Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde CO ölçümü, nikotin ve yıkım ürünü olan kotinin ölçümleri yanında bugün en çok kullanılan yöntem Fagerström yazılı testidir. Bu test ile klinisyen bir tiryakinin nikotin bağımlısı olup olmadığını anlar ve etkili bir sigara bıraktırma programı konusunda plan yapar. Testte 8 soru bulunmakta maksimum skor 11 olup, 7 veya

Ayrıca DSD'na bağımsız değişkenlerin her birinin etkisini belirlemek için "Lojistik regresyon analizi" uygulanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların ikamet ettikleri yerler

Kurum	Sayı	%
İl	106	51.7
İlçe	36	17.6
Köy-mezra	63	30.7
Toplam	205	100.0

Tablo 4.2’de kadınların ikamet ettikleri yerler görülmektedir. Kadınlardan %51.7’si il merkezinde, %17.6’sı ilçe merkezinde, %30.7’si köy-mezrada yaşamaktadır.

4.2 Çalışmaya katılanların Edinburgh DSD Ölçeği puan ortalamaları

Tablo 4.3’te görüldüğü gibi doğumun ilk günü Edinburgh DSD ölçeği puan ortalaması 11.3 ± 5.6 , postpartum altmışıncı gün Edinburgh DSD Ölçeği puan ortalaması 8.6 ± 5.2 olarak saptanmıştır. Doğum sonu ilk ve 60. gün depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilk gün depresyonun (11.3 ± 5.6) 60. güne (8.6 ± 5.2) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.0001$).

Tablo 4.4'te kadınların gebelikleri boyunca sigara içme durumları görülmektedir. %76.1 kadın hiç sigara içmemiş, %2.4 kadın gebelik süresince içmemiş, %7.8 kadın gebelikten önce bırakmış olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların gebelikleri boyunca sigara içme durumları

Sigara içme durumu	Sayı	%
Hiç içmemiş	156	76.1
Her gün içmiş	15	7.3
Ara sıra içmiş	13	6.3
Gebelik süresince içmemiş	5	2.4
Gebelikten önce bırakmış	16	7.8
Toplam	205	100.0

4.4.1. Sigara içen annelerin nikotin bağımlılık düzeyleri

Doğumun ilk gününde sigara içmeyi sürdüren 30 anneden %6.7'sinin yüksek seviyede nikotin bağımlılığının bulunduğu, yüksek seviyede bağımlık nikotin bağımlılığının doğumun 60. gününde %7.1 seviyesine çıktığı tespit edilmiştir.

4.5. Kadınların yaş gruplarına göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi kadınların 29 yaş altı grubunda %68.7'sinde, 30 yaş ve üstü grubunda ise %42.9'unda doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır.

Tablo 4.7. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi

Öğrenim durumu	Doğumun ilk gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	40	37.4	67	62.6	107	52.2
Okur yazar	36	36.7	62	63.3	98	47.8
Toplam	76	37.1	129	62.9	205	100.0

$$\chi^2=0.009; P=0.924$$

4.8. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi kadınların öğrenim durumuna göre doğumun 60. günü okur yazar olmayanlarda %14.3 depresyon saptanırken, okur yazar olanlarda %15.6 depresyon saptanmıştır.

Tablo 4.8. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi

Öğrenim durumu	Doğumun 60. gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	4	14.3	24	85.7	28	46.7
Okur yazar	5	15.6	27	84.4	32	53.3
Toplam	9	15.0	51	85.0	60	100.0

$$\text{Fisher'in kesin testi} = 0.021; P = 0.58$$

4.9. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi kadınlardan evlerinde yaşayan kişi sayısı 4 ve daha az olanların %33.5’inde, 5 veya daha fazla kişi olanların %38.3’sinde doğumun 0. günü depresyon saptanmıştır.

Tablo 4.11. Kadınların aile tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri

Öğrenim durumu	Doğumun ilk gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek	46	36.5	80	63.5	126	61.5
Geniş-Diğer	30	38.0	49	62.0	79	38.5
Toplam	76	37.1	129	62.9	205	100.0

$$\chi^2=1.972; P=0.37$$

4.12. Kadınların aile tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi kadınlardan çekirdek ailede yaşayanların %17.9’unda, geniş ve diğer aile tipinde yaşayanların %9.5’inde doğumun 60. günü depresyon saptanmıştır. Aile tipinin 60. günde depresyon yaşanma sıklığı üzerinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.12. Kadınların aile tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri

Öğrenim durumu	Doğumun 60. gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek	7	17.9	32	82.1	39	65.0
Geniş-Diğer	2	9.5	19	90.5	21	35.0
Toplam	9	15.0	51	85.0	60	100.0

$$\text{Fisher'in kesin testi} = 0.473; P=0.320$$

4.13. Kadınların ikamet ettikleri yere göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi

Tablo 4.13’te görüldüğü gibi kadınların ikamet ettikleri yerler incelendiğinde il merkezinde yaşayanların %34’ünde, ilçe merkezinde yaşayanların %55.6’sında, köy yaşayanların ise %31.7’sinde doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır. İlçe Merkezinde yaşayan kadınlarda doğumun ilk günü depresyon sıklığı (%55.6), İl Merkezinde (%34) ve köyde (%31.7) yaşayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir.

4.15. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun ilk depresyon düzeyi

Tablo 4.15'te görüldüğü gibi kadınlardan sosyal güvencesi olanlarda %38.8, sosyal güvencesi olmayanlarda %29.4 doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır.

Tablo 4.15. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi

Sosyal güvence durumu	Doğumun ilk gününde					
	Depresif		Normal		Depresif	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvence var	66	38.8	104	61.2	170	83.2
Sosyal güvence yok	10	29.4	25	70.6	35	16.8
Toplam	76	37.1	129	62.9	205	100.0

$$\chi^2 = 0.918; P=0.312$$

4.16. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi kadınlardan sosyal güvencesi olanlarda %13.3, sosyal güvencesi olmayanlarda %28.6 doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır

Tablo 4.16. Kadınların sosyal güvence durumuna göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi

Sosyal güvence durumu	Doğumun 60. gününde gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvence var	7	13.3	46	86.7	53	61.5
Sosyal güvence yok	2	28.6	5	71.4	7	38.5
Toplam	9	15.0	51	76.9	60	100

$$\text{Fisher'in kesin testi} = 3.259; P=0.660$$

4.19. Kadınların nikah tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi kadınlardan resmi nikahlı olanlarda %30.3’ünde, sadece dini nikahlı olanlarda %38’inde doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır. Nikah tipinin doğumun ilk gününde depresyon yaşanma sıklığı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Tablo 4.19. Kadınların nikah tipine göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyleri

Nikah tipi	Doğumun ilk gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Resmi	10	30.3	23	69.7	33	16.1
Dini	66	38.0	106	62.0	172	83.9
Toplam	76	37.1	129	62.9	205	100.0

$$\chi^2=0.773; P=0.379$$

4.20. Kadınların nikah tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi kadınlardan resmi nikahlı olanlarda %11.1’inde, sadece dini nikahlı olanlarda %15.7’sinde doğumun 60. günü depresyon saptanmıştır. Nikah tipinin doğumun 60. gününde depresyon yaşanma sıklığı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Tablo 4.20. Kadınların nikah tipine göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri

Nikah tipi	Doğumun 60. gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Resmi	1	11.1	8	22.9	9	15.0
Dini	8	15.7	43	84.3	51	85.0
Toplam	9	15.0	51	85.0	60	100.0

$$Fisher'in kesin testi =0.126; P=0.723$$

4.23. Kadınların doğum şekline göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi

Tablo 4.23'te görüldüğü gibi kadınlardan normal vajinal yolla doğum yapanlarda %31.8, sezaryen ile doğum yapanlarda %41.3, zorlu vajinal doğum yapanlarda %53.3 doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır

Tablo 4.23. Kadınların doğum şekline göre doğumun ilk gününde depresyon düzeyi

Doğum şekli	Doğumun ilk gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal Vajinal	35	31.8	75	68.2	110	53.7
Sezaryen	33	41.3	47	58.8	80	39.0
Zorlu Vajinal	8	53.3	7	46.7	15	7.3
Toplam	76	37.1	129	62.9	205	100.0

$$\chi^2=3.886; P=0.154$$

4.24. Kadınların doğum şekline göre doğumun 60. günü depresyon düzeyi

Tablo 4.24'te görüldüğü gibi kadınlardan normal vajinal yolla doğum yapanlarda %13.5, sezaryen ile doğum yapanlarda %21.1, zorlu vajinal doğum yapanlarda %0 doğumun 60.günü depresyon saptanmıştır

Tablo 4.24. Kadınların doğum şekline göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyi

Doğum şekli	Doğumun 60. gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal Vajinal	5	13.5	32	86.5	37	61.6
Sezaryen	4	21.1	15	78.9	19	31.7
Zorlu Vajinal	0	0	4	100.0	4	6.7
Toplam	9	15.0	51	76.9	60	100

$$\chi^2=1.316; P=0.518$$

Tablo 4.26. Kadınların bebeklerin sağlık durumuna göre doğumun 60. gününde depresyon düzeyleri

Bebeklerin sağlık durumu	Doğumun 60.gününde					
	Depresif		Normal		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı	7	12.3	50	87.7	57	95.0
Hasta	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Toplam	9	15.0	51	85.0	60	100.0

Fisher'in kesin testi =6.501; P=0.011, RR=14.286 (GA=1.141-178.872)

4.27. Kadınların doğum sonu ilk gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özellikleri

Tablo 4.27'de kadınların doğum sonu ilk gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özellikleri lojistik regresyon modeli ile incelenmiştir. Son modelde komplikasyonlu doğum geçiren annelerde doğum sonu ilk gün depresyon ortaya çıkma olasılığı normal vajinal doğum yapan annelere göre 2.17 kat (1.20-3.91) daha fazladır. Ayrıca gebeliği boyunca ara sıra ya da sürekli sigara içen annelerde doğum sonu ilk gün depresyon ortaya çıkma olasılığı hiç sigara içmemiş ya da gebelik öncesinde bırakmış annelere göre 3.77 kat (1.45-9.78) daha fazladır. Anne yaşı, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmaması, resmi nikahın olmaması, öyküde düşük sayısı, doğan bebeğin hasta olması ve ikamet yeri ise doğum sonu ilk gün depresyon ortaya çıkma olasılığını anlamlı düzeyde arttırmamıştır.

Tablo 4.28. Kadınların doğum sonu 60. gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özelliklerinin Lojistik Regresyon Modeli ile incelenmesi

	Beta	P	OR	Güvenaralığı (%95)
Yaş	0.10	0.431	1.10	0.95-1.27
Öğrenim süresi	0.01	0.980	0.99	0.89-1.12
Gelir (YTL)	0.05	0.262	0.65	0.99-1.00
Sosyal güvence	0.06	1.003	0.87	0.17-2.34
Resmi nikah yokluğu	0.74	2.105	2.10	0.73-18.74
Öyküde düşük sayısı	0.41	0.958	1.08	0.10-11.08
Doğan bebeğinin hasta olması	0.89	0.866	0.61	0.25-1.08
Komplikasyonlu doğum	0.15	0.167	0.85	0.17-4.17
Gebelikte sigara içme	1.19	0.167	0.30	0.05-1.65
İkamet yeri	2.33	0.06	10.25	0.91-115.59

Hosmer Lemeshow; P=0.440

Çalışmaya katılan kadınlara gebelikleri boyunca kaç kez kontrole gittikleri sorulmuş; Ortalama gebelik kontrol sayısının 1.8 ± 0.3 olduğu, bunlarında çok küçük bir bölümünün (0.1 ± 0.05) ebe ve hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmüştür. 2003 TNSA'ya göre doğum öncesi bakım alan kadınların oranı %81.2 olup, bu bakımın %75.4'ü doktorlardan alınmıştır (113).

Araştırmaya katılan kadınların % 61'i çekirdek, % 37.1'i geniş aile tipinde olduğu belirtmiştir. Türkiye genelinde 2006'da yapılan TÜİK Aile Yapısı Araştırması'na göre halkın yüzde 80.7'si çekirdek aile, yüzde 13'ü geniş aile, yüzde 6'sı tek kişilik ailelerde yaşamaktadır. Bu da bu çalışmaya katılan kadınların daha az çekirdek aileye mensup olduklarını göstermektedir (112).

Türkiye genelinde 2006'da yapılan TÜİK Aile Yapısı Araştırması'na göre evliliklerin %85.9'unda hem resmi nikah hem dini nikah, %9.7'sinde sadece resmi nikah, %3.7'sinde sadece dini nikah vardır. Bu araştırmada Kadınların % 83.9'u resmi nikahlıdır, % 16.1'inin ise resmi nikahı yoktur. Kadınlardan % 4.4'nün kocasının ikinci bir eşi vardır. Kadınların % 14.1'i Türkçe bilmemektedir.

Evde yaşayan ortalama kişi sayısı: 6.1 ± 2.6 'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre; hanehalkı büyüklüğü ortalama 4 kişidir. Görüldüğü gibi bu çalışmaya dahil edilen kadınlar Türkiye ortalamasına göre daha kalabalık ailelerden gelmektedir.

Bu çalışmada yeni doğum yapan kadınların %14.6'sı sigara içmekte olup, Türkiye'de ve İngilterede % 20'lik sigara içme sıklıklarına benzer bulunmuştur kadınların gebelikleri boyunca sigara içme durumları incelendiğinde % 76.1 kadın hiç sigara içmemiş, % 2.4 kadın gebelik süresince içmemiş, % 7.8 kadın gebelikten önce bırakmış olarak saptanmıştır (68, 113).

Evlilik yılı ortalaması: 7.4 ± 5.9 'dur. Gebelik ve sonuçlarıyla ilgili veriler incelendiğinde; Ortalama gebelik sayısının 3.4 ± 2.2 , ortalama yaşayan çocuk sayısının 2.9 ± 1.9 , ortalama abortus sayısının 0.4 ± 0.7 , ortalama gebelik kontrol sayısı 1.8 ± 0.3 , gebelikte ortalama doktor kontrolü sayısı 3.1 ± 2.8 , ortalama ebe-hemşire kontrolü sayısı 0.1 ± 0.5 'dir.

5. 2. Doğum Sonu İlk ve 60. gün Depresyon sıklıkları

Doğum sonrasındaki ilk yıl için kadınlar, psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı

azaldığını göstermektedir. Bu yüksek düzeydeki depresyon düzeyinin doğumdan mı kaynaklandığı yoksa gebelikte de var olan depresyonun derinleşmesinin mi yol açtığı çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiş ve tartışılmıştır. Atasoy, doğum sonu birinci ve altıncı haftadaki depresif belirti düzeyi arasında anlamlı derecede pozitif korelasyon saptamıştır ($r=0.825$ $p=0.01$) (9, 23). 2 yıllık deneyimlerine dayanarak, yılda 3300 doğum yapılan bir hastanede, hamilelerde ilk defa akıl hastalığına yakalanma sıklığının arttığını daha sık olarak da eskiden var olan hastalığın şiddetlendiğinin tespit edildiği belirtmektedir. Bu izlenimlerde minör veya majör depresyon gebelik esnasında daha yaygın olarak saptanmıştır. Gebelik sonrası dönemdeki majör depresyonun aslında gebelikte başlamış olabileceği düşünülmektedir (23).

Depresyon puan ortalaması $7,54 \pm 4,66$ olarak saptanmıştır. Kesme noktası 13 alındığında ise %14'ünün depresyon tanısı aldığı görülmüştür (33).

Kadınların doğumun ilk günü depresyon düzeyine göre ve 60. gün depresyon düzeyi tüm yaş gruplarına göre belirgin olarak azalmıştır. 30 yaş ve üzeri kadınlarda depresyon düzeyi düşük yaştaki kadınlara göre daha yüksektir. Tammentie'nin çalışmasından farklı olarak yaşın hem doğumun ilk gününde hemde 60.gününde depresyon üzerinde etkili bir risk faktörü olduğu tespit edilememiştir (14, 18, 100, 110).

5. 3. Kadınların öğrenim durumuna göre doğumun ilk ve 60. depresyon düzeyi:

Bu çalışmada Sünter'in Samsun'da ve Atasoy'un Zonguldak'ta yaptığı çalışmalarla uyumlu olarak yeni doğum yapan annelerin depresyon düzeyi ile annenin eğitim düzeyi arasında ilişki saptanamamıştır. Ayrıca eğitim düzeyi 60. gün depresyon düzeyini de etkilememektedir (9, 107).

5. 4. Kadınların evde yaşayan kişi sayısına ve aile tipine göre doğumun ilk ve 60. günü depresyon

Kadınlardan evlerinde yaşayan kişi sayısının az ya da çok olması ve ailenin çekirdek ya da geniş olması ile doğumun ilk günü ve 60. günü depresyon düzeyi arasında ilişki saptanamamıştır. Annenin bebekle ilgilenemediği durumlarda kalabalık aileler bir şekilde

kadınlarda %36.7 gibi yüksek değerlerde saptanmıştır. Bu farklılık ülkemizdeki sosyal desteğin büyüklüğü ile açıklamak olasıdır. Bunun yanında ülkemizde sosyal güvencesi olmayan annelerin yeşil kart ile doğum hizmetlerinden, sağlık ocakları aracılığı ile ücretsiz doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinden yararlanabiliyor olması da sosyal ve ekonomik gruplar arasındaki DSD sıklık farklılıklarını azaltıyor olabilir. (1, 19, 58, 118).

5.7. Kadınların nikah tipine göre doğumun ilk ve 60. gününde depresyon düzeyi

Mc COy'un Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Tulsa kentinde yaptığı araştırmada nikahsız yaşayan kadınlarda, nikahlı kadınlara göre DSD'un anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise; doğumun ilk günü depresyon sıklığı yalnızca dini nikahlı olan kadınlarda (%38)'inde resmi nikahlı olan kadınlara (%30.3) göre daha yüksektir. Doğum sonrası 60. gününde depresyon düzeyleri belirgin olarak azalmasına karşın, dini nikahlı olan kadınlarda (%15.7)'inde resmi nikahlı olan kadınlara (%11.1) göre yüksek olma durumunu sürdürmektedir. Nikah tipinin dini olmasının doğum sonu ilk ve 60. gününde anlamlı depresyon yaşanma sıklığı üzerinde artışa neden olmasına karşın, Mc COy'un ABD'de bulunduğu gibi anlamlı bir fark oluşturmaması, ülkemizde dini nikahın da resmi nikah kadar olmasa geniş ölçüde toplumsal kabul görmesine bağlanabilir (76).

5. 8. Kadınların doğum şekline göre doğumun ilk günü depresyon düzeyi:

Kadınlardan normal vajinal yolla doğum yapanlarda %31.8, sezaryen ile doğum yapanlarda %41.3, zorlu vajinal doğum yapanlarda %53.3 doğumun ilk günü depresyon saptanmıştır. Doğumdan sonra 60.günde bu sıklıklar önemli düzeyde düşerek sırasıyla; %13, %21 ve %0'a düşmüştür. Zorlu doğum ve sezaryen ile gebeliği sonlanan annelerde gebeliğin ilk günü depresyon riski, normal vajinal yolla gebeliği sonlanan annelere göre; 3.77 kat (1.45-9.78 %95 G.A.) fazla bulunmuş olup, gebeliğin 60. gününde depresyon riski arasındaki bu anlamlı fark ortadan kalkmıştır. Bu çalışmayla uyumlu olarak Mc Coy'un ABD'nin Tulsa kentinde, Johnstone'nun Avustralya Sydney'de DSD ile doğumun gerçekleştirme yöntemi arasında ilişki bulması da dikkat çekicidir (66, 80). Sünter'in Samsun'da yaptığı çalışmada ise komplikasyonlu doğumlar ve sezaryen ayrı ayrı ele alınmış; komplikasyonlu doğumların bu

5. 11. Kadınların Doğum sonu ilk ve 60. gün depresyonunun altında yatan olası sosyodemografik ve gebelik özellikleri

Kadınların doğum sonu ilk gün depresyonu çoklu regresyon modeli ile incelendiğinde; komplikasyonlu doğum geçiren annelerde ve gebeliğinde sigara içen annelerde doğum sonu ilk gün depresyon ortaya çıkma olasılığının sırasıyla: 3.77 kat (1.45-9.78) ve 2.17 kat (1.20-3.91) arttıran faktörler olarak tespit edilmiştir. Tekli analizlerde anlamlı düzeyde sık depresyonla ilişkili bulunan ilçede ikamet etmek yanında, Anne yaşı, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmaması, resmi nikahın olmaması, öyküde düşük sayısı, doğan bebeğin hasta olması ve ise doğum sonu ilk gün depresyon ortaya çıkma olasılığını anlamlı düzeyde arttırmadığını bulunmuştur. Tekli analizlerde kadınların doğum sonu 60. gün depresyonu ile ilişkili bulunan bebeğin hastalığının bulunması da dahil olmak üzere çoklu regresyonun son modelinde komplikasyonlu doğum sigara içme, anne yaşı, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesinin olup olmaması, resmi nikahın olmaması, öyküde düşük sayısı, doğan bebeğin hasta olması ve ikamet yeri değişkenlerinden hiç birinin DSD riskini anlamlı düzeyde arttırmadığı saptanmıştır.

EKLER

EK 1. Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde Normal Doğum veya sezeryan öncesi ve Sonrası Depresyon Düzeyi

ŞANLIURFA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ'NDE NORMAL DOĞUM VEYA SEZARYEN ÖNCESİ VE SONRASI DEPRESYON DÜZEYİ

1.Yaş:

2.Öğrenim gördüğü yıl sayısı:.....yıl

3. Aylık geliriniz ne kadardır.....YTL

4. Evde yaşayan toplam kişi sayısı.....kişi

5.Aile tipi: 1)Çekirdek 2)Geniş 3)Diğer (Belirtiniz.....)

7.İkamet yeri 1)İl 2)İlçe 3)Köy/mezra

8. Sosyal güvence Durumu: A.Bağ-Kur B. Emekli sandığı C.SSK D.Yeşil kart
E.Diğer

9.Kaç yıllık evli:.....

10.Resmi nikah: 1)Yok 2)Var

11. Kocasının başka eşi var mı?: 1)var 2)yok

12.Türkçe biliyor mu? 1)Evet 2)Hayır

13. Gebelik öyküsü: G: P: Erkek ();Kız() A:

14. Bu son gebeliğiniz boyunca gebelik kontrolü yaptırınız mı?

1.Hayır 2.Evet doktor (.....kez) 3.Evet Ebe/hemşire (.....kez)

22-Son 7 gündür,İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor/panikliyorum.

- a-Evet çoğu zaman
- b-Evet bazen
- c-Hayır çok sık değil
- d-Hayır hiçbir zaman

23-Son 7 gündür,Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- a-Evet çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- b-Evet bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- c-Hayır çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum
- d-Hayır her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

24-Son 7 gündür,Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- a-Evet çoğu zaman
- b-Evet bazen
- c-Çok sık değil
- d-Hayır hiçbir zaman

25-Son 7 gündür,Kendimi üzüntülü/çökkün hissediyorum.

- a-Evet çoğu zaman
- b-Evet oldukça sık
- c-Çok sık değil
- d-Hayır hiçbir zaman

26-Son 7 gündür,Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- a-Evet çoğu zaman
- b-Evet oldukça sık
- c-Çok seyrek
- d-Hayır asla

27-Son 7 gündür,Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- a-Evet oldukça sık
- b-Bazen
- c-Hemen hemen hiç
- d-Asla

28. Bu güne kadar bir kez olsun sigara içtiniz mi A Evet B.Hayır

29. Gebeliğinizde sigara içtiyseniz, sigara içme durumunuz nasıl?

- A. Her gün
- B.Ara sıra
- C.Gebeliğim süresince bıraktım
- D.Daha önce bıraktım

(Sigara içmişse arka sayfa da doldurulacak)

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Ek 3. Son Test**1-Son 7 gündür,Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- a-Her zaman olduğu kadar
- b-Artık pek o kadar değil
- c-Artık kesinlikle o kadar değil
- d-Artık hiç değil

2-Son 7 gündür,Geleceğe hevesle bakıyorum.

- a-Her zaman olduğu kadar
- b-Her zamankinden biraz daha az
- c-Her zamankinden kesinlikle biraz daha az
- d-Hemen hemen hiç

3-Son 7 gündür,Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- a-Evet,çoğu zaman
- b-Evet bazen
- c-Çok sık değil
- d-Hayır,hiçbir zaman

4-Son 7 gündür,Nedensiz yere kendimi sıkıntılı/endişeli hissediyorum.

- a-Hayır. hiçbir zaman
- b-Çok seyrek
- c-Evet bazen
- d-Evet, çoğu zaman

5-Son 7 gündür,İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor/panikliyorum.

- a-Evet çoğu zaman
- b-Evet bazen
- c-Hayır çok sık değil
- d-Hayır hiçbir zaman

6-Son 7 gündür,Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

KAYNAKLAR

1. Abu-Saleh Ghubash R, The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai; transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand.*, 1997, 95(5); 428-32.
2. Agargun MY, Kara H, Algun E. High cholesterol level in patients with sleep panic. *Biol Psychiatry*, 1996; 40: 1064-1065.
3. Agargun MY, Şekeroğlu MR, Kara H. Sleep-related violence and low serum cholesterol: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2002, 56: 195-198.
4. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M: Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology*; 1999, 146: 108.
5. Akdeniz F, Gönül AS : Kadınlarda üreme olayları ile depresyonun ilişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, Ek-2.; 70-74.
6. Altınay, S. Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara. 1999.
7. Areias ME, Kumar R, Calheiros JM ve ark. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 1996, 26: 135-141.
8. Armstrong BG, McDonald AD, Sloan M: Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *Am J Public Health.*; 1992, 82(1): 85-7.
9. Atasoy, N, Bayar, Ü; Sade, H; Konuk, N; Atik, L; Barut, A; Tanrıverdi, A; Kaya, E. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik Ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2004, 14 (5): 252-257.
10. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol-Med*, 1996. 26(1); 135-41.

26. Cooper jP, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A: Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* ,1989.152:799–806.
27. Cooper JP,Murray L Course and recurrence of postnatal depression.*Br J Psychiatry*, 1995,166:191-5.
28. Corti C, England P. *A History Of Smoking*. Sracken Boks, London, 1996.
29. Cox JL.,Holden JM.,Sagovsky R.Detection of Postnatal Depression:Development of the 10-item Edinburgh Posrnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 1987,150;782-6.
30. Cox Jl. *Br J Gen Pract*. Is posnatal depression a risk factor for sudden infant death? 2002,52(481):636-40.
31. Cunningham M, Zayas LH .Reducing depression in pregnancy: 2002
32. Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı (Sivas), 2002,s.858-861.
33. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Ş.Seyfe F,Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*;2000,11: 204-211.
34. Danacı AE,Dinç G,Deveci A,Şen FS.,İçelli İ Postnatal depression in Turkey epidemiological and cultural aspects.*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002,Mar;37(3):125-9..
35. DiFranza JR, Lew RA: Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract*.1995, 40(4):385-94.
36. Doğan O : Kadın ve Ruhsal Bozukluklar: Cinsiyet bir etyolojik etken olabilir mi? 7.Anadolu Psikiyatri Günleri Malatya,1998
37. Dominguez-Rojas V, de Juanes-Pardo JR, Astasio-Arbiza P, et al.Spontaneous abortion in a hospital population: are tobacco and coffee intake risk factors? *Eur J Epidemiol*. ; 1994,10(6):665-8.
38. DüNDAR, P. “Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri”, Erişim:05.07.2006 <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm>, 2006.
39. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, İzmir, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi).PPD prevalence was 29.0% at 0-2 months,1996.

54. Hannah P, Adams D, Lee A ve ark. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*,1992.160:777-780
55. Holden J. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Clinical Practice. *Perinatal Psychiatry*, J Cox, J Holden (ed), Glasgow, Bell&Bain Ltd, 1994,25-44.
56. Hughes PM, Turton P, Evans C,Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study,1999*BMJ*; 318: 1721-1724.
57. Jaakkala J, Gissler M,Maternal smoking in pregnancy, fetal development and childhood asthma. *Amj Publick Health* , 2004,94(1): 136-41.
58. Jadresic E,Araya R.Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago,Chile.*Rev.Med. Chil.*,1995,123(6);649-99.
59. James K. James, Carl P.Weiner, PhilipJ. Ster,Bernard G. High risk pregnancy: Mangement options ,3/E. Elsevier' s Health Sciences Rights Depermant in Philadelphia,PA, USA. 2005,Chapter 34;721.
60. Joffe H, Cohen LS. Estogen, serotonin and disturbance: Where ist he therapeutic bridge? *Biol Psychiatry* 1998, 44:798.
61. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 2000.21:93–97.
62. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Haris MG ,Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*; 2001,35: 69-74.
63. Karagöz M, Depresyon hastalarında elektrofizyolojik parametreler: Majör depresyon hastalarında uyarılmış potansiyel (ARRPs-P300) değışiklikleri. Yayınlanmamış uzmanlık tezi.İstanbul,2005.
64. Karamustafalıoğlu N, Tomruk NB : Postpartum Hüzün ve depresyonlar Duygudurum Bozuklukları; 2000,2: 64-71.
65. Kaschkat G. Pregnancy in mental patients] *Med Klin*; 1977,26; 1320-6.
66. Kennedy, P., Beck, C. ve Driscoll, J.“A Light in the Fog: Caring for Women With Postpartum Depression”, *Journal of Midwifery Women’s Health*, 2002,47(5): 318-329.
67. Kennedy, R. ve Suttentfield, K.“Postpartum Depression”, *Medscape General Medicine Journal*, 3(4), Erişim: 27.06. 2006. <http://medscape.com> , 2006.

80. Mary Ann Liebert, Inc. Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health*, 2003,12(4):373-380.
81. MD Concult Book text. Postpartum Psychological Reactions. *Gabble Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*, Third edition, Copyright, Churchill Livingstone, 1996.
82. Mumcu C, Saner S, Gökalp P :Kadın ve Depresyon, 1. Baskı İstanbul; 2002 ,87-88.
83. Murray L, Carothers AD. The Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a Community Sample. *Br J Psychiatry*, 1990,157:288-90
84. NHS Maternity Statistics. England 1998-99 to 2000-01, 2002, England...
85. National Women' slaw Center. Oregon Health & Science Univercity. Oulu Univercişty Libraray. ch.2, 2003.
86. Oates M: Management of major mental illness in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 1989,3:905.
87. O'Hara MW, Zekowski EM, Philipps LH, Wright EJ: Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*; 1990,99:3-15.
88. O'Hara MW, Swain AM Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*; 1996.8: 37-54.
89. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70:296-315.
90. Özkan S, Bozkurt O, Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, . 1999, İstanbul; 36-49.
91. Öztekin, Z. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/2, Temel Sağlık Hizmetleri, 1992, Ankara.
92. Öztürk M.O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6. Basım, Medikomat Basın-Yayın San. Tic. Ltd. Şirketi, Ankara, Ekim 1995, 223-231.
93. Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM, Passchier J, Dekker GA, Heinen AGJJ, Van Geijn HP: psychosocial factors as predictors of low birthweight and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 1996,174:381.
94. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*; 2001,65:9-17. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00265-2.

109. Şenol, S. ve Yüksel, N. “Kadın Psikolojisi ve Kadınlara Özgü Ruhsal Sorunlar”, STED,1997, 6(3): 93-96.
110. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E ,Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract*; 2002,8: 240-246.
111. Taşdemir S, Kaplan S., Bahar A., Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006,Cilt:1, Sayı:2;106.
112. TÜİK, T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve TC. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu,2006.
113. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.2003. Ankara; Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği.45-129, Ekim 2004.
114. Türker S, Sunay F. Dursunbey Devlet Hastanesi’nde Gerçekleşen Doğumların İncelenmesi. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 2004,GATA.3-6, Sayfa 528. Kasım.
- 115.Usumi S. Reji Faciası : 2. Cumhuriyet Gazetesi ,10 Temmuz 1998.
- 116.Venners Sa, Wang X, Chen C, et al.: Paternal smoking and pregnancy loss: a prospective study using a biomarker of pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2004,15;159,(10):993-1001;
- 117.Vural, G. ve Akkuzu, G.“Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999,3(1); 33-37.
- 118.Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D.A cross-sectional study of early identification of postpartum depression : Implications for primary care providers from the Ontario Mother and Infant Survey.*BMC.Fam.Pract* ; 2002,11;3(1):5.
119. Wickberg B & Hwang CP, Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* ,1997.95, 62–66.
120. World No Tobacco Day,2005.(Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2005).
<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/>
- 121.Yıldırım G, Turaçlar N, Bakır A, Özdemir L; Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler;C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,2003.25 (3): 99 – 104,