

Kadınlarda Doğum Şekli ile Postpartum Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki

The Relationship Between Mode of Delivery and Postpartum Depressive Symptoms in Women

Fatma Ebru Yurdakul[®], İrep Karataş Eray[®]

Atf/Cite as: Yurdakul FE, Karataş Eray İ. Kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresif belirtiler arasındaki ilişki. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):55-62.

ÖZ

Amaç: Son yıllarda giderek artan sıklıkta görülen Postpartum Depresyonun (PPD) ülkemizdeki prevalansı %14 ile %41 arasında değişmektedir. Bu durumun oluşmasında düşük sosyoekonomik düzey, istem dışı gebelik, geçirilmiş depresyon öyküsü, düşük eğitim düzeyi gibi birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bununla birlikte tüm dünyada artmakta olan sezaryen oranları nedeniyle sezaryen doğumun (C/S) postpartum psikolojik etkilerini saptamak önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin postpartum depresif semptomların (PPDS) gelişimine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine 1 Mart- 1 Haziran 2013 tarihleri arasında başvuran, postpartum ilk 8 hafta içerisinde olan, 18-49 yaş grubundaki 249 kadın araştırmaya dahil edildi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) ve annelerin yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve istemli gebelik durumu, geçirilmiş depresyon öyküsü, doğum şekli, bebeğin beslenme durumu, annenin çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili 20 sorudan oluşan anket uygulandı. Veriler SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Annelerin %22,89'unda (n=57) PPDS saptandı. Doğum şekli (normal vajinal doğum (NVD) ya da C/S) ile PPDS arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,948$). Çalışan annelerde, 30 yaş ve üzeri olanlarda, bebeğine mama takviyesi başlayanlarda, doğum sonrasında emzirme problemi yaşayanlarda ise PPDS anlamlı olarak fazla bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda PPDS ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bununla birlikte 30 yaş ve üzeri kadınlarda, çalışan annelerde, doğum sonrasında emzirme ile ilgili sorun yaşayanlarda, bebeğini mama ile besleyenlerde PPDS'de anlamlı bir artış saptandı. Bu risk faktörleri göz önünde bulundurularak PPD gelişimini önlemek için gerekli peripartum ve postpartum psikolojik destek sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Doğum şekli, Postpartum Depresif Belirtiler

ABSTRACT

Objective: Experiencing an increased rate of occurrence recently, the prevalence of Postpartum Depression (PPD) in Turkey ranges from 14 to 41%. Many risk factors that trigger PPD, such as low socioeconomic status, unintended pregnancies, past depression episodes, and lack of education, have been identified. However, due to increasing cesarean section rates all over the world, it becomes important to determine the postpartum psychological effects of cesarean section (C/S). Our goal is to investigate the effects of the delivery method on the development of postpartum depressive symptoms (PPDS).

Methods: A total of 249 patients, the ages of 18-49, within their first 8 weeks of their postpartum period when admitted to Obstetrics and Gynecology Clinics of Ankara Atatürk Training Research Hospital from March 1st, 2013 to June 1st, 2013 participated in this study. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and a survey consisting of 20 questions were applied to the mothers regarding their sociodemographic characteristics such as age, education level, income level, voluntary pregnancy, history of previous depression, type of birth, nutritional status of the baby, and employment status of the mother. The research data was evaluated using the SPSS 18.0 statistical software package. p -value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: 22.89% of all mothers (n=57) had PPD. There was no statistically significant relationship between the mode of delivery and the development of PPD ($p=0,948$). The risk of PPD was significantly higher in mothers who had been working, were 30 years or older during labor, were starting baby food supplements, and were suffering from postpartum breastfeeding problems ($p < 0,05$).

Conclusion: There was no significant relationship between the mode of delivery and the development of PPD. However, a significant increase in PPDS was detected in women aged 30 and over, working mothers, mothers who had problems with breastfeeding after birth, and mothers who fed their babies with formula. Taking these risk factors into consideration, necessary peripartum and postpartum psychological support should be provided to prevent the development of PPD.

Keywords: Pregnancy, Mode of delivery, Postpartum depressive symptoms

Received/Geliş: 12.02.2024

Accepted/Kabul: 26.06.2024

Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

F. E. Yurdakul

ORCID: 0000-0001-7369-1832

Karaman Merkez 9 Nolu Aile Sağlığı

Merkezi, Karaman, Türkiye

✉ drebru83@hotmail.com

İ. Karataş Eray

ORCID: 0000-0002-2834-3078

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Doğum sonrası kadınlar, psikiyatrik hastalıklar açısından ilk bir yıl boyunca önemli bir risk altındadır. Doğum sonrası dönemde meydana gelen duygudurum bozuklukları, semptomların ciddiyeti, özellikleri, tedavisi ve seyri açısından sınıflandırılır. Bu bozukluklar genellikle doğum sonrası hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak üç ana gruba ayrılır.

Bu rahatsızlıklar arasında bulunan postpartum depresyon (PPD), DSM-V kriterlerine göre “Duygudurum Bozuklukları” bölümünde sınıflandırılmıştır ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” altında tanımlanır. Bu tanı, doğum sonrası ilk dört hafta içinde epizodun başlaması ve majör depresyon tanı kriterlerini içermesiyle yapılmaktadır. PPD kliniği en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer.^[1]

Yapılan meta-analiz çalışmalarında PPD prevalansının, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmiş olmalarına, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılıklarına ve tanı aracına bağlı olarak %3,5 ile %40 arasında değiştiği gösterilmiştir.^[2,3] Türkiye’de ise bu sıklık %14 ile %41 arasında değişmektedir.^[4-8]

PPD riskini saptamak için, Türkiye’de geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmaktadır.^[9]

Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte daha önceki gebeliklerde geçirilmiş depresyon öyküsü, düşük gelir, küçük yaşta çocuk sahibi olunması, sosyal destek azlığı, ilk bebeğe sahip olma, emzirme problemleri, farklı cinsiyet beklentisi, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen gebelik olması, gebelikte sigara kullanımı PPD ile ilişkili risk faktörlerindedir.^[4-8] Bu risk faktörlerine yönelik birçok araştırma yapılmış ve PPD gelişimi üzerinde çeşitli etyolojik faktörler suçlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin postpartum depresif semptomların (PPDS) gelişimine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Bu araştırma kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemi

Araştırmanın evreni kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran postpartum ilk 8 haftada olan 18-49 yaş arası hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak 300 kişi olarak planlandı. Gebelikte ağır fiziksel hastalık geçirenler, kronik fiziksel hastalığı olanlar, doğum sonrası ağır fiziksel hastalık geçirenler, yenidoğanda anomali / hastalık / ölüm olması, çoğul gebelik, preterm/ postterm doğum varlığı araştırma dışında bırakıldığında araştırmaya, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran, postpartum ilk 8 hafta içerisinde olan, 18-49 yaş arasındaki 249 kadın dahil edildi.

Çalışma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 26.02.2013 tarihli 18 sayılı kurul kararıyla onaylandı.

Verilerin toplanması

Katılımcılara ilk kısmı hastaların sosyodemografik özellikleri, istemli gebelik durumu, geçirilmiş depresyon öyküsü, gebelikte sigara kullanım öyküsü, doğum şekli, doğum sonrası yaşanan problemler, bebek beslenmesi, annenin çalışma durumu ile ilgili açık uçlu ve çoktan seçmeli 20 sorudan oluşan anket uygulaması yapıldı. Anketin ikinci kısmı PPD taraması için Türkiye’de en sık kullanılan ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan EPDS ölçeği olarak bilinen 10 adet çoktan seçmeli sorudan oluşmaktaydı.^[10] EPDS kesme noktası 12 ve üzeri olarak alındı ve EPDS skoru 12 ve üzeri olan anneler PPD için potansiyel risk grubu kabul edildi.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postpartum Depression Scale, EPDS)

EPDS, Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de tanımlanmış ve klinisyenler tarafından erken postnatal depresyonun tespit edilmesinde oldukça kullanışlı olmuştur.^[9,10] Türkiye’de 1997 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80 olarak bulunmuştur. Kesme noktası 12/13 olarak belirlendiğinde duyarlılık 0,84, özgüllük 0,88, pozitif tahmin etme değeri 0,69 ve negatif tahmin etme değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır. ^[11] EPDS, on maddeden oluşan ve dördümlü Likert formatında bir öz bildirim ölçeğidir. Yanıtlar dört seçenek içerir ve 0 ile 3 arasında puanlanır. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Değerlendirme sırasında 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 olarak puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters puanlanır. EPDS'nin kesme noktası 12-13 olarak belirlenmiştir ve bu puanı 12-13 veya daha yüksek olan kadınlar risk grubunda kabul edilir. ^[9-11] Bu ölçek daha çok depresif duygudurum, ilgi kaybı, anksiyete, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, yorgunluk gibi nonsomatik semptomlar üzerinde yoğunlaşmaktadır.

İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri, SPSS 18.0 istatistik yazılımı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, medyan, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiş ve grup değişkenlerinin karşılaştırılmasında Ki kare testi, gerektiğinde Fisher'in kesin testi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizler için ise lojistik regresyon modeli tercih edilmiştir. Lojistik regresyon modeline dahil edilecek değişkenler belirlenirken, ikili karşılaştırmalarda p değerinin 0,200'ün altında olması dikkate alınmıştır. Analizde ilk olarak Backward LR yöntemi kullanılmış ve ardından Enter yöntemi ile lojistik regresyon analizi tamamlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcı annelerin ortalama yaşı $28,30 \pm 5,3$ olup, ağırlıklı olarak (% 61,44) 25-34 yaşları arasındaydı. Katılımcıların %32,53'ü lise mezunu, eşlerinin de %41,36'sı lise mezunuydu. Ailelerin %34,13'ünün aylık geliri 1001-1500 TL arasındaydı. Kadınların %26,10'u herhangi bir işte çalışmaktaydı.

Annelerin %82,74'ü 19 yaş ve üzerinde evlenmişti. Annelerin %43,77'sinin birinci doğumu olup, %85,54'ünün gebeliği istemli gebelikti. Ayrıca %94,77'si gebeliğinde 5 kez ve üzeri kontrole gitmiş iken %88,75'i gebeliğinde sigara kullanmamıştı. Annelerin %53,01'inin son doğum şekli normal doğum, %46,99'unun son doğum şekli sezeryan

Tablo 1. Annelerin Bazı Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

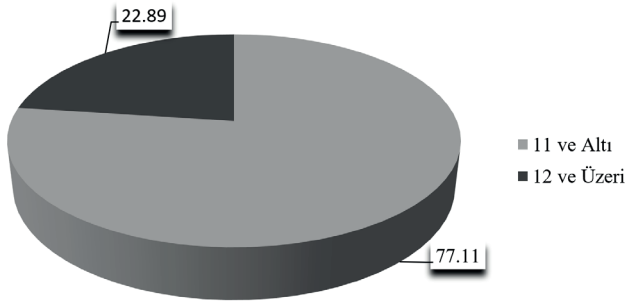
Özellik	n	%
Evlilik Yaşı		
18 ve Altı	43	17,26
19 ve Üzeri	206	82,74
Kaçıncı Doğum		
Bir	109	43,77
İki	100	40,17
Üç	30	12,04
Dört	6	2,41
Beş ve Üzeri	4	1,61
İstemli Gebelik		
Evet	213	85,54
Hayır	36	14,46
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı		
Bir	3	1,21
İki	4	1,60
Üç	3	1,21
Dört	3	1,21
Beş ve Üzeri	236	94,77
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu		
Hayır	221	88,75
Evet	28	11,25
Günlük Kullanılan Sigara Sayısı (n=28)		
1-2	7	25,00
3-5	12	42,85
6-8	7	25,00
20	2	7,15
Son Doğum Şekli		
Normal	132	53,01
C/S	117	46,99
C/S Nedeni		
Doktor İsteği	36	30,76
Kendi İsteği	11	9,40
Eski C/S Öyküsü	54	46,15
Diğer	17	13,69

doğum C/S olup en sık C/S nedeni (%46,15) geçirilmiş C/S öyküsüdür (Tablo 1).

Doğan bebeklerin %49,39'u kız, %50,61'i erkekti. Annelerin %41,36'sı doğum salonunda bebeğe dokunmuştu. Doğum sonrası annelerin %26,50'si emzirme sorunu yaşamıştı. Ayrıca annelerin %55,42'si doğum sonrası sorun yaşamış olup, %30,12'si doğum sonrası meme problemleri, %22,08'i kabızlık sorunu yaşamıştı. Kadınların sadece %7,22'sinde geçirilmiş depresyon öyküsü bulunmaktaydı. Bebeklerin %80,32'si sadece anne sütü ile beslenmiş iken, mamaya en sık başlama nedeni bebeğin doymaması (%13,65) olmuştu.

Annelerin EPDS Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $7,51 \pm 5,4$ olup, %22,89'unun ölçek puanı 12 ve üzerindedir (Şekil 1).

Ölçek Puanlarının Dağılımı



Şekil 1. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Gelir getiren bir işte çalışan annelerin ölçek puanının 12 ve üzerinde olma olasılığı, çalışmayan annelere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,036$). Ölçek puanının 12 ve üzerinde olması ile yaş, annenin ve babanın öğrenim durumu, aylık gelir, doğum sayısı, evlilik yaşı, depresyon öyküsü, gebeliğin istemli olması, gebelikte kontrole gitme, sigara kullanma ve son doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Annenin Bazı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörler

Özellik	Ölçek Puanı				p
	≤11		≥12		
Yaş (Yıl)	n	%	n	%	
≤29	126	80,76	30	19,24	0,075
≥30	66	70,96	27	29,04	
Anne Öğrenim Durumu					0,638
Ortaokul ve Altı	91	78,44	25	21,56	
Lise ve Üzeri	101	75,93	32	24,07	
Baba Öğrenim Durumu					0,474
Ortaokul ve Altı	61	74,39	21	25,61	
Lise ve Üzeri	131	78,44	36	21,56	
Aylık Gelir Düzeyi (TL)					0,093
≤1500	134	80,23	33	19,77	
≥1501	58	70,73	24	29,27	
Doğum Sayısı					0,066
Bir	78	71,55	31	28,45	
İki ve Üzeri	114	81,42	26	18,58	
Evlilik Yaşı (Yıl)					0,257
≤18	36	83,72	7	16,28	
≥19	156	75,72	50	24,28	
Geçirilmiş Depresyon Öyküsü					0,274
Evet	12	66,66	6	33,34	
Hayır	180	77,92	51	22,08	
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma					0,036
Evet	44	67,69	21	32,31	
Hayır	148	80,43	36	19,57	
Gebeliğin İstemli Olması					0,237
Evet	167	78,40	46	21,60	
Hayır	25	69,44	11	30,56	
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı					0,181*
≤4	8	61,53	5	38,47	
≥5	184	77,96	52	22,04	
Sigara Kullanma					0,778
Evet	21	75,00	7	25,00	
Hayır	171	77,37	50	22,63	
Son Doğum Şekli					0,948
NVD	102	77,27	30	22,73	
C/S	90	76,92	27	23,08	

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 3. Bebeğin Bazı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörler

Özellik	Ölçek Puanı				P
	≤11		≥12		
	n	%	n	%	
Doğum Salonunda Bebeğe Dokunma					
Evet	80	77,66	23	22,34	0,859
Hayır	112	76,71	34	23,29	
Bebeğin Cinsiyeti					
Kız	92	74,79	31	25,21	0,391
Erkek	100	79,36	26	20,64	
Emzirme Problemi Yaşama					
Evet	40	60,60	26	39,40	<0,001
Hayır	152	83,06	31	16,94	
Doğumda Sorun Yaşama					
Evet	96	69,56	42	30,44	0,002
Hayır	96	86,48	15	13,52	
Bebek Beslenmesi					
Sadece Anne Sütü	161	80,50	39	19,50	0,010
Anne Sütü ve/veya Mama	31	63,26	18	36,74	

Tablo 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi

Özellik	Grup	N	TRR	%95 GA	
Anne Yaşı	≤29 (Ref)	156	1		
	≥30	92	2,652	1,296	5,433
Doğum Sayısı	≥2 (Ref)	139	1		
	1	109	1,815	0,846	3,893
Gebelikte Kontrol Sayısı	≥5 (Ref)	235	1		
	≤4	13	2,560	0,728	8,994
Annede Depresyon Öyküsü	Hayır (Ref)	230	1		
	Evet	18	2,287	0,716	7,304
Doğumda Sorun Yaşama	Hayır (Ref)	110	1		
	Evet	138	2,227	1,077	4,602
Bebeğin Cinsiyeti	Erkek (Ref)	126	1		
	Kız	122	1,453	0,742	2,845
Emzirme Problemi Yaşama	Hayır (Ref)	182	1		
	Evet	66	2,560	1,210	5,419

Emzirme problemi ve doğumda sorun yaşayanların ve bebeğine mama başlayan annelerin ölçek puanının 12 ve üzerinde olma durumu anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p < 0,001$, $p = 0,002$, $p = 0,01$) (Tablo 3).

EPDS puanının 12 ve üzerinde olmasını etkileyen faktörler, çok değişkenli lojistik regresyon modeli kullanılarak analiz edildi. Yaşı 30 ve üzerinde olan annelerin, yaşı 29 ve altında olanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,652 idi (GA: 1,296-5,433). Doğumda sorun yaşayan annelerin, doğumda sorun yaşamayanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,227 idi (GA: 1,077-4,602). Emzirme problemi yaşayan annelerin, emzirme problemi yaşamayanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,560 idi (GA: 1,210-5,416) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda PPD semptomatolojisini gösteren annelerin oranı %22,89 ($n=57$) olarak bulundu. Bu oran; Türkiye’de yapılan birçok çalışmadan elde edilen ortalama %6.3-50.7’lik oranla uyumluluk göstermektedir.^[4,7,8,12] 40 ülkede yapılan 143 çalışmadan oluşan bir meta-analizde ise PPD görülme oranlarının %0 ile %60 arasında değiştiği tespit edilmiştir.^[13] 2018 yılında yayınlanan 56 ülkede yapılan 291 çalışmadan oluşan başka bir meta-analizde ise PPDS oranı %3 ile %38 aralığında bulunmuştur.^[3] İsviçre’de 3888 kadında yapılan bir çalışmada ise PPDS oranı %13 bulunmuştur.^[14] PPDS’ni belirlemede araştırmalar arasındaki bu çeşitlilik; araştırma yapılan bölgedeki popülasyona, sosyokültürel farklılıklara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, değerlendirmenin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılmasına, riski belirlemede kullanılan

ölçeklerin farklılıklarına ve bu ölçeklerde alınan kesme puanlarının farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda doğum şekli ile PPDS arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,948$). Türkiye’de EPDS kullanılarak yapılan başka bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak PPDS ile doğum şekli arasında anlamlı fark saptanmamıştır.^[15] Çalışmamızda PPD’nin en sık rastlandığı ve tanı konulduğu dönem olan ilk 8 haftada EPDS uygulamasını yapmış olmamız, aynı sonucun doğmasını sağlamış olabilir. Farklı ülkelerde yapılan ve 43 çalışmadan oluşan, farklı tarama ölçeklerinin kullanıldığı meta-analiz araştırmasında, doğum şeklinin PPDS ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır; aynı meta-analiz çalışması içerisinde EPDS kullanılan çalışmalarda da benzer sonuçların olduğunun gösterilmiş olması çalışmamızda kullandığımız EPDS’nin güvenilirliğini göstermektedir.^[16] Yurt dışında yapılmış olan ve EPDS ölçeği kullanılan benzer çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu sonuçlar çıkmıştır.^[17-19]

2017 yılında İtalya’da yayınlanan ve EPDS kullanılarak 950 kadında yapılan bir çalışmada C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[20] Ancak bu sonuç depresyon belirtilerinin daha belirgin olma ihtimali olan postpartum ilk iki günde yapılmasından kaynaklı olabilir.

2019 yılında Mısır’da EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[21] 2023 yılında Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada katılımcılarda PPDS %56,2 saptanmış ve C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[22] Bu anlamlı sonuçlar, araştırma yapılan bölgenin sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklı olabilir.

2015 yılında Tayvan’da 351 kadında yapılan bir çalışmada PPDS ile C/S arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır; bu çalışmada PPD riskini saptamada farklı bir ölçek kullanılması (The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) ve PPDS sıklığının kabul edilen sıklıktan çok farklı olarak %49,3 saptanması, bizim çalışmamızdan daha farklı bir sonuç elde edilmesine neden olmuş olabilir.^[23] 2017 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında incelenen 62 çalışmadan 27 çalışmada C/S ile PPDS arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.^[24] Bu çalışmalarda elde edilen sonuçların farklı olması; çalışmalarda kullanılan ölçeklere

ve bu ölçeklerin kesme noktalarına, araştırmaya katılan annelerin postpartum farklı haftalarda değerlendirilmelerine, araştırmalara dahil olma kriterlerine, araştırma yapılan toplumun sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerindeki farklılığa bağlı olabilir. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda ise C/S doğum acil C/S ve elektif C/S olarak ele alınmış, acil C/S doğum yapanlarda normal doğum yapanlara göre PPDS oranı anlamlı olarak fazla bulunmuştur.^[14,25-27] Son yıllarda tüm dünyayı etkisi altına alan salgınlar ve ekonomik krizlerin de çalışmamızdan farklı sonuçların doğmasında etkisi olabilir.

Çalışmamızda anne yaşının 30’dan büyük olmasının PPDS açısından anlamlı bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Odds Ratio: 2,652, GA: 1,296-5,433). Yapılan birçok çalışmada 25 yaşından önce doğum yapan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[18,22,28] Çalışmamıza katılan annelerin %61,4’ünün 25-34 yaş arasında olması ve küçük yaşta anne olanların oranının az olması böyle bir farkın doğmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda annenin gelir getiren bir işte çalışması, PPDS açısından anlamlı bulundu ($p=0,036$). Benzer olarak Türkiye’de yapılan bir çalışmada, çalışan kadınlarda PPDS oranı yüksek tespit edilmiştir.^[29] Çalışan annelerde bebeğin getirdiği sorumlulukları annenin yeterince yerine getiremeyeceği endişesi, özellikle bu konuda onu rahatlatacak bir sosyal çevrenin yoksunluğu anneyi PPD gelişimine doğru sürükleyebilir.

Çalışmamızda bebeğine anne sütü ve/veya mama başlayan annelerin sadece anne sütü ile besleyen annelere göre PPDS açısından anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Bu sonuç literatürle uyumlu bir sonuçtur. Anne sütüyle beslenmenin hem anne hem de bebek sağlığı için fiziksel ve zihinsel faydaları vardır. Emziremeyen annelerde suçluluk duygusu, yetersizlik hissi oluşabilir ve emzirme sorunları sosyal bir baskı oluşturabilmektedir (30). Literatürde; prematür doğumlarda ve doğumdan sonra emzirme problemi yaşayanlarda PPDS’nin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[18,30] Bu araştırmalar doğrultusunda emzirmemenin PPD gelişiminde risk faktörü olduğu söylenebileceği gibi, aynı zamanda emzirmenin PPD tedavisinde kullanılabileceği de söylenebilir.

Araştırmamızın tek merkezli olması, örnekleminin küçük olması ve araştırma süresinin kısa olması, C/S doğumun elektif ve acil olarak ayrı değerlendirmeye alınmaması, bu çalışmanın kısıtlılıklarından sayılabilir.

Bununla birlikte daha büyük örneklem grubu olan ve daha uzun süreli vaka toplanan çalışmalarda da, bizim elde ettiğimiz sonuca benzer sonuçlar doğmuştur.^[14,16-18] Ayrıca araştırmamızda kronik hastalığı olan anneler, doğum sonrası anne ya da bebekle ilgili komplikasyonlar, çoğul gebelikler, preterm/postterm doğumların araştırma dışında bırakılması PPD semptomatolojisini daha spesifik olarak tanımlayabilmemizde yardımcı olmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızda PPDS ile doğum şekli arasında fark saptanmamıştır, ancak; bazı faktörlerin PPDS gelişiminde anlamlı rol oynadığı saptanmıştır. 30 yaş ve üzeri kadınlarda, çalışan annelerde, doğum sonrasında emzirme ile ilgili sorun yaşayanlarda, bebeğini mama ile besleyenlerde PPDS'de anlamlı bir artış saptanmıştır. Birçok literatürle de uyumlu olan bu sonuçlar, bu risk faktörleri üzerinde durulması gerektiğini gösterebilir. Anneyi ve bebeği bedensel ve ruhsal sağlık yönünden etkileyen postpartum depresyon belirtileri göz ardı edilmemeli ve bu konuda annelere doğum sonrasında sağlık personeli tarafından yeterli danışmanlık hizmeti verilmelidir. PPD gelişiminde risk faktörü olabilecek her durum üzerinde durularak gerek doğum öncesi gerekse doğum sonrası dönemde verilen destek ile PPD oluşum riskinin azaltılabileceği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Doğum öncesi emzirme danışmanlığı yapılması, annenin emzirmeye teşvik edilmesi, doğum süreci ile ilgili danışmanlık verilmesi ve doğum sonrasında da PPD belirtilerinin incelenerek gerekli psikolojik desteğin sağlanması hem anneyi hem de bebeği ruhsal yönden olumlu yönde etkileyecektir. Doğum sonrası dönemdeki kadınların bakım ihtiyaçlarına öncelik verilerek annelik rolüne uyumları desteklenerek doğum sonrası dönemde yaşanabilen duygusal sorunların önüne geçilebilir.

Doğum şekli ile PPDS arasındaki ilişkiyi araştırarak yurt dışı çalışmalarda bölgelerin gelişmişlik ve sosyodemografik farklılıklarından kaynaklı olarak farklı sonuçlar saptanmıştır. Literatürdeki sonuçların çeşitliliği ve ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmaların sayısının yetersizliği araştırmacıların bu konuda daha fazla çalışma yapmalarının gerekliliğini göstermektedir.

Etik Kurul Onayı: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (26.02.2013 - 18).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine Non-Drug Clinical Research Ethics Committee (26.02.2013 - 18).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association (APA). Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V). Köroğlu E, çevirmen. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
2. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-48.
3. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry.* 2018;8:248.
4. Durukan E, İlhan M, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal.* 2011;28:385-93.
5. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(9):725-30.
6. Danaci AE, Dinç G, Devenci A, Sen FS, İçelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):125-9.
7. Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçıoğlu Mİ. Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi.* 2015;23(1):26-9.
8. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006;17(4):243-51.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
10. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçede geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008;19(2):187-96.
11. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı.* Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997:51-2.
12. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2008;7(5):391-8.
13. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111.
14. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(3):301-11.
15. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol.* 2012;2012:616759.

16. Sun L, Wang S, Li XQ. Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;55(6):588-601.
17. Rauh C, Beetz A, Burger P, et al. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(6):1407-12.
18. Sword W, Landy CK, Thabane L, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*. 2011;118(8):966-77.
19. Arbabi M, Taghizadeh Z, Hantoushzadeh S, Haghazarian E. Mode of delivery and post-partum depression: a cohort study. *J Womens Health Care*. 2016;5(1):1000303.
20. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;137(3):277-81.
21. Meko HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(19):3300-7.
22. Alhammadi MH, Almontashri AI, Radwan EM, et al. The Effect of Delivery Mode, ABO Blood Type, and Passive Smoking on Postpartum Depression: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15(5):e38466.
23. Chang SR, Chen KH, Ho HN, et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(9):1433-44.
24. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2017;97:118-26.
25. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):158-64.
26. Beck-Hiestermann FML, Hartung LK, Richert N, Miethe S, Wiegand-Grefe S. Are 6 more accurate than 4? The influence of different modes of delivery on postpartum depression and PTSD. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):118.
27. Lantigua-Martinez M, Silverstein JS, Trostle ME, et al. Postpartum depression, mode of delivery, and indication for unscheduled cesarean delivery: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2022;50(5):630-3.
28. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):77-81.
29. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, et al. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2004;14:252-7.
30. Türkoğlu SN, Yapalak ANB, Acar C, Özyıldırım B. Postpartum Depresyon Gelişiminde Psikososyal Faktörler; Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Hipokrat Tıp Dergisi*. 2022;2(2):14-23.