

## 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi

### *Postpartum Depression Frequency and Quality of Life Among a Group of Mothers Having a Child Aged 2 Weeks-18 Months*

Elif Durukan<sup>1</sup>, Mustafa N. İlhan<sup>2</sup>, Mehmet Ali Bumin<sup>2</sup>, Sefer Aycan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Turkey

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Turkey

#### ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı postpartum depresyon (PPD) sıklığı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma 2 hafta-18 aylık bebeği olan 708 anne üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada veri kaynağı olarak annenin tanımlayıcı özellikleri ve postpartum depresyon için risk faktörlerine yönelik anket formu; Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** PPD sıklığı %15'dir. Gestasyonel yaş, gebelikte ruhsal sorun, huzursuzluk endişe yaşamış olmak, premenstrüel duyu durum değişiklikleri yaşamak, ailede depresyon/PPD öyküsü, geçirilmiş depresyon/PPD öyküsü, evlilikten memnuniyet durumu, bebeğinin evliliğini olumsuz etkilediğini düşünmek PPD ile ilişkili faktörlerdir. Postpartum depresyon saptanan annelerin yaşam kalitesi postpartum depresyonu olmayanlardan daha kötüdür ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** PPD oldukça yüksek sıklığa sahiptir ve annenin yaşam kalitesini düşürmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum sonrası, depresyon, yaşam kalitesi

**Geliş tarihi:** 15.04.2010

**Kabul tarihi:** 02.09.2010

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim was to determine the frequency of postpartum depression (PPD), its correlates and the effect on the quality of life.

**Material and Methods:** This study was conducted among 708 mothers having a child aged 2 weeks-18 months. A questionnaire on descriptive features and PPD risk factors; Edinburgh Postpartum Depression Scale and WHOQOL-BREF quality of life scale were used for the data collection.

**Results:** The rate of PPD frequency was 15%. The gestational age, mental problems and anxiety during pregnancy, emotional changes in the premenstrual period, past depression/PPD history, depression/PPD history in the family, satisfaction with the marriage, thinking that the baby affected the marriage adversely were the factors related with PPD. The quality of life was lower in women with PPD than those without PPD.

**Conclusion:** The frequency of PPD is quite high and PPD is decreasing the quality of life of the mother.

**Key Words:** Postpartum, depression, quality of life

**Received:** 15.04.2010

**Accepted:** 02.09.2010

#### Giriş

Tüm Dünya'da yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır. Her 4 kişiden birisi hayatı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır (1). Sakatlığa ayarlanmış yaşam yıllarının tümünün %13'ünü nöropsikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü projeksiyonlarına göre, 2020 yılında bu sayının %15'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (3, 4).

Depresyonun kadınlarda hayat boyu prevalansı %10-25 olarak bildirilmektedir, bu rakam erkeklerdeki prevalansın 1.5-3 katıdır (5). Kadınlarda depresyon sıklığının pik yaptığı yaşlar doğurganlık yaşlarıdır (5). Dünyada gebelikte depresyon prevalansı %7-26 olarak bildirilirken (5-7) postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine

göre farklılık göstererek %3.5-40 arasında değişmektedir (5, 8-12). Türkiye'de bu sıklık %6.3-50.7'dir (17-29). Doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak değerlendirilen (9-16) postpartum depresyon (PPD) DSM-IV'de doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan majör depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır (13). Doğumdan sonraki bir yıl PPD için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir (12, 14) ve bu risk doğumdan sonraki iki yıl boyunca devam etmektedir (15). PPD geçiren bir kadının, önündeki beş yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığı, PPD geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazladır (16). PPD'nin, her ne kadar klinik, etiyoloji ve tedavi seçenekleri yönünden majör depresyonla benzer olduğu düşünülse de PPD vakalarının yarıya yakını tanı alamamakta ve tedavisiz kalmaktadır (5, 10, 11). Tedavi edilmeyen PPD, çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanmaktadır (10, 11, 30, 31). Sık görülmeye

sinin yanı sıra anne, çocuk ve aile üzerine olan negatif etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olan PPD'nin sıklığı, anne ve bebek üzerine etkileri üzerine pek çok çalışma (8-31) yapılmış olmakla birlikte, annenin günlük yaşam aktiviteleri, iyilik hali ve algılanan sağlık durumu üzerine etkileriyle ilgili yayınlar oldukça kısıtlıdır (32-36).

Günümüzde artık pek çok spesifik tıbbi durum için değerlendirilen önemli bir sağlık çıktısı olarak değerlendirilen yaşam kalitesi biyopsikososyal sağlık modelinin önemli bir komponenti ve kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumunun değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (37). Doğum sonrası dört ve sekizinci haftalarda depresif belirtiler gösteren annelerin bu tür belirtiler göstermeyen annelere göre daha düşük yaşam kalitesi göstergelerine sahip olduğu bildirilmektedir (32-36).

Türkiye'de postpartum depresyon ve risk faktörleri ile ilgili pek çok çalışma bulunmakla (17-29) birlikte PPD'un yaşam kalitesi üzerine etkisi hakkında bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı PPD sıklığını, risk faktörlerini ve PPD'un annenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

## Gereç ve Yöntemler

Bu tanımlayıcı araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın eğitim, araştırma ve uygulama merkezi olan Ankara ili Çankaya, Gölbaşı ve Yenimahalle merkez ilçelerinde yerleşik altı birinci basamak sağlık kuruluşunda yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarının günlük başvuru sayıları, sunulan hizmetler, hizmet verilen popülasyonun sosyodemografik özellikleri benzerdir.

### Araştırma popülasyonu ve kriterler

Araştırmaya 2 hafta-18 aylık bebeği olan anneler dahil edilmiştir. Postpartum dönemde ilk iki hafta annelerin yaklaşık %80'inde depresif semptomlar görülmekte ve iki haftadan sonra bu semptomlar kendiliğinden gerilemektedir. Bu dönemde görülen depresif duyu durumu "annelik hüznü-baby blues" olarak tanımlanmakta ve postpartum depresyondan ayrı bir antite olarak değerlendirilmektedir (6, 10). Bu durum göz önüne alınarak doğumdan sonra iki haftasını doldurmamış annelere EPDÖ ölçeği uygulanmasının yanıltıcı sonuçlar doğuracağı düşünüldükten sonra 2 hafta-18 aylık bebeği olan anneler dahil edilmiştir. Diğer yandan kronik hastalık varlığının depresyon riskini artırdığı bilinmektedir, (38) bu nedenle kronik hastalığı olan anneler taraf tutmayı engellemek amacıyla çalışmaya dahil edilmemiştir. Annede kronik hastalık varlığı/yokluğu annenin beyanına dayanılarak belirlenmiştir.

### Veri kaynakları ve Uygulama

Araştırmada veri kaynağı olarak annenin tanımlayıcı özellikleri ve postpartum depresyon için risk faktörlerine yönelik anket formu; Postpartum Depresyon Durumunu saptamaya yönelik Eddinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

2-19 Ekim 2006 tarihleri arasında, mesai saatleri içinde çalışmanın yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran, 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelere çalışmanın amacı ve anket içeriği ile bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme

kriterlerine uygun olan annelere yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır. Anket formunun uygulanmasının ardından annelere EPDÖ ve WHOQOL-BREF ölçekleri verilerek gözlem altında doldurmaları sağlanmıştır. Anneler her iki ölçeği doldurup kendilerine yüz yüze anket uygulamış olan araştırmacıya teslim etmişlerdir. Araştırmacılar ölçekleri teslim aldıkları anda kontrol etmiş, EPDÖ cevaplanırken boş bırakılmış olduğu belirlenen sorular için ölçekleri geri vererek boş soruların cevaplanmasını sağlamışlardır. Okuma yazması olmayan ya da o anda ölçekleri kendi başına okuyup cevaplayamayacağını söyleyen annelere, araştırmacılar anket formunun uygulanmasını takiben her iki ölçek için de soru ve cevap seçeneklerini tek tek okuyarak yardımcı olmuşlardır.

**Anket Formu:** Araştırmada kullanılan anket formu iki bölüm ve toplam 48 sorudan oluşmaktadır. Anketin 14 soru içeren birinci bölümü annenin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Bu bölümde annenin yaşı, sosyal güvence durumu, evde yaşayan kişi sayısı, annenin ve eşinin eğitim durumu ve mesleği, aylık hane geliri ve annenin doğurganlık öyküsü ile ilgili sorular bulunmaktadır. Postpartum depresyon risk faktörleri ile ilgili olan ikinci bölüm 24 sorudan oluşmuştur. Bu bölümde yer alan sorulardan 13'ü araştırma anında iki hafta-18 aylık olan bebekle ilgili gebelik ve doğum öyküsüne yöneliktir (bebeğin cinsiyeti, yaşı, gebelikte antenatal bakım alma durumu ve alınan antenatal bakımla ilgili özellikler, doğum şekli, gebelik ve doğum komplikasyonları, emzirme durumu ve süresi). Diğer 11 soru ise genel olarak premenstrüel dönem şikayetlerini değerlendirmeye yöneliktir. Risk faktörlerine yönelik sorular araştırmanın planlanma aşamasında konuyla ilgili literatürün gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur.

**Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği:** Eddinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) Cox ve Holden tarafından 1987 yılında geliştirilen, doğum sonrası dönemde depresyon varlığı ve/veya riskini belirlemek amacıyla kullanılan özbeğitirici ölçeğidir (39). Dörtlü Likert tipinde toplam on soru içermektedir (40). EPDÖ Türkçeye Engindeniz ve arkadaşları tarafından uyarlanmış, kesme puanı  $\geq 13$  olarak belirlenmiştir.

**WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version - Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu):** Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiş bir anket formu olan WHOQOL - BREF ikisi genel sorular olmak üzere dört alan içinde toplam 26 soru içermektedir (41). İki genel sorudan biri bütün olarak sağlık puanını, diğeri bütün olarak yaşam kalitesi puanını vermektedir. Alan puanları ise fiziksel sağlık alanı (FSA), Psikolojik sağlık alanı (RSA), sosyal ilişkiler alanı (SİA) ve çevre alanı (ÇA) üzerinden değerlendirilmektedir. Sorular Likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Ölçek Türkçeye çevrilerek geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır.

### İstatistiksel analiz

Araştırma verileri SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özellikler ve postpartum depresyon sıklığı sayı ve yüzde (%) cinsinden, EPDÖ skoru ve WHOQOL-BREF FSA, PSA, SİA, ÇA puanları ortalama $\pm$ SD cinsinden sunulmuştur.

Tanımlayıcı özelliklere göre postpartum depresyon bulunma durumu "Ki-kare" testi ile değerlendirilmiştir. PPD ile risk faktörleri arasındaki ilişki "lojistik regresyon" analizi ile WHOQOL-BREF alan puanlarını etkileyen faktörler, tek yönlü analizlerin ardından model oluşturularak lineer regresyon analizi ile belirlenmiş; EPDÖ skoru ve WHOQOL-BREF alt alanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

## Bulgular

### Tanımlayıcı özellikler

Çalışmaya 2 hafta-18 aylık bebeği olan toplam 708 kadın dahil olmuştur. Kadınların yaş ortalaması 27.06±5.10, ortancası 27 (en düşük 16-en yüksek 44); bebeklerinin yaş ortalaması 7.67±5.34 ay, ortancası altı aydır. Kadınların %83.1'i ev hanımı olup, %36.3'ü ilkököl mezunu, %13'ü yükseköğretim/üniversite mezunudur. Tüm annelerin %31.5'inin eşi lise mezunudur, %2.4'ünün eşi çalışmamaktadır. Annelerin %13'ünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 1). Aylık hane geliri ortalaması 1121.17±997.54 (ortanca=750; en düşük 0, en yüksek 10000 YTL)'dir.

Bebeğe ait özellikler değerlendirildiğinde %90.1'i istemli gebelik sonucu dünyaya gelmiştir, %51.6'sı kızdır, %3.4'ünde doğumsal anomali, %1.6'sında kronik hastalık mevcuttur (Tablo 2). Annelerin %91.1'i son gebeliklerinde doğum öncesi bakım almış, %25.7'si gebelik sırasında tıbbi problem yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 2).

### Postpartum depresyon sıklığı ve risk faktörleri

Tüm annelerin %15'inde (n=106) PPD saptanmıştır. Bunların 16'sı bir hekim tarafından PPD tanısı aldığını ifade etmiş diğerleri ilk kez tarama sırasında belirlenmiştir.

Tablo 1'de annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre PPD bulunma durumu sunulmuştur. Annenin eğitim düzeyi, eşinin çalışma durumu ve hanenin aylık gelir düzeyi ile PPD bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Eğitim düzeyi yükseldikçe PPD görülme sıklığı azalmaktadır; ilkököl ve altında eğitim düzeyine sahip annelerde PPD sıklığı %18.1 iken yükseköğretim ve üniversite mezunu annelerde bu sıklık %7.6'dır (p<0.05). Eşi çalışmayan annelerde PPD sıklığı çalışanlara göre daha yüksektir (sırasıyla %23.5 ve %7.1) (p<0.05). Hanenin aylık gelir düzeyi yükseldikçe PPD sıklığı azalmaktadır. PPD sıklığı aylık gelir düzeyi 500 YTL'nin altında olanlarda %22.3 1000 YTL'nin üzerinde olanlarda ise %7.8'dir. Annenin yaşı, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, eşinin eğitim düzeyi ise PPD bulunma durumunu etkilememektedir (p>0.05).

Tablo 2 ve 3'de annenin doğurganlık öyküsü, son gebeliğine ilişkin özellikler, bebeğin bazı özellikleri, annenin ruhsal durum öyküsü ve aile ile ilişkilerinin durumuna göre PPD sıklığı sunulmuştur. Annenin primipar olması, üç ve üzerinde çocuk sayısı, son doğumunda gebeliğin istenmeyen gebelik oluşu, gebelik sırasında tıbbi sorun yaşamış olması, bebeğin 37 haftadan önce doğmuş olması ve bebeğin kronik hastalığının bulunması annede PPD görülme olasılığını artırmaktadır. Geçirilmiş depresyon ve PPD öyküsü, her iki hastalık için aile öykü-

**Tablo 1. Demografik özelliklere göre postpartum depresyon görülme sıklığı**

	n (%)	PPD (%)	$\chi^2$	p
<b>Yaş grubu</b>				
16-25	365 (51.4)	15.1	2.025	0.363
26-35	294 (41.9)	16.0		
≥36	49 (6.7)	8.2		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul ve altı	294 (40.8)	18.1	6.062	0.014
Ortaokul mezunu	91(12.9)	14.3		
Lise mezunu	236 (33.3)	14.4		
Yüksekokul/üniversite mezunu	92 (13.0)	7.6		
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışmıyor	588 (83.1)	14.3	0.224	0.636
Çalışıyor	120 (16.9)	15.8		
<b>Eşinin eğitim durumu</b>				
İlkokul ve altı	6.345	0.095		
Ortaokul mezunu	198 (27.9)	18.3		
Lise mezunu	138 (19.5)	18.8		
Lise mezunu	223 (31.5)	12.6		
Yüksekokul/üniversite mezunu	149 (21.0)	10.7		
<b>Eşinin çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	691 (97.6)	7.1	4.32	0.037
Çalışmıyor	17 (2.4)	23.5		
<b>Sosyal güvence durumu</b>				
Var	616 (87.0)	14.4	1.021	0.312
Yok	92 (13.0)	18.5		
<b>Hanenin aylık gelir düzeyi</b>				
<500 YTL	103 (14.5)	22.3	13.228	<0.001
500-750 YTL	250 (35.6)	18.3		
751-1000 YTL	128 (18.1)	12.0		
>10000 YTL	225 (31.8)	7.8		
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>				
≤5	586 (82.7)	15.0	0.005	0.548
>5	122 (17.3)	14.8		

PPD: Postpartum depresyon

sünün bulunması, premenstrüel dönemde genel olarak ruhsal durumla ilgili değişiklikler, gebelik sırasında endişe stres yaşamış olmak, eşinden yeterince destek görmemiş olmak, kendi ailesiyle ve/veya eşinin ailesiyle ilişkilerinin kötü olması, evliliğinden memnun olmamak, bebeğin dünyaya gelişinin evliliğini olumsuz olarak etkilediğini düşünmek PPD sıklığını artıran diğer faktörlerdir.

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre (Tablo 4), annenin eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, gebeliğin istenen gebelik olması, bebekte kronik hastalık bulunması ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır. Eşi çalışmayan annelerde PPD görülme

**Tablo 2. Annelerin doğurganlık öyküsü, son gebeliğe ait özellikler ve bebeğin tanımlayıcı özelliklerine göre postpartum depresyon sıklığı**

	n (%)	PPD (%)	$\chi^2$	p
<b>Annenin doğurganlık öyküsü</b>				
<b>Parite</b>				
Multipar	345 (51.3)	11.6	6.030	0.014
Primipar	363 (48.7)	18.2		
<b>İstemli düşük</b>				
0	619 (87.4)	14.4	1.364	0.242
≥1	89 (12.6)	19.1		
<b>Kendiliğinden düşük sayısı</b>				
0	609 (86.0)	14.9	0.003	0.956
≥1	99 (14.0)	15.2		
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>				
<3	597 (84.3)	12.9	12.866	<0.001
≥3	111 (15.7)	26.1		
<b>Son gebeliğe ait özellikler</b>				
<b>İstemli gebelik</b>				
Evet	638 (90.1)	13.6	9.039	0.002
Hayır	70 (9.9)	27.1		
<b>Doğum öncesi bakım</b>				
Almış	645 (91.1)	15.5	1.612	0.204
Almamış	63 (8.9)	9.5		
<b>Gebelik sırasında tıbbi sorun yaşama</b>				
Hayır	182 (74.3)	13.1	5.524	0.032
Evet	526 (25.7)	20.3		
<b>Bebeğe ait özellikler</b>				
<b>Yaş</b>				
≤6 ay	364 (51.4)	12.6	3.251	0.196
7-12 ay	214 (30.2)	17.8		
13-18 ay	130 (18.4)	16.9		
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	365 (51.6)	15.9	0.499	0.479
Erkek	343 (48.4)	14.0		
<b>Doğum şekli</b>				
Vajinal	419 (59.2)	13.8	1.028	0.310
Sezaryen	289 (40.8)	16.6		
<b>Doğum haftası</b>				
≥37 hafta	622 (87.9)	13.8	5.277	0.021
<37 hafta	86 (12.1)	23.3		
<b>Doğum ağırlığı</b>				
≤2500 gram	50 (7.1)	20.0	1.069	0.301
>2500	658 (93.9)	14.6		
<b>Doğumsal anomali</b>				
Yok	684 (96.6)	14.8	0.670	0.597
Var	24 (3.4)	20.8		
<b>Kronik hastalık</b>				
Yok	697 (98.4)	14.6	4.150	0.041
Var	11 (1.6)	36.4		

PPD: Postpartum depresyon

olasılığı çalışanlara göre daha yüksektir. Üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin üçten az çocuğu olanlara göre daha yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır. Otuz yedi haftadan küçük doğum yapan annelerde PPD görülme riski daha yüksektir (OR=2.079; %95 GA=1.059-4.083). Gebelik sırasında ruhsal sorun yaşamış olmak PPD riskini yaklaşık 2.6 (OR=2.574; %95 GA=1.524-4.347) kez; premenstrüel dönemde genel olarak duygu durum değişiklikleri yaşamak yaklaşık 1.9 (OR=1.855; %95 GA=1.097-3.728) kez yükseltmektedir. PPD riskinin daha önce depresyon/PPD geçirmiş olan annelerde geçirmeyenlere göre, ailede depresyon/PPD öyküsü olanlarda olmayanlara göre, bebeğin evliliğini olumsuz olarak etkilediğini düşünen annelerde olumlu etkilediği veya bir değişiklik yapmadığını düşünen annelere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Evliliğinden genel olarak memnun olmayan annelerin PPD riski memnun olanların 4.5 katıdır (OR=4.598; %95 GA=1.771-11.941).

### Yaşam kalitesi

Annelerin algılanan yaşam kalitesi puan ortalaması 3.50±0.76, algılanan sağlık puan ortalaması 3.66±0.86, WHOQOL-BREF genel puan ortalaması 60.18±9.99, fiziksel sağlık alanı puan ortalaması 52.23±11.19, psikolojik sağlık alanı puan ortalaması 62.70±12.08, sosyal ilişkiler alanı puan ortalaması 67.87±15.52, çevre alanı puan ortalaması 62.96±14.15'dir.

EPDÖ puanı ile yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve WHOQOL-BREF bölüm puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, EPDÖ puanı ile yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve WHOQOL-BREF bölüm puanlarının her biri arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. EPDÖ puanı arttıkça YK ( $r=-0.376$ ;  $p<0.05$ ), AS ( $r=-0.340$ ;  $p<0.05$ ), WHOQOL-BREF alt bölümleri olan GP ( $r=-0.451$ ;  $p<0.05$ ), FSA ( $r=-0.242$ ;  $p<0.05$ ), PSA ( $r=-0.307$ ;  $p<0.05$ ), SİA ( $r=-0.338$ ;  $p<0.05$ ), ve ÇA ( $r=-0.392$ ;  $p<0.05$ ) puanları azalmaktadır. Postpartum depresyon durumuna göre değerlendirildiğinde algılanan sağlık ve sosyal ilişkiler alanı dışında diğer tüm alan puanlarının postpartum depresyonu olan annelerde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

### Tartışma

Postpartum depresyon sık görülen, pek çok kadının ve ailelerinin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde PPD sıklığı %15.0 bulunmuştur. Bu sonuç dünyada %3.5-40 (5, 8, 12) ve ülkemizde %6.3-50.7 olarak (17-29) bildirilen sonuçlarla uyumludur. Literatürde bildirilen PPD sıklığının hem toplumlar arasında hem de ülkemizde farklı çalışmalarda bu kadar değişiklik göstermesinin sebebi, çalışma dizaynı, değerlendirmenin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması, örneklem hacmi ve populasyon farklılıklarıdır. Ülkemizde Sivas il merkezinde PPD prevalansı %28 (23) Türkiye'nin orta ve doğusundaki 5 ilde (Erzurum, Elazığ, Malatya, Kayseri, Konya) %27 (17) olarak saptanmıştır. Ankara il merkezinde gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada diğer bölgelere göre daha düşük prevalans saptanmış olmasının sebebi Ankara'nın başkent olması ve diğer illerdeki popülasyona göre sosyoekonomik düzeyin daha yüksek olması olabilir. İleride de tartışılacağı üzere eğitim düzeyinin yüksek oluşu, aylık hane

Tablo 3. Annenin depresyon öyküsü ve aile ilişkilerinin durumuna göre postpartum depresyon sıklığı

	n(%)	PPD (%)	$\chi^2$	p
<b>Depresyon öyküsü</b>				
<b>Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü</b>				
Yok	664 (93.8)	12.7	45.219	<0.001
Var	44 (6.2)	50.0		
<b>Daha önce geçirilmiş PPD öyküsü*</b>				
Yok	343 (94.5)	13.7	32.780	<0.001
Var	20 (5.5)	60.0		
<b>Ailede depresyon öyküsü</b>				
Yok	649 (91.7)	13.3	18.111	<0.001
Var	59 (8.3)	33.9		
<b>Ailede PPD öyküsü</b>				
Yok	693 (97.9)	14.6	4.059	0.302
Var	15 (2.1)	33.3		
<b>Genel olarak premenstrüel dönemde ruhsal durum</b>				
<b>Premenstrüel dönemde ruhsal çökkünlük</b>				
Yok	581 (82.1)	11.2	36.434	<0.001
Var	127 (17.9)	32.3		
<b>Premenstrüel dönemde sinirlilik gerginlik</b>				
Yok	288 (40.7)	7.6	20,506	<0.001
Var	420 (59.3)	20.0		
<b>Premenstrüel dönemde hassaslaşma, alınganlık gösterme, ağlama</b>				
Yok	430 (60.8)	11.9	8.327	0.003
Var	278 (39.2)	19.8		
<b>Son gebelik sırasında ruhsal durum</b>				
<b>Son gebeliği sırasında huzursuzluk ve endişe</b>				
Yaşamamış	527 (74.4)	13.8	6.149	<0.001
Yaşamış	181 (25.6)	75.9		
<b>Son gebeliği sırasında hayatını etkileyebilecek bir stres** yaşama durumu</b>				
Yaşamamış	625 (88.3)	11.0	25.471	<0.001
Yaşamış	83 (11.7)	26.5		
<b>Ruhsal sorun</b>				
Yaşamamış	638 (90.1)	11.9	47.452	<0.001
Yaşamış	70 (9.9)	42.4		
<b>Gebeliği süresince eşinin kendisine destek olma durumu</b>				
Destek oldu	482 (68.1)	9.5	35.580	<0.001
Orta derecede	105 (14.8)	28.6		
Olmadı	121 (17.1)	24.8		
<b>Aile ile ilişkiler</b>				
<b>Kendi ailesiyle ilişkiler</b>				
İyi	645 (91.1)	13.5	12.294	<0.002
Ne iyi, ne kötü	58 (8.1)	27.6		
Kötü	4 (0.8)	50.0		

<b>Eşinin ailesiyle ilişkiler</b>				
İyi	551 (77.8)	10.0	60.176	<0.001
Ne iyi, ne kötü	116 (16.4)	26.7		
Kötü	41(5.8)	48.8		
<b>Eşiyle ilişkiler</b>				
İyi	645 (91.1)	2.4	40.959	<0.001
Ne iyi, ne kötü	51 (7.2)	37.3		
Kötü	12 (2.7)	58.3		
<b>Evlilikten memnuniyet</b>				
Memnun	633 (89.4)	11.7	53.338	<0.001
Orta	48 (6.7)	37.5		
Değil	27 (3.9)	51.9		
<b>Bebenin evliliğini etkilediğini düşünme</b>				
Hayır	185 (26.1)	15.7	24.662	<0.001
Evet, olumlu	487 (68.8)	12.7		
Evet, olumsuz	34 8(5.1)	44.1		
PPD: Postpartum depresyon				
*Multipar kadınlar üzerinden hesaplanmıştır				
**Bir yakının/arkadaşın kaybı/hastalığı, kendisinin ya da eşinin iş değişikliği, ev değişikliği vb.				

**Tablo 4. Postpartum depresyon görülme durumunun etkileyen faktörler (lojistik regresyon analizi)**

Değişken (referans grubu/risk grubu)	$\beta$	OR	%95 GA	p
Eğitim durumu (lise üzeri/lise ve altı)	0.644	1.904	0.691-5.427	0.213
Eşinin çalışma durumu (Çalışıyor/çalışmıyor)	1.828	6.211	1.474-26.315	0.013
Aylık gelir düzeyi (>1000 TL/≤1000 TL)	0.245	1.278	0.666-2.450	0.461
Çocuk sayısı (<3/≥3)	0.414	1.513	1.062-2.155	0.022
İstemli gebelik (Hayır/Evet)	0.408	1.504	0.716-3.163	0.281
Bebenin doğum haftası (≥37/<37)	0.732	2.079	1.059-4.083	0.034
Bebekte kronik hastalık (Hayır/Evet)	0.295	1.343	0.439-4.111	0.605
Gebelik sırasında ruhsal sorun yaşama (Hayır/Evet)	0.946	2.574	1.524-4.347	<0.001
Premenstrüel dönemde duygu durum değişiklikleri (Hayır/Evet)	0.618	1.855	1.097-3.728	0.025
Daha önce geçirilmiş depresyon/PPD öyküsü (Hayır/Evet)	0.930	2.535	1.294-4.966	0.007
Ailede depresyon/PPD öyküsü (Hayır/Evet)	0.798	2.221	1.104-4.471	0.025
Genel olarak evliliğinden memnuniyet durumu (memnun/memnun değil)	1.526	4.598	1.771-11.941	0.002
Bebenin evliliğini etkileme durumu (etkilemedi ya da olumlu etkiledi/ olumsuz etkiledi)	1.071	2.974	1.235-7.159	0.015
PPD: Postpartum depresyon				

gelirinin yüksek oluşu PPD açısından birer koruyucu faktördür (23, 42). Diğer yandan bu çalışmada depresyon ve yaşam kalitesi düşüklüğü açısından bir risk faktörü olduğu bilinen kronik hastalık varlığı (43) çalışmaya dahil edilmeme kriteri olarak kabul edilmiştir. Doğumdan sonraki ilk haftada %80'lere varan yüksek sıklıkta görülen "baby blues" (6, 10, 33) ile karışıp yanıltıcı sonuçlar doğuracağı düşünülen bebeği ikinci haftası doldurmamış olan anneler de çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmada PPD sıklığının daha düşük bulunması, hem bilinen kronik hastalığı olan anneler hem de 2 haftadan küçük

bebeği olan annelerin araştırmaya dahil edilmemiş olması ve Türkiye'deki diğer çalışmaların 0-12 ya da 0-18 aylık bebeği olan tüm anneler üzerinde yürütülmüş olmasına bağlanabilir.

İleri anne yaşı, çalışmıyor olmak, ölü doğum ya da sezaryen ile doğum yapması, bebek bakımında güçlük yaşaması ve sosyal destek eksikliğinin postpartum depresyon gelişme olasılığını artırdığı bildirilmektedir (39). Bu çalışmada anne yaşının PPD görülme durumunu etkilemediği saptanmıştır. Nijerya'da ve Hollanda'da yürütülen 2 farklı çalışmada da anne yaşı ile postpartum depresyon görülme durumu arasında ilişki olma-

Tablo 5. İncelenenlerin postpartum depresyon durumuna göre Whoqol-Bref bölüm puan ortalamaları

PPD	YK	AS	GP	FSA	PSA	SİA	ÇA
Yok	3.87±0.72	4.00±0.79	66.37±9.14	56.47±9.93	66.75±11.50	74.81±14.26	70.30±12.25
Var	3.60±0.64	3.85±0.89	61.29±8.81	51.47±11.41	62.45±13.33	71.60 ±13.36	65.75±12.23
p*	<0.001	0.077	<0.001	<0.001	<0.001	0.313	<0.001

\*Bağımsız gruplarda t-testi, PPD: Postpartum depresyon, YK: Yaşam kalitesi, AS: Algılanan Sağlık, GP: Genel puan, FSA: Fiziksel sağlık alanı, PSA: Psikolojik sağlık alanı, SİA: Sosyal ilişkiler alanı, ÇA: Çevre Alanı

diği bildirilmiştir. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında küçük anne yaşı postpartum depresyon için risk faktörü olarak belirtilmiştir (17).

Batılı toplumlarda yürütülen bazı çalışmalarda sosyoekonomik durum ile PPD arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir (42, 44). Ülkemizde ise bir çalışmada ailenin gelir düzeyi azaldıkça PPD sıklığının arttığı bildirilmiştir (17). Bu çalışmada da tek yönlü analizde ailenin gelir düzeyi azaldıkça, annenin eğitim seviyesi düştükçe PPD sıklığının arttığı gözlenirken, lojistik regresyon analizinde gelir düzeyi ve eğitim durumu ile PPD arasında ilişki saptanmamıştır. Annenin mesleği ile postpartum depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda da farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bu çalışmada, annenin çalışma durumu ile PPD sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Türkiye'nin orta bölgesi ve doğusunda yapılan çalışmalarda annenin çalışmıyor olmasının, (17, 23) Zonguldak'ta ise annenin çalışmasının postpartum depresyon sıklığını artırdığı bildirilmiştir (21).

Doğum sayısı arttıkça, annelerin yaşadıkları biyolojik, ruhsal değişimler ve artan sorumluluğun depresyon sıklığının artmasına yol açtığı düşünülmektedir (45, 46). Bu çalışmada çocuk sayısının PPD ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Planlanmamış ve istenmeyen gebeliğin de, postpartum dönemde depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir (39, 42, 45). Ancak bu çalışmada çoklu analizde istenmeyen gebelik ile PPD arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

Geçirilmiş depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü, birinci derece yakınlarında depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanların PPD için daha fazla risk taşıdıkları bildirilmektedir (3, 28, 47). Gebelikte huzursuzluk, depresif semptom, endişe yaşanması, premenstrüel dönemde ruhsal sıkıntılar PPD için önemli risk faktörleridir (46). Bu çalışmada da geçirilmiş depresyon ve/veya PPD öyküsü, ailede depresyon ve/veya PPD öyküsü, gebelik sırasında ruhsal çökkünlük/endişe/huzursuzluk yaşamış olmak genel olarak premenstrüel dönemde duygudurum değişiklikleri yaşıyor olmak PPD ile ilişkili bulunmuştur.

Sosyal destek postpartum depresyonun ortaya çıkışında önemli bir koruyucu faktör olduğu gibi, var olan PPD durumunda da semptomların ilerlemesini ağırlaşmasını engelleyen önemli bir faktördür (35, 42, 45). Daha önce yapılmış çalışmalarda özellikle eşlerinden yeterince ilgi ve destek göremediğini ifade eden ve evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, yeterli ilgi ve desteğin ise hem anne hem de bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (35, 42, 45, 46). Eşi ile ilişkilerini "kötü-iyi değil" şeklinde tanımlayanlarda, evliliğinde problem yaşayan ve evlilik yaşantısından memnun olmayanlarda depresyon daha fazla görülmektedir (42, 46). Bu çalışmada da eş ile ilişkilerin kötü olması eşinin ailesiyle ilişkilerinin kötü olması

ve evliliğinden genel olarak memnuniyetsizlik durumunun postpartum depresyon durumunu artırdığı saptanmıştır, ancak, hangisinin diğerinin nedeni olduğunu belirlemek oldukça güçtür. Benzer şekilde, bebeğin evliliğini olumsuz yönde etkilediğini düşünmek ve algılanan sağlığın kötü oluşu ile artmış PPD arasındaki ilişkide de, hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu kestirmek zordur. Anne doğum sonrasında depresyona girdiği için, bundan bebeği suçlayarak, doğum olayından evliliğinin olumsuz etkilediğini düşünüyor olabilir. Postpartum depresyonun anne bebek ilişkisini ve bebeğin psikolojik ve bilişsel gelişimini olumsuz etkilediği bilinmektedir (31, 32). Bunun sebebi de aslında, annenin postpartum depresyon durumunun hem tüm alanlarda yaşam kalitesini hem algılanan sağlık durumunu kötüleştirilmesi, bunların çocuğun doğumu yüzünden olduğunu düşünmesi ve bebekle iyi iletişim kuramaması hatta belki de onu suçladığı için, kurmak istememesi olabilir.

Depresyonda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar depresyon geçiren hastaların kişilerarası ilişkiler, psikolojik ve fiziksel fonksiyon durumlarının negatif olarak etkilendiğini göstermiş ve bu etkilenim kısmen, depresif semptomların yoğunluğu ile açıklanmıştır (46, 48-51). Bu çalışmada da PPD ile yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde, postpartum depresyon durumu annelerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte, Eddinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden alınan puan yükseldikçe, yaşam kalitesi puanları tüm alanlarda düşmektedir. Postpartum depresyonu olan annelerin WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği genel puanı, fiziksel sağlık alanı puanı, psikolojik sağlık alanı puanı ve çevre alanı puan ortalamaları postpartum depresyon olmayan annelere göre daha düşüktür. Algılanan sağlık ve sosyal ilişkiler alan puanları açısından ise tek başına postpartum depresyon durumuna göre anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu alanlar üzerinde postpartum depresyon durumunun tek başına etkili olmayışının sebebi; küçük bebeği olan annelerin kendi düzen ve ilişkilerini bebeğin ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlemek zorunda olması, dolayısıyla, sosyal yaşantılarının ve kişiler arası ilişkilerinin bebeğin varlığından zaten etkileniyor olması olabilir. Diğer değişkenlerle birlikte lineer regresyon modeli ile değerlendirme yapıldığında PPD varlığının SİA alan puanını ve psikolojik sağlık alanını da negatif yönde etkilediğinin saptanması da bu görüşü destekler niteliktedir.

Duygu durum bozuklukları yaşam kalitesi üzerinde önemli derecede negatif etkiyle karakterlidir. Majör depresyon saptanan hastaların yaşam kalitesi puanları hem normal popülasyondaki depresif olmayan bireylere hem de subsendromal depresif bozukluğu olanlara göre daha düşüktür (40, 50). Depresif hastaların sosyal fonksiyonlarının pek çok alanda (boş zamanlar, çalışma, kişilerarası ilişkiler, algılanan sağlık ve akademik performans) sağlıklı kontrollere göre azaldığı gösterilmiştir (50).

Demografik değişkenler, komorbidite, spesifik semptomların ciddiyeti ve süresi yaşam kalitesi alanlarını etkilemekle birlikte depresyon varlığı yaşam kalitesini daha da düşürmektedir (51, 52). Bir çalışmada da gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde, kadınların yaşam kalitesi puanlarının tüm alanlarda, gebe olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu ancak beraberinde depresif semptomları olanlarda bu tür semptomları olmayanlara göre daha düşük puanlar saptandığı bildirilmiştir (52). Postpartum depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışmada da postpartum depresyonu olan annelerin yaşam kalitesi puanlarının postpartum depresyonu olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (32, 36, 53). Bu çalışmada da hemen her demografik değişken için alt gruplarda PPD olan ve olmayanların puanları karşılaştırıldığında, PPD olanların yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur.

Her ne kadar postpartum dönem, küçük bir bebeğe sahip olmak tek başına, annenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olsa da annede postpartum depresyon bulunması zaten azalması beklenen yaşam kalitesinin daha da düşmesine ve annenin günlük yaşam aktivitelerini ve belki de annelik görevlerini yerine getirememesine neden olmakta ve bu durum da bir kısır döngü şeklinde annenin depresif durumunun ciddileşmesine, hastalık süresinin uzamasına neden olabilmektedir.

Sonuç olarak, 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde PPD oldukça yüksek sıklığa sahiptir ve annenin yaşam kalitesini düşürmektedir. Birinci basamak sağlık personeli, hamile kadınla ilk karşılaşan ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra bebek ve çocuk izlemleri sırasında onu haftalarca yakından izleyen ekip olduğundan kadının duyuğu durum değişikliklerini yakından izlemeli ve risk faktörleri açısından da değerlendirilmelidir. Semptomların erken tanısı ve zamanında tedaviye başlanması depresyon gelişimini ya da ağırlaşmasını önleyebilir. Erken tanı aynı zamanda gebelik sonrasında zaten düşmesi beklenen yaşam kalitesinin bir de postpartum depresyon sebebiyle daha da düşmesini, annenin ailesiyle çevresiyle ve özellikle de bebeği ile ilişkilerinin kötü etkilenmesini de önleyecektir.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

- World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf) (erişim tarihi: 10.01.2006).
- Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. In: Mental health: evidence and research. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 14-28.
- World Health Organization. The world health report 2004: Changing history. available from: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf> (erişim tarihi: 10.01.2006).
- World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf) (erişim tarihi: 10.01.2006).
- Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. J Am Med Womens Assoc 2004;59:181-91.
- Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and puerperium. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:73-87. [CrossRef]
- Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. J Consult Clin Psychol 1995;63:445-53. [CrossRef]
- Baker D, North K. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med 1999;49:121-31. [CrossRef]
- Bernazzani O, Bifulco A. Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. Soc Sci Med 2003;56:1249-60. [CrossRef]
- Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health 2005;8:141-53. [CrossRef]
- Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:1179-85. [CrossRef]
- Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tarelli R. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatr Scand 2005;112:233-7. [CrossRef]
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Parry BL, Haynes P. Mood disorders and the reproductive cycle. J Gend Specif Med 2000;3:53-8.
- Declercq ER, Scala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002. Available from: <http://www.maternitywise.org/listeningtomothers> (erişim tarihi: 08.01.2006).
- Cooper PJ, Murray L. Postpartum depression. Br Med J 1998;316:1884-6. [CrossRef]
- Inandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:725-30. [CrossRef]
- Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. Compr Psychiatry 2007;48:343-7. [CrossRef]
- Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:125-9. [CrossRef]
- Kara B, Ünalın P, Çifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is There a Role for the Family and Close Community to Help Reduce the Risk of Postpartum Depression in New Mothers? A Cross-Sectional Study of Turkish Women. Matern Child Health J 2008;12:155-61. [CrossRef]
- Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 2004;14:252-7.
- Inandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk Factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. Int J Epidemiol 2002;31:1201-7. [CrossRef]
- Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. Cumhuriyet Tıp Derg 2004;26:55-9.
- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Incidence of postpartum depression in Trabzon province and risk factors at gestation. Turk Psikiyatri Derg 2006;17:243-51.



25. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Relationship Between Attachment Style and Depressive Symptoms in Postpartum Women: Findings from Turkey. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:252-8.
26. Danacı EA, Dinç G, Deveci A, Sen FS, İçelli İ. The Prevalence of Postpartum Depression in Manisa Province and Influencing Factors. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11:204-11.
27. Buğdaycı R, Şaşmaz CT, Tezcan H. A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13:63-8. [\[CrossRef\]](#)
28. Yalçınkaya Alkar Ö, Gençöz T. Critical factors associated with early postpartum depression among Turkish women. *Contemp Fam Ther* 2005;27:263-75. [\[CrossRef\]](#)
29. Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. Risk Factors for Postpartum Depression in a Group of Teenage Mothers. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20:22-8.
30. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant -mother attachment. *Dev Psychopathol* 2000;12:157-75. [\[CrossRef\]](#)
31. Murray L, Cooper P, Hipwell A. Mental health of parents caring for infants. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:71-7. [\[CrossRef\]](#)
32. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalifé S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:95-102. [\[CrossRef\]](#)
33. Boyce PM, Johnstone SJ, Hickey AR, Morris Yates AD, Harris MG, Strachan T. Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2000;3:91-7. [\[CrossRef\]](#)
34. Dennis CL. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:183-91. [\[CrossRef\]](#)
35. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski RBK, Zayas L. Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. *Obstet Gynecol* 2001;97:988-93. [\[CrossRef\]](#)
36. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Quality of life of women depressed in the post-partum period. *Rev Med Chil* 2006;134:713-20.
37. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life, Programme On Mental Health- Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, Geneva: World Health Organization: 1997.
38. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370:808-9. [\[CrossRef\]](#)
39. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1522-5. [\[CrossRef\]](#)
40. 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. [\[CrossRef\]](#)
41. World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, Programme On Mental Health. Geneva: World Health Organization; 1996.
42. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99:223-8. [\[CrossRef\]](#)
43. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001;158:1856-63. [\[CrossRef\]](#)
44. Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postnatal among low socioeconomic status women. *Birth* 1999;26:157-63. [\[CrossRef\]](#)
45. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31:121-6. [\[CrossRef\]](#)
46. Berlim MT, Flack PAM. Quality of life in major depression. In: *Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 241-52. [\[CrossRef\]](#)
47. Righetti-Veltama M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49:167-80. [\[CrossRef\]](#)
48. Berlim MT, Mattevi BS, Fleck MP. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54:254. [\[CrossRef\]](#)
49. Kennedy SH, Eisfeld BS, Cooke RG. Quality of life: an important dimension in assessing the treatment of depression? *J Psychiatry Neurosci* 2001;26:23-8.
50. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:13-7. [\[CrossRef\]](#)
51. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:1171-8. [\[CrossRef\]](#)
52. Şahin EM, Kılıçaslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010;27:51-8.
53. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005;20:45-51. [\[CrossRef\]](#)