



Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler

Prevalence of Postpartum Depression and Affecting Factors in the Province of Burdur

Sevinç Sütü¹, Binali Çatak²

¹Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü, Burdur; ²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to determine the prevalence of postpartum depression (PPD) and the affecting factors.

Material and Method: Data of the cross-sectional study was collected between April 27 – July 31, 2012, by face to face interview techniques. The study score was composed of 709 women. No sample was selected in the survey and it was aimed to reach the entire universe. 92.4% of the universe was reached (655/709). The data was analyzed in the SPSS 10.0 package program.

Results: According to the results of logistic regression analysis, the number of living children is 1.9 (GA: 1.2–2.9), the woman contributes to the household 1.8 (GA: 1.1–2.9): 1.2–2.6) has been identified as a risk factor for PPD.

Conclusion: The rate of PPD among the puerperants in Burdur province is high. The number of living children and the status of the woman in her working life and the house income are the risk factors.

Key words: Burdur; postpartum depression; frequency and cause

ÖZET

Amaç: Çalışmada, lohusalarda postpartum depresyon (PPD) sıklığını ve bu sıklığa etki eden faktörleri belirlemek amaçlandı.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipteki araştırmanın verileri, Veriler; 27 Nisan – 31 Temmuz 2012 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmanın evrenini doğum yapmış 709 kadın oluşturdu. Araştırmada örnek seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Evrenin %92,4'üne ulaşıldı. Veriler SPSS 10.0 paket programında analiz edildi.

Bulgular: Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre yaşayan çocuk sayısı 1,9 (GA: 1,2–2,9), kadının eve maddi katkısı 1,8 (GA: 1,1–2,9) ve eve giren gelir 1,7 (GA: 1,2–2,6) PPD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Burdur ilinde lohusalar arasında PPD oranı yüksektir. Yaşayan çocuk sayısı ve kadının çalışma yaşamındaki durumu ile eve giren gelir risk faktörüdür.

Anahtar kelimeler: Burdur; postpartum depresyon; sıklık ve neden

Binali Çatak, Merkez Kampüs Kars - Türkiye, Tel. 0542 343 70 36
Email. bb.catak@hotmail.com
Geliş Tarihi: 23.10.2017 • Kabul Tarihi: 10.11.2017

Giriş

Doğum sonrası dönem kadının duygu durum bozukluklarına en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde annede gelişen psikiyatrik hastalık hem çocuğun gelişimini olumsuz etkilemekte hem de annede belirgin hastalıklara yol açmaktadır¹.

Doğum sonu duygu durum bozuklukları; lohusalık hüznü, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Annelik hüznü annelerin önemli bir bölümünü etkiler iken postpartum psikoz oldukça nadir görülmektedir².

Birinci basamak doğum sonu izlemlerinde PPD mutlaka değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan 03,05,2010 tarih 2010/27 sayılı Doğum Sonu İzlem Genelgesi gereği Edinburg Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) ile her lohusanın depresyon açısından değerlendirilmesi zorunlu kılınmıştır³.

Araştırmada Burdur ilinde lohusalarda PPD sıklığı ve PPD'ü etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, Burdur ilinde, 1 Ocak – 31 Mart 2012 tarihinde doğum yapmış 709 kadın oluşturdu. Araştırmada örnek seçimine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Veriler, 27 Nisan – 31 Temmuz 2012 tarihleri arasında toplandı. Araştırma sonunda evrenin %92,4'üne ulaşıldı (n=655). Kadınlara ulaşamama nedenleri komşu illerde oturan ebeveynlerin yanına geçici olarak gitmeleri (19 kadın), Antalya, Denizli, Isparta gibi komşu illerde

ikamet etmesi (14 kadın), il dışı kalıcı göçler (11 kadın) ve adreste bulunmaması (10 kadın).

Araştırmanın bağımlı değişkeni PPD, bağımsız değişkenleri ise kadınların ve eşlerinin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri, kadınların biyodemografik ve doğum özellikleridir.

Değişkenlerle İlgili Tanımlar

PPD'yi belirleyebilmek için doğum sonrası dönemdeki kadınlara uygulanan EPDS kullanılmıştır. Toplam dördümlük tip 10 soru içermektedir. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır. 12 ve üzerindeki değerleri alan annelerin sevk edilmeleri önerilmektedir³.

Veriler yerel etik kurul onayı ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra 27 Nisan-31 Temmuz 2012 tarihleri arasında, Burdur Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verileri toplamadan önce standardizasyonu sağlamak için veri toplayacak ebe ve hemşirelere eğitim programı hazırlanmıştır. İki saatlik eğitim programı; araştırmanın konusu, amacı, soruların tek tek neyi hedeflediği, hangi değişkenlerle ilgili bilgi toplanacağı ve veri toplama aşamasında dikkat edilmesi gereken durumları içermiştir.

Araştırmanın verileri SPSS 10,0 paket programında değerlendirilmiştir. Sayımlar belirlenen verilerin analizinde ki-kare, risk faktörlerinin belirlenmesinde ise Lojistik Regresyon (Backward LR) analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada PPD düzeyi %22,1 olarak bulunmuştur.

Tablo 1 takip edildiğinde ikili analizlerde kadının PPD ile kadının eğitim düzeyi ($p=0,015$) ve eş ile akrabalık ($p=0,041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş iken, kadın yaşı, eşinin eğitim düzeyi, evlenme şekli, resmi nikah, ikamet yeri, aile tipi ve evde yaşayan kişi sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kadın ve ailesine ait ekonomik özelliklerden kadının gelir durumu ($p=0,015$) ve eve giren toplam gelir ($p=0,001$) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3'te kadının biyodemografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Biyodemografik özelliklerden kendiliğinden düşük öyküsü ($p=0,030$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0,021$) ve toplam gebelik ($p=0,020$) ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

İkili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler (kadının eğitim düzeyi, eş ile akrabalık, kadının geliri, eve giren toplam gelir, kendiliğinden düşük, yaşayan çocuk ve gebelik sayısı) Lojistik Regresyon analizine alındı. Backward LR Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına göre 2 ve daha az çocuğu olanlar referans alındığında 3 ve üzeri çocuğa sahip olan kadınlarda PPD 1,9 (OR=1,2-2,9) kat; kadının evin gelirine aynı ve/veya nakdi katkısı olanlar referans alındığında katkısı olmayan kadınlarda 1,8 (OR=1,1-2,9), eve giren gelir evin geçimine yetenler referans alındığında yetmeyenlerde 1,7 (OR=1,2-2,6) kat daha fazladır (Tablo 4).

Tartışma

Burdur'da PPD görülme oranı %22,1 olarak tespit edildi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda annelerin %6,3-50,7'sinde PPD⁴⁻⁶, yurtdışında yapılan meta-analiz çalışmalarında PPD yaygınlığı %10-15 olarak saptanmıştır⁷. Asya'da başka bir çalışmada PPD prevalansının %3,5 ile %63,3 arasında değişen geniş bir yelpazeye sahip olduğu; Malezya'da en düşük, Pakistan'da en yüksek yaygınlıkta olduğu bulunmuştur⁸.

Araştırmada geliri olan anneler referans alındığında, gelir olmayan annelerde PPD 1,8 kat daha fazladır. Çalışmamızla benzer şekilde yapılan bir çalışmada kadının gelirinin olmaması postpartum depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir⁹. Her ne kadar bu çalışma ile benzer yöntemlerle yapılmamış olsa da yapılan çalışmalarda kadının gelirinin olmaması postpartum depresyon için risk oluşturduğu belirtilmiştir^{10,11}.

Bu çalışmada eve giren geliri yeterli olanlar referans alındığında eve giren geliri yetersiz olanlarda PPD 1,7 kat daha fazladır. Ailenin aylık gelir düzeyi ile PPD arasındaki ilişkiyi araştırılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Kars'ta yapılan benzer bir çalışmada eve giren gelirin düşük olmasının PPD için risk oluşturduğu tespit gösterilmiştir⁹. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda gelir düzeyinin düşük olmasının PPD için risk oluşturduğu tespit edilmiş¹²⁻¹⁴.

Çalışmada 2 ve altı çocuklu anneler referans alındığında 3 ve daha fazla çocuğu olan annelerde PPD 1,9 kat

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin PPD üzerine dağılımı (Burdur, 2012)

Sosyodemografik bulgular	Postpartum Depresyon		Toplam n (%)*	χ^2	p
	Yok n (%)*	Var n (%)*			
Kadının doğumdaki yaşı**					
19 yaş ve altı	39 (76,5)	12 (23,5)	51 (100,0)	0,41	0,813
20–29	303 (78,7)	82 (21,3)	385 (100,0)		
30 yaş ve üzeri	167 (76,6)	51 (23,4)	218 (100,0)		
Kadının eğitim düzeyi					
8 yıl ve daha az	153 (72,2)	59 (27,8)	212 (100,0)	5,88	0,015
9 yıl ve üzeri	357 (80,6)	86 (19,4)	443 (100,0)		
Eşin eğitim düzeyi					
8 yıl ve daha az	145 (74,7)	49 (25,3)	194 (100,0)	1,55	0,212
9 yıl ve üzeri	365 (79,2)	96 (20,8)	461 (100,0)		
Evlenme şekli					
Anlaşarak	264 (79,8)	67 (20,2)	331 (100,0)	1,39	0,238
Görücü usulü	246 (75,9)	78 (24,1)	324 (100,0)		
Resmi nikâh					
Var	500 (78,1)	140 (21,9)	640 (100,0)	1,11	0,291
Yok	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)		
Eş ile akrabalık					
Var	39 (67,2)	19 (32,8)	58 (100,0)	4,16	0,041
Yok	471 (78,9)	126 (21,1)	597 (100,0)		
İkamet yeri					
Kır	161 (80,9)	38 (19,1)	199 (100,0)	1,53	0,215
Kent	349 (76,5)	107 (23,5)	456 (100,0)		
Aile tipi					
Geniş	92 (83,6)	18 (16,4)	110 (100,0)	2,55	0,110
Çekirdek	418 (76,7)	127 (23,3)	545 (100,0)		
Evde yaşayan kişi sayısı					
4 ve altı	445 (77,4)	130 (22,6)	575 (100,0)	0,61	0,436
5 ve daha fazla	65 (81,3)	15 (18,8)	80 (100,0)		
Toplam	510 (77,9)	145 (22,1)	655 (100,0)		

** 1 veri eksik

Tablo 2. Sosyoekonomik özelliklerin PPD üzerine dağılımı (Burdur, 2012)

Sosyoekonomik bulgular	Postpartum Depresyon		Toplam n (%)*	χ^2	p
	Yok n (%)*	Var n (%)*			
Erkeğin işi					
İşsiz / iş buldukça çalışan	35 (76,8)	16 (31,4)	51 (100,0)	2,73	0,098
Daimi işi olan	475 (78,6)	129 (21,4)	604 (100,0)		
Kadının eve aynı/nakdi katkısı					
Yok	73 (68,9)	33 (31,1)	106 (100,0)	5,93	0,015
Var	437 (79,6)	112 (20,4)	549 (100,0)		
Eve giren toplam gelir					
Yetmiyor / ancak yetiyor	280 (73,7)	100 (26,3)	380 (100,0)	9,15	0,001
Rahat yetiyor	230 (83,6)	45 (16,4)	275 (100,0)		
Toplam	510 (77,9)	145 (22,1)	655 (100,0)		

Tablo 3. Biyodemografik özelliklerin PPD üzerine dağılımı (Burdur, 2012)

Biyodemografik özellikler	Postpartum Depresyon		Toplam n (%)*	χ^2	p
	Yok n (%)*	Var n (%)*			
Kendiliğinden düşük öyküsü					
Var	89 (70,6)	37 (29,4)	126 (100,0)	4,72	0,030
Yok	421 (79,6)	108 (20,4)	529 (100,0)		
İsteyerek düşük öyküsü					
Var	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (100,0)	3,62	0,057
Yok	493 (78,5)	135 (21,5)	628 (100,0)		
Yaşayan çocuk sayısı					
2 ve altı	434 (83,5)	86 (16,5)	520 (100,0)	5,35	0,021
3 ve üzeri	101 (74,8)	34 (25,2)	135 (100,0)		
Toplam gebelik					
1-2	358 (80,4)	87 (19,6)	445 (100,0)	5,38	0,020
3 ve üzeri	152 (72,4)	58 (27,6)	210 (100,0)		
Toplam	510 (77,9)	145 (22,1)	655 (100,0)		

Tablo 4. Backward LR lojistik regresyon analizi sonuçları tablosu (Burdur, 2012)

Bağımsız değişkenler		B	S. E.	Wald	Sig.	Odds Ratio	%95 GA (EK-EB değer)*
Yaşayan çocuk sayısı	3 ve üzeri	0,630	0,220	8,277	0,004	1,9	1,2-2,9
	2 ve altı					1,0 (Referans)	
Kadının eve aynı ve/veya nakdi katkısı	Yok	0,579	0,240	5,848	0,016	1,8	1,1-2,9
	Aynı/nakdi geliri var					1,0 (Referans)	
Eve giren toplam gelir	Yetmiyor / Ancak yetiyor	0,548	0,203	7,300	0,007	1,7	1,2-2,6
	Yetiyor					1,0 (Referans)	

*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

daha fazladır. Yapılan çalışmalarda, yaşayan çocuk sayısının fazla olması PPD ortaya çıkışıyla ilişkili etmen olarak saptanmıştır^{12,15,16}.

Bir bütün olarak ele alındığında kadının çalışma yaşamına katılması ve aileye giren gelirin ailenin geçimine yetecek düzeyde olmaması ve ayrıca çocuk sayısının fazla olmasının kadında PPD arttırması beklenen bir durum olabileceği düşünülmektedir. Kadının doğrudan çalışma yaşamına girmemesi, kadının kendisini işe yarar hissedememesi ve evlilik yaşamından mutlu olmaması gibi sonuçlar doğurmakta, bu nedenle de depresyon riskini arttırıyor olabileceği düşünülmektedir. Kadın eğer gelir getirici bir işte çalışırsa toplumsal statüsünün de yükseleceğini düşündüğünden depresyondan uzaklaşmaktadır^{17,18}. Ayrıca ekonomik yetersizlikler sağlık hizmet sunucularına ulaşmada ekonomik nedenli gecikmelere de yol açabilmektedir⁹.

Sonuç

Araştırmada PPD düzeyi oldukça yüksektir ve ekonomik yetersizlikler PPD depresyon için temel risk faktörüdür. Bu bağlamda tüm aileyi etkileyen bir durum olması nedeniyle 1. basamakta yakın takip edilmesi gereklidir. Aile hekimleri, aile sağlığı elemanları, kadın doğum uzmanları, hemşireler ve çocuk doktorları gibi kadınlarla gebelik dönemi ve doğum sonrasında ilişki içinde olan sağlık çalışanlarının gebelik ve doğum sonrası depresyon konusunda yeterli bilgileri ve farkındalıklarının olması gerekmektedir. Ayrıca hangi kadının doğum sonrası dönemde psikiyatrik rahatsızlık geçireceğinin güvenilir bir tahmin yöntemi bulunmamakla birlikte doğum sonrası depresyon tespiti için EPDS kullanımını taramada yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Tan O. Depresyon 6. Baskı, İstanbul: TİMAŞ Yayın Grubu, 2010:3-15.
2. İnandı T, Buğdaycı R, Dündar P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40, 725-730.
3. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
4. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Tr Psikiyatri Derg* 2006;17(4):243-251.
5. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center. *Taf Prev Med Bull* 2008;7(5):391-398.
6. Efe Yaman Ş, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish-German Gynecol Ass* 2009;10:14-20.
7. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006;91(2):91-111.
8. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nursing Studies* 2009;46(10):1355-1373.
9. C. Tuba, Aydın S, Çatak B. Sağlığın sosyal belirleyicileri postpartum depresyonu etkiliyor mu? *TAF Prev Med Bull* 2016;15-5:414-420.
10. 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. *Tr Klin J Gynecology Obstetrics* 2004;14(5):252-257.
11. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg* 2004;26(2):55-59.
12. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002;37:125-9.
13. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp Dal N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *New Symposium* 2012;50:145-154.
14. Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Tr J Gynecol Obstet* 2004;4(2):301-307.
15. Bingöl T, Yılmaz H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *J Anatolia Nurs Health Sci* 2007;10(3):1-6.
16. Gülnar D, Sunay D, Çaylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Tr Klin Jinekoloj Obstetrik Derg* 2010;(20)3:141-148.
17. Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Preventive Med Bull* 2016;15(5):431-9.
18. Çakır Ö. Türkiye'de Kadının Çalışma yaşamından dışlanması. *Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg* 2008;31:25-47.